

Warszawa, dnia 30 sierpnia 2021 r.

Poz. 69

Data: 2021.08
Rodzaj: Publik
Miejsce: Polska
Podpisany: DrZ



**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 27 sierpnia 2021 r.

w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych

Na podstawie art. 95a ust. 1 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292 i 1559), ustala się na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. mapę potrzeb zdrowotnych, stanowiącą załącznik do niniejszego obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA
wz. Ministra Zdrowia
Sekretarz Stanu
Waldemar Kraska

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

Załącznik do obwieszczenia
Ministra Zdrowia
z dnia 27 sierpnia 2021 r. (poz. 69)



Minister Zdrowia

Mapa potrzeb zdrowotnych

na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.

Warszawa, sierpień 2021



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Dokument powstał w ramach projektu pn. *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych*, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Spis treści

Słownik skrótów	7
Definicje.....	9
Wprowadzenie	16
Potrzeby zdrowotne – szersza perspektywa	21
Najważniejsze wnioski.....	29
1. Demografia.....	33
1.1. Stan i struktura ludności	33
1.2. Ruch naturalny – urodzenia i zgony	36
1.3. Długość życia.....	40
1.4. Prognoza liczby ludności.....	42
1.5. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i podsumowanie	46
2. Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	50
2.1. Epidemiologia w Polsce	52
2.2. Prognoza epidemiologiczna w Polsce.....	71
2.3. Podsumowanie	79
2.4. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej.....	81
3. Czynniki ryzyka i profilaktyka	83
3.1. Czynniki ryzyka.....	83
3.2. Działania z zakresu zdrowia publicznego w celu poprawy, promowania, ochrony i przywracania zdrowia społeczeństwa	90
3.3. Programy profilaktyczne.....	94
3.4. Badania przesiewowe	103
3.5. Podsumowanie	107
3.6. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej.....	108
3.7. Rekomendowane kierunki działań	109
4. Podstawowa opieka zdrowotna.....	111
4.1. Wyniki analiz.....	114
4.2. Podsumowanie	145
4.3. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej.....	146
4.4. Rekomendowane kierunki działań	147

5.	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.....	149
5.1.	Analiza AOS w Polsce	151
5.2.	Opieka medyczna poza NFZ w wybranych specjalnościach medycznych	182
5.3.	Podsumowanie	185
5.4.	Wyzwania systemu opieki zdrowotnej.....	185
5.5.	Rekomendowane kierunki działań	186
6.	Leczenie szpitalne	188
6.1.	Analiza pacjentów.....	191
6.2.	Analiza świadczeń	198
6.3.	Analiza świadczeniodawców	221
6.4.	Łóżka i obłożenie	231
6.5.	Kadry.....	239
6.6.	Programy lekowe	245
6.7.	Jakość opieki w ramach leczenia szpitalnego	249
6.8.	Podsumowanie	261
6.9.	Wyzwania systemu opieki zdrowotnej.....	261
6.10.	Rekomendowane kierunki działań.....	262
7.	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	264
7.1.	Analiza opieki psychiatrycznej osób dorosłych	266
7.2.	Analiza opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży	287
7.3.	Podsumowanie	297
7.4.	Wyzwania systemu opieki zdrowotnej – dorośli.....	298
7.5.	Wyzwania systemu opieki zdrowotnej – dzieci i młodzież.....	300
7.6.	Rekomendowane kierunki działań	301
8.	Rehabilitacja medyczna	302
8.1.	Analiza rehabilitacji.....	307
8.1.1.	Świadczenia dzienne	313
8.1.2.	Świadczenia stacjonarne	318
8.1.3.	Świadczenia domowe.....	323
8.1.4.	Świadczenia ambulatoryjne	328
8.2.	Kadry.....	335
8.3.	Kolejki	341

8.4.	Podsumowanie	344
8.5.	Wyzwania systemu opieki zdrowotnej.....	345
8.6.	Rekomendowane kierunki działań	346
9.	Opieka długoterminowa	348
9.1.	Analiza opieki długoterminowej.....	355
9.2.	Opieka stacjonarna	366
9.3.	Opieka domowa.....	371
9.4.	Współczynnik pielęgnacyjny	374
9.5.	Prognozy potrzeb zdrowotnych.....	376
9.6.	Podsumowanie	383
9.7.	Wyzwania systemu opieki zdrowotnej.....	383
9.8.	Rekomendowane kierunki działań	385
10.	Opieka paliatywna i hospicyjna	386
10.1.	Analiza opieki paliatywno-hospicyjnej.....	390
10.2.	Opieka stacjonarna	399
10.3.	Opieka ambulatoryjna.....	400
10.4.	Opieka domowa	403
10.5.	Prognoza liczby miejsc	405
10.6.	Podsumowanie.....	409
10.7.	Wyzwania systemu opieki zdrowotnej	409
10.8.	Rekomendowane kierunki działań.....	411
11.	Państwowe Ratownictwo Medyczne	413
11.1.	Zespoły Ratownictwa Medycznego	416
11.2.	Lotnicze Zespoły Ratownictwa Medycznego (HEMS)	422
11.3.	Szpitalne Oddziały Ratunkowe.....	426
11.4.	SOR dla dzieci	438
11.5.	Dyspozytornie medyczne	441
11.6.	Podsumowanie.....	441
11.7.	Wyzwania systemu opieki zdrowotnej	442
11.8.	Rekomendowane kierunki działań.....	443
12.	Kadry.....	444
12.1.	Lekarze	444

12.2.	Lekarze dentyści.....	463
12.3.	Pielęgniarki.....	468
12.4.	Położne.....	473
12.5.	Fizjoterapeuci.....	478
12.6.	Podsumowanie.....	484
12.7.	Wyzwania systemu opieki zdrowotnej	484
12.8.	Rekomendowane kierunki działań.....	485
13.	Sprzęt medyczny	488
13.1.	Wiek i eksploatacja sprzętów medycznych.....	492
13.2.	Gęstość sprzętów w województwach.....	497
13.3.	Odległość od najbliższego sprzętu	499
13.4.	Wymiana sprzętu	501
13.5.	Planowanie inwestycji w długiej perspektywie czasowej.....	502
13.6.	Podsumowanie.....	503
13.7.	Wyzwania systemu opieki zdrowotnej	504
13.8.	Rekomendowane kierunki działań.....	504
	Załączniki	506

Słownik skrótów

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

CMJ – Centrum Monitorowania Jakości

COCIR – Europejski Komitet Koordynacyjny Przemysłu Radiologicznego, Elektromedycznego oraz Technik Informatycznych Ochrony Zdrowia (ang. *European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry*)

CRL – Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej

CWPM – Centralny Wykaz Pracowników Medycznych

CWU – Centralny Wykaz Ubezpieczonych

CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego

DALY – lata życia skorygowane niesprawnością (ang. *Disability Adjusted Life-Years*)

DDOM – Dzienny Dom Opieki Medycznej

DiLO – karta diagnostyki i leczenia onkologicznego.

EAPC – Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (ang. *European Association for Palliative Care*)

Eurostat – Europejski Urząd Statystyczny

GBD – Globalne Obciążenie Chorobami (ang. *Global Burden of Disease*)

GUS – Główny Urząd Statystyczny

IHME – Instytut Pomiarów i Oceny Stanu Zdrowia (ang. *Institute for Health Metrics and Evaluation*)

ICD-10 – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

JGP – jednorodna grupa pacjentów

KE – Komisja Europejska

KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

LPR – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

NIZP-PZH-PIB – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy

- NiŚOZ** – nocna i świąteczna opieka zdrowotna
- NPZ** – Narodowy Program Zdrowia
- PFRON** – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- POZ** – podstawowa opieka zdrowotna
- PRM** – Państwowe Ratownictwo Medyczne
- PSZ** – system Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej
- RPWDL** – Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
- RZS** – reumatoidalne zapalenie stawów
- SDI** – wskaźnik społeczno-demograficzny (ang. *Socio-Demographic Index*)
- SOR** – szpitalny oddział ratunkowy
- SWD PRM** – System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego
- UE** – Unia Europejska
- WHO** – Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*)
- YLD** – lata przeżyte w niesprawności/utrata lat życia spowodowana niesprawnością (ang. *Years Lived with Disability/Years Lost due to Disability*)
- YLL** – utrata lat życia na skutek przedwczesnej śmierci (ang. *Years of Life Lost*)
- ZLŚ** – zespoły leczenia środowiskowego
- ZOL** – zakład opiekuńczo-leczniczy
- ZPO** – zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
- ZRM** – zespół ratownictwa medycznego
- ZUS** – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Definicje

Aktywny zawodowo (kadra medyczna) – osoba z kadry medycznej pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub w podmiocie niewykonującym działalności leczniczej. Nie musi być to zatem osoba faktycznie wykonująca zawód medyczny, lecz np. lekarz pracujący naukowo, w aptece, firmie farmaceutycznej, a nawet prowadzący niemedyczną działalność gospodarczą.

API REGON – interfejs programistyczny przygotowany przez Główny Urząd Statystyczny, który pozwala na zautomatyzowane pobieranie danych z Rejestru REGON.

Centrum Zdrowia Psychicznego – ośrodek pomocy pacjentom od 18. roku życia z rozpoznaniem psychiatrycznym, do którego należy poradnia zdrowia psychicznego, oddział dzienny, łóżka kryzysowe na wypadek, gdyby konieczną formą pomocy była hospitalizacja, zespół leczenia domowego. Do głównych założeń CZP należą: zintegrowana płatność w formie ryczałtu na populację, integracja form opieki, koordynacja pomocy, zmiana roli opieki szpitalnej na interwencję pomocniczą.

Chorobowość – według metodyki GBD, liczba wszystkich przypadków danego problemu zdrowotnego z uwzględnieniem nowych przypadków dotkniętych danym problemem zdrowotnym, zarejestrowanych w przeciągu analizowanego roku, rozumianego jako okres od 1 stycznia do 31 grudnia w określonej populacji. Liczba ta uwzględnia osoby, które zachorowały i zmarły w przeciągu danego roku, oraz te, które zachorowały w roku poprzednim i zmarły lub zostały wyleczone w danym roku.

Choroby rzadkie – choroby, dla których liczba pacjentów nie przekracza 5 osób na 10 tys. ludności.

Dzietność kobiet – przeciętna liczba dzieci, które urodziłaby kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15-49 lat), przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłaby z intensywnością obserwowaną wśród kobiet w badanym roku.

Długości życia w zdrowiu (ang. *Healthy Life Years*) – średnia liczba pozostałych lat życia bez niepełnosprawności dla danej osoby w określonym wieku, inaczej oczekiwana długość życia bez niesprawności. Bazuje na indywidualnie postrzeganej sprawności.

Długość pobytu – średnia liczba dni hospitalizacji, liczona od daty przyjęcia do daty wypisu.

Hospitalizacja – pobyt pacjenta w szpitalu lub innym ośrodku opieki zdrowotnej udzielającym świadczeń stacjonarnych przez minimum jedną noc, przeprowadzany w celu wykonania badań diagnostycznych lub leczenia. Hospitalizacja posiada unikalne ID wpisane do księgi głównej.

Hostel psychiatryczny – forma opieki polegająca na prowadzeniu skonfigurowanych programów psychoterapeutycznych rehabilitacyjnych w zbliżonych do domowych warunkach chronionego zakwaterowania.

Hospitalizacje możliwe do uniknięcia (ang. *potentially avoidable hospitalisations*) – hospitalizacje, których pacjent (szczególnie pacjent chorujący przewlekle) mógłby uniknąć w przypadku efektywnie działającego systemu opieki zdrowotnej.

Kategoria produktów – podział produktów ze względu na typ (zabiegowe, zachowawcze) oraz złożoność (np. zabiegi małe, zabiegi duże, zabiegi kompleksowe).

Kwota kontraktu dla produktu – sumaryczna kwota umowy przyznana w danym okresie rozliczeniowym.

Lata przeżyte w niesprawności/utrata lat życia spowodowana niesprawnością (ang. *Years Lived with Disability/Years Lost due to Disability*); wskaźnik stanowiący iloczyn liczby przypadków choroby i średniego czasu jej trwania oraz wagi przypisanej problemowi zdrowotnemu w zależności od jego ciężkości. Wagi przyjmują wartości z przedziału [0, 1], gdzie 0 oznacza zdrowie, natomiast 1 - zgon.

Lata życia skorygowane niesprawnością (ang. *Disability Adjusted Life-Years*) – główny wskaźnik stosowany w ramach metodyki GBD. Stanowi sumę dwóch wskaźników - YLL i YLD. Wartość określana dla poszczególnych problemów zdrowotnych, z wykorzystaniem wag odzwierciedlających dotkliwość problemu zdrowotnego dla osoby, której dotyczą oraz jej rodziny i bezpośredniego otoczenia. W uproszczeniu, 1 jednostka wskaźnika oznacza 1 utracony rok życia w zdrowiu.

Liczba miejsc pobytu dziennego na koniec roku (rehabilitacja) – suma wszystkich miejsc pobytu dziennego danego świadczeniodawcy na koniec wybranego roku w specjalnościach komórki (VIII część kodu resortowego) występujących w rehabilitacji dziennej.

Liczba osobodni (dostępność świadczeń) – liczba dni udzielania świadczeń (interpretowanych jako pojedyncze kontakty z ochroną zdrowia) wśród wszystkich pacjentów, którym zostało udzielone dane świadczenie.

Liczba osobodni (opieka długoterminowa) – różnica pomiędzy datą wypisu i datą przyjęcia (z wyjątkiem sytuacji, w której wypis nastąpił w dniu przyjęcia - wtedy liczba osobodni przyjmuje wartość równą 1). Pobyt pacjenta na przepustce został uznany jako 50% osobodnia, a pobyt pacjenta w szpitalu jako 15% osobodnia.

Liczba osobodni (rehabilitacja) – różnica pomiędzy datą wypisu i datą przyjęcia (z wyjątkiem sytuacji, w której wypis nastąpił w dniu przyjęcia - wtedy liczba osobodni przyjmuje wartość równą 1) w ramach świadczeń dziennych lub stacjonarnych.

Liczba porad lekarskich (rehabilitacja) – liczba udzielonych świadczeń w rehabilitacji domowej lub ambulatoryjnej sprawozdanych jako porada lekarska rehabilitacyjna.

Liczba wizyt fizjoterapeutycznych – liczba udzielonych świadczeń w rehabilitacji domowej lub ambulatoryjnej sprawozdanych jako wizyta fizjoterapeutyczna.

Liczba wizyt (opieka długoterminowa) – liczba unikalnych ID epizodu dotyczących wizyty pielęgniarki w opiece domowej.

Liczba wizyt (opieka paliatywna i hospicyjna) – liczba unikalnych ID epizodu sprawozdanych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych – liczba udzielonych świadczeń w rehabilitacji domowej lub ambulatoryjnej nie będących poradą lekarską lub wizytą fizjoterapeutyczną.

Liczba łóżek na koniec roku – suma wszystkich łóżek danego świadczeniodawcy na koniec wybranego roku w specjalnościach komórki (VIII część kodu resortowego).

Łóżka łącznie – ogólna średnia liczba łóżek znajdujących się w poszczególnych oddziałach, z wyłączeniem miejsca pobytu dziennego.

Listy aktywne – comiesięczne zestawienie zapisanych pacjentów do danego POZ.

Ludność w wieku przedprodukcyjnym – ludność w wieku 0-17 lat.

Ludność w wieku produkcyjnym – mężczyźni w wieku 18-64 lat, kobiety w wieku 18-59 lat.

Ludność w wieku poprodukcyjnym – mężczyźni w wieku od 65 lat wzwyż, kobiety – od 60 lat wzwyż.

Mediana wieku (wiek środkowy) matek – parametr wyznaczający granicę wieku, którą połowa matek już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła.

Nazwa specjalności – nazwa specjalności komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego.

Oddział dzienny psychiatryczny – forma terapii dla osób z problemami psychicznymi wymagającymi fachowej pomocy wykraczającej poza możliwości poradni zdrowia psychicznego, a nie wymagających pobytu w całodobowym szpitalnym oddziale psychiatrycznym.

Oczekiwana długość życia w zdrowiu (ang. *healthy life expectancy*) – liczba lat, w których osoba w danym wieku może oczekiwać dobrego zdrowia, biorąc pod uwagę śmiertelność i niesprawność. Wskaźnik HALE/DALE, dotyczący oczekiwanej długości życia skorygowanej o stan zdrowia, został oszacowany przez WHO na podstawie danych o umieralności oraz danych dotyczących zapadalności i chorobowości. Opiera się na danych epidemiologicznych.

Opieka paliatywna – wszechstronna i całościowa opieka nad osobami z nieuleczalnymi, postępującymi i ograniczającymi życie chorobami. Opieka ta ma na celu poprawienie jakości życia chorych, zapobieganie lub uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych oraz łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Opieka długoterminowa – całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarskiej, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno–opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osobom przewlekle chorym i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach szpitalnych.

Perinatalna opieka paliatywna – opieka ukierunkowana przede wszystkim na ciężkie wady lub zaburzenia rozwojowe i inne stany chorobowe uznane za letalne.

Podstawowa opieka zdrowotna – miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W ramach tego kontaktu zapewniany jest dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem wskazanych w odpowiednich ustawach.

Porada – świadczenie zdrowotne zakodowane w bazach świadczeń NFZ pod unikalnym ID kontaktu. Może mieć charakter porady specjalistycznej, badania diagnostycznego czy procedury zabiegowej.

Poradnia – komórka organizacyjna placówki medycznej o określonej specjalności zdefiniowanej na podstawie VIII części kodu resortowego; w odróżnieniu od oddziału szpitalnego nie prowadzi hospitalizacji, ale wykonuje głównie świadczenia ambulatoryjne.

Problem zdrowotny GBD – nazwa jednostki chorobowej lub urazu zgodnie z klasyfikacją stosowaną w *Global Burden of Disease Study* realizowanym przez IHME, jednostkę badawczą Uniwersytetu Waszyngtońskiego w USA.

Produkt jednostkowy – najmniejsza jednostka związana z wykonaniem pojedynczej procedury medycznej, posiadająca swój kod odpowiedni dla danej JGP.

Programy lekowe – świadczenie gwarantowane, w ramach którego prowadzone jest leczenie wybranych jednostek chorobowych, które obejmuje ściśle zdefiniowaną grupę pacjentów leczonych z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych.

Przeciętne dalsze trwanie życia osoby w danym wieku (ang. *Life Expectancy by Age*) – średnia liczba lat, które osoba w danym wieku ma szansę przeżyć, przy danych warunkach umieralności populacji. Założeniem jest, że warunki te będą utrzymywały się przez dostatecznie długi czas.

Przeciętny czas oczekiwania (listy oczekujących) – średnia (średnich) czasów oczekiwania (raportowanych przez świadczeniodawców) do poszczególnych ośrodków ważona liczbą oczekujących pacjentów.

Przeciętny czas oczekiwania (zrealizowane świadczenia) – mediana czasu oczekiwania na hospitalizację wyznaczona na podstawie różnicy pomiędzy datą przyjęcia do szpitala w trybie planowym a datą wystawienia skierowania.

Przypadek pilny/stabilny – sposób kategoryzacji pacjentów przy wpisywaniu na listę osób oczekujących, przeprowadzany na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta, rokowania, chorób współistniejących oraz zagrożenia niepełnosprawnością. Placówki medyczne prowadzą odrębne listy osób oczekujących dla każdej z tych kategorii.

Przyrost naturalny – różnica między liczbą urodzeń żywych i liczbą zgonów w danym okresie (np. roku).

Próg starości demograficznej – moment, kiedy osoby w wieku od 65 lat wzwyż stanowią 7% ogółu społeczeństwa.

Płodność kobiet – iloraz liczby urodzeń żywych i liczby kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat).

Saldo migracji – różnica pomiędzy liczbą pacjentów z innych obszarów leczonych na danym obszarze, a liczbą pacjentów z tego obszaru leczoną na innym.

Sieć szpitali – system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wdrożony 1 października 2017 r. na mocy ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 844).

Sprawozdania ZD-3 – sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej składane przez placówki medyczne wykonujące działalność w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej podstawowej lub specjalistycznej do Głównego Urzędu Statystycznego. W przypadku praktyk lekarskich obowiązkiem sprawozdawania są objęte wyłącznie praktyki realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Szkolenie specjalizacyjne – proces kształcenia lekarza i lekarza dentystry w celu uzyskania tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny.

Szpital – świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach umowy na leczenie szpitalne.

Szpitale poza siecią/PSZ – świadczeniodawcy, którzy do 2019 r. (lub do roku analiz – 2018 r.) nie zostali zakwalifikowani do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Średnia liczba łóżek (w ciągu roku) – liczba łóżek świadczeniodawcy uwzględniająca fakt, czy zakład mógł zawiesić lub rozpocząć działalność w trakcie roku, lub istnieć niepełny rok, tj. zakład, który posiada 100 łóżek oraz funkcjonuje 6 miesięcy w danym roku, wykazuje dla tego roku 50 łóżek średnio.

Średnie obłożenie – różnica daty końca i daty początku pobytu na oddziale (+1 dzień w przypadku pobytu jednodniowego) podzielona przez sumę iloczynów liczby łóżek w danym okresie i długość tego okresu w dniach.

Świadczenia ambulatoryjne (opieka paliatywno-hospicyjna) – świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielone w podmiotach leczniczych o następującej specjalności komórki organizacyjnej (VIII części kodu resortowego): poradnia medycyny paliatywnej (1180).

Świadczenia domowe (opieka paliatywno-hospicyjna) – świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielone w podmiotach leczniczych o następujących

specjalnościach komórki organizacyjnej (VIII części kodu resortowego): hospicjum domowe / zespół domowej opieki paliatywnej (2180), hospicjum domowe dla dzieci (2181).

Świadczenia stacjonarne (opieka paliatywno-hospicyjna) – świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielone w podmiotach leczniczych o następujących specjalnościach komórki organizacyjnej (VIII części kodu resortowego): hospicjum stacjonarne (5180), hospicjum stacjonarne dla dzieci (5181), hospicjum stacjonarne / stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej (2184), hospicjum stacjonarne / stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej dla dzieci (2185), oddział medycyny paliatywnej (5182, 4180).

Urodzenia żywe – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka (bez względu na czas trwania ciąży), który oddycha bądź wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli (mięśni szkieletowych).

Utrata lat życia na skutek przedwczesnej śmierci (ang. *Years of Life Lost*) – wskaźnik stanowiący iloczyn liczby zgonów i przeciętnego dalszego trwania życia dla wieku, w którym nastąpił zgon na skutek rozpatrywanego problemu zdrowotnego. W przypadku śmierci w okresie dzieciństwa liczba utraconych lat jest korygowana (zmniejszana) ze względu na mniejszą wagę przypisywaną temu okresowi życia.

Współczynnik braku efektywności – wskaźnik określający, jaka część świadczeń opieki zdrowotnej została zrealizowana zbyt późno. Za moment graniczny, którego przekroczenie oznaczało zbyt długi czas oczekiwania na hospitalizację, przyjęto trzeci kwartył rozkładu empirycznego. Wartość wskaźnika wyznaczono na podstawie skumulowanej wartości dystrybuanty rozkładu empirycznego czasów oczekiwań na hospitalizację na odcinku od trzeciego kwartyła do ustalonego momentu czasu (tu: 2 lata), a następnie wystandaryzowano.

Współczynnik efektywności – współczynnik określający część oraz szybkość realizacji świadczeń w ustalonym okresie (tu: 2 lata). W celu wyznaczenia wartości współczynnika uwzględniono skumulowaną wartość dystrybuanty rozkładu empirycznego czasów oczekiwań na hospitalizację, którą następnie wystandaryzowano. Dzięki takiemu podejściu uwzględniono zarówno informację o liczbie zrealizowanych świadczeń, jak i informację o dynamice ich realizacji.

Współczynnik obciążenia demograficznego – miara określająca relacje między poszczególnymi ekonomicznymi grupami wieku ludności. Jest to liczba osób w wieku nieprodukcyjnym przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym.

Współczynnik pielęgnacyjny – stosunek liczby kobiet w wieku 50-64 (potencjalnych opiekunów) do liczby osób w wieku od 80 lat wzwyż w przeliczeniu na 100 osób.

Współczynnik przyrostu naturalnego – stosunek różnicy między liczbą urodzeń żywych i liczbą zgonów do liczby ludności w połowie badanego okresu lub do średniego stanu ludności w tym okresie - wyrażony w ‰ (tj. na 1 000 ludności).

Współczynnik umieralności okołoporodowej – urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0-6 dni na 1 000 urodzeń żywych i martwych.

Współczynnik zgonów – stosunek liczby zgonów w danym okresie (najczęściej roku) do liczby ludności według stanu na środek okresu lub do średniej liczby ludności z tego okresu – wyrażony w ‰ (tj. na 1 000 ludności).

Wymienialność pokoleniowa (kadry medycznej) – sytuacja, w której kadra medyczna odchodząca z rynku pracy zostaje w tej samej lub większej liczbie zastępowana przez nowych pracowników. W celu oszacowania wymienialności pokoleniowej obliczono liczbę kadry medycznej osiągnącej wiek emerytalny i zestawiono ją z liczbą studentów w trakcie nauki lub lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z podziałem na region i specjalizację.

Zespół leczenia środowiskowego (domowego) – forma terapii dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.

Zakażenie szpitalne – zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.), „zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku, gdy choroba: nie pozostawała w momencie udzielenia świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania”.

Zakres świadczeń – zakres wykonanych procedur medycznych, składający się z kilku JGP, np. programy lekowe, leki w programach lekowych, hospitalizacje, programy leczenia.

Zapadalność - w ramach metodyki GBD oznacza liczbę nowych przypadków danego problemu zdrowotnego w ciągu analizowanego roku, rozumianego jako okres od 1-go stycznia do 31-go grudnia w określonej populacji. Nowy przypadek jest uwzględniany również w sytuacji, gdy pacjent zmarł zaraz po diagnozie.

VIII część kodu resortowego – 4-znakowy kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego.

Wprowadzenie

Zgodnie z art. 95a ust. 1 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285), minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych. Mapa obejmuje:

- 1) analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego,
- 2) wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw.

Dedykowana strona internetowa znajduje się pod adresem basiw.mz.gov.pl ([przejdź do strony ↗](#)). Materiały na niej zamieszczane są integralną częścią mapy i będą aktualizowane co roku. Z kolei wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiono w niniejszym dokumencie, a na terenie województwa – w załącznikach.

Miejsce mapy potrzeb zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia

Powstanie, forma i funkcjonowanie map potrzeb zdrowotnych są nierozzerwalnie związane z działaniami KE, która na potrzeby perspektywy finansowej na lata 2014-2020 wskazała ich opracowanie jako jeden z tzw. warunków podstawowych. Od ich spełnienia uzależniła możliwość wydatkowania w ochronie zdrowia środków europejskich. Przedstawione przez Ministra Zdrowia w latach 2015-2017 dokumenty spełniły swoją rolę, umożliwiając wydatkowanie przyznanych funduszy.

Obecnie trwają przygotowania do kolejnej perspektywy finansowej na lata 2021-2027. Wzorem poprzedniej, jednym z warunków podstawowych zaproponowanych przez KE jest tworzenie map potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, w tym dla personelu medycznego, w celu zapewnienia zrównoważonych i skoordynowanych środków¹.

Rozwiązania zaproponowane i wprowadzone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych

¹Załącznik IV projektu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu i Migracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu na rzecz Zarządzania Granicami i Wiz (COM(2018) 375).

(Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) idą o wiele dalej, służąc nie tylko mapowaniu potrzeb zdrowotnych, ale również zapewnieniu wdrożenia rozwiązań pozwalających na ich zaspokajanie – wprowadzeniu systemu planowania strategicznego w ochronie zdrowia. Nie ulega wątpliwości, że podstawy podejmowanych działań muszą się opierać o rzeczywiste, zobiektywizowane potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Dla efektywnego funkcjonowania systemu konieczne jest określenie priorytetów i największych wyzwań. Z uwagi na ograniczone zasoby (pieniądze, kadry, czas) nie jest możliwe realizowanie wszystkich zadań w jednym czasie. Konieczne jest realizowanie w pierwszej kolejności tych, które przyniosą największą korzyść zdrowotną dla całego społeczeństwa – w szczególności skupiających się na obszarach, gdzie uzyskiwane obecnie wyniki zdrowotne najbardziej odbiegają od oczekiwanych.

Minister Zdrowia przygotowuje i publikuje mapę potrzeb zdrowotnych w celu identyfikacji priorytetowych problemów zdrowotnych i kluczowych wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz właściwego wydatkowania środków publicznych (nie tylko środków europejskich). Mapa przedstawia z jednej strony analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów, w tym personelu medycznego, które są udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego, z drugiej zaś rekomendowane kierunki działań dla obszaru Rzeczypospolitej Polskiej i poszczególnych województw. Analizy udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego stanowią integralną część niniejszej mapy, to na niej w formie interaktywnej znajdują się wszystkie dane, które stanowiły podstawę do analiz przedstawionych w niniejszym dokumencie.

Wdrożeniu rekomendowanych kierunków działań zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych służą plany transformacji. To w nich zawarte są zaproponowane konkretne działania i interwencje, które mają realizować postulaty zawarte w mapie. Za ustalenie i wdrożenie krajowego planu transformacji odpowiada Minister Zdrowia, natomiast wojewódzkich planów transformacji – wojewodowie. W celu opracowania projektu, monitorowania i aktualizacji przygotowanych planów, organy te są wspierane przez wojewódzkie rady potrzeb zdrowotnych.

Opracowane przez Ministra Zdrowia oraz wojewodów wraz z radami plany transformacji określają problemy zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym lub odpowiednio na poziomie województw. Jednocześnie plany transformacji przedstawiają konkretne działania do podjęcia wraz z harmonogramem, oczekiwanymi rezultatami, szacowanymi skutkami finansowymi oraz przypisaniem właściwym podmiotom odpowiedzialności za ich realizację. Dokumenty te są opiniowane dla uzyskania możliwie szerokiego konsensu interesariuszy.

W zakresie finansowania i organizowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych wdrażanie map potrzeb zdrowotnych przypada dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ w ramach sporządzanych przez nich planów zakupu świadczeń. Przy ich

projektowaniu są zobowiązani uwzględniać dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze danego województwa, wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapisów krajowego i wojewódzkich planów transformacji. Zgodność tych dokumentów z planami transformacji opiniują rady oddziałów wojewódzkich NFZ, a ostatecznie zatwierdza Prezes NFZ.

Struktura dokumentu

Dla ułatwienia poruszania się po dokumencie wszystkie rozdziały trzymają się zasadniczo takiej samej ogólnej struktury obejmującej:

- wstęp – przedstawienie zagadnienia w kontekście potrzeb zdrowotnych, najważniejszych identyfikowanych wyzwań,
- porównanie międzynarodowe – kluczowe wskaźniki porównawcze, a także ocena sytuacji w kraju w stosunku do państw członkowskich Unii Europejskiej,
- specyfikę Rzeczypospolitej Polskiej i uwarunkowania w danym obszarze,
- część analityczną obejmującą analizę świadczeniobiorców, udzielonych im świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczeniodawców. Na potrzeby wniosku i rekomendacji analiza skupiała się na adekwatności udzielanych świadczeń przez świadczeniodawców do problemów zdrowotnych, które dotyczą świadczeniobiorców korzystających z danego rodzaju świadczeń,
- inne aspekty specyficzne dla danego obszaru – np. kadry, czas oczekiwania na świadczenia, liczbę łóżek,
- prognozę, w miarę zasadności, w szczególności w oparciu o literaturę naukową.

Ostatnią część każdego rozdziału stanowią podsumowanie, wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań. W poszczególnych częściach starano się, w zakresie analizy na poziomie krajowym wskazać:

- czy organizacja danego rodzaju świadczeń odpowiada co do zasady potrzebom zdrowotnym pacjentów i spełnia swoją rolę w tym zakresie, alternatywnie czy trapią ją głębsze problemy natury systemowej, które wymagają naprawienia w pierwszej kolejności,
- czy są realizowane założenia i cele stojące za przyjętą w danym rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej organizacją opieki i czy zapewniona jest do nich dostępność odpowiednia do potrzeb,
- jakie czynniki wpływają na nieadekwatną do potrzeb realizację świadczeń danego rodzaju.

Przedstawione rekomendowane kierunki działań na poziomie Rzeczypospolitej Polskiej odnoszą się do kwestii natury systemowej, których podjęcie jest konieczne na szerszą skalę, zarówno ze względu na ich powagę, jak i podział kompetencji i możliwości podmiotów, które

w danym obszarze mogą podjąć efektywną interwencję. Zrezygnowano z rekomendacji w rozdziałach odnoszących się do demografii i epidemiologii, które przedstawiają kluczowy kontekst dla pozostałych części dokumentu.

Osobno, w załącznikach, przedstawione są wyzwania opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań, które należy podjąć w celu zaspokajania potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym, uwzględniając specyfikę poszczególnych województw.

W dokumencie wykorzystano wszystkie dostępne i wiarygodne źródła danych, w tym dane własne Ministra Zdrowia, zebrane przez NFZ, GUS, Centrum e-Zdrowia, ZUS i inne, w tym pochodzące z opracowań wtórnych. W dokumencie przedstawiane są dane możliwie najnowsze, w szczególności dane dotyczące kolejek i czasów oczekiwania – aktualne na luty 2020 r., dane rozliczeniowe NFZ do końca 2019 r. Szacunki dotyczące obciążenia chorobami zostały przygotowane w oparciu o dane na koniec 2019 r.

W przypadku ZRM i dyspozytorni medycznych źródłem danych był SWD PRM. Z uwagi na zmiany w funkcjonowaniu PRM m.in. w zakresie rejonów operacyjnych i liczbę dyspozytorni medycznych, zmiany miejsc wyczekiwania i przekształcenia ZRM, analizie poddano dane za okres od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r. Do analizy zespołów LPR wykorzystano najnowsze dostępne dane za okres 1 stycznia – 31 maja 2020 r.

W dokumencie zrezygnowano z przedstawiania prognozy zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz łóżka szpitalne. Za decyzją tą stoi kilka czynników:

- 1) niedające się w praktyce obronić założenie *ceteris paribus*. Poza demografią i epidemiologią pozostałe czynniki wpływające na system pozostają bez zmian. Dotyczy to w szczególności zmian w organizacji systemu, które są konsekwencją nie tylko postępów medycyny i pojawiania się nowych technologii medycznych, ale również oczekiwanym skutkiem opracowania i wdrażania map potrzeb zdrowotnych,
- 2) wydarzenia związane z pandemią COVID-19, w szczególności jej bezpośredni i pośredni wpływ na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą przyspieszyć zachodzące zmiany i wpłynąć również długoterminowo m.in. na sposób sprawowania opieki nad pacjentami (np. przez szybkie wprowadzenie usług w zakresie telemedycyny),
- 3) prognozy zapotrzebowania na łóżka szpitalne przedstawione w poprzednich edycjach map obejmowały programowany obecnie okres do 2027 r. i nadal mogą stanowić punkt odniesienia².

Kluczowe założenia, ograniczenia i metodyka wykonanych analiz oraz prognoz zostały przedstawione szczegółowo w zaawansowanym narzędziu analitycznym na dedykowanej stronie internetowej³, stanowiącym integralną część mapy potrzeb zdrowotnych.

² http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/17_polska.pdf, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

³ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3304>, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

Zaawansowane narzędzie analityczne na dedykowanej stronie internetowej

Omawiane w mapie potrzeb zdrowotnych zagadnienia mają bardzo złożony i wielowymiarowy charakter. Dla ułatwienia ich analizy opracowane zostały zaawansowane narzędzia analityczne w formie aplikacji do wizualizacji danych, które pozwalają na jednocześnie interaktywną i przyjazną formę prezentacji. Przygotowanych zostało blisko 20 niezależnych aplikacji, obejmujących swoim zakresem cały dokument. Rozwiązanie to umożliwia uniknięcie przedstawiania wyników wszystkich przeprowadzanych analiz w dokumencie, co negatywnie wpłynęłoby na jego spójność i czytelność. Dzięki przygotowanym aplikacjom można w prosty sposób zapoznać się z poszukiwanymi informacjami w wybranych przez użytkownika przekrojach, zasadniczo szerszych niż przytoczone w dokumencie. Zostały one udostępnione na platformie internetowej o nazwie Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych⁴.

Ze względu na kompleksowy charakter koniecznych do przeprowadzenia analiz poszczególne rozdziały dokumentu zawierają często odwołania do różnych aplikacji. W celu zapewnienia łatwości użytkowania i czytelności aplikacje zostały podzielone tematycznie na węższe obszary niż te, którym poświęcone są poszczególne rozdziały. Tym samym dane i analizy zawarte w niektórych aplikacjach wykorzystywane są w nawiązujących do nich rozdziałach dokumentu. Dotyczy to w szczególności aplikacji przygotowanych m.in. na potrzeby analizy świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego (kolejki, łóżka i obłożenie, programy lekowe, wybrane zakażenia szpitalne i ich powikłania).

Nie wszystkie analizy wykonane i zebrane na rzecz mapy potrzeb zdrowotnych zostały zawarte w aplikacjach. Dotyczy to zwłaszcza danych przedstawianych w opracowaniach wtórnych, oficjalnych dokumentach i porównaniach międzynarodowych.

⁴ <https://basiw.mz.gov.pl>, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

Potrzeby zdrowotne – szersza perspektywa

Pomiar potrzeb zdrowotnych

Z problemem określania i szacowania potrzeb zdrowotnych mierzą się wszystkie kraje na świecie. Stosowane w tym zakresie są odmienne metodyki i ich przybliżenia. W dotychczasowych mapach potrzeb zdrowotnych surogatem potrzeb zdrowotnych były świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Ich analiza stanowiła podstawę prognozy przyszłego zapotrzebowania na nie w oparciu o rejestrową zapadalność i chorobowość oraz prognozowane zmiany demograficzne. Istotne ograniczenia tego podejścia wynikają nie tylko z oparcia na danych, których pierwotnym przeznaczeniem było wykorzystanie przy rozliczaniu świadczeń opieki zdrowotnej, ale również z ograniczonego uwzględnienia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych bezpośrednio przez pacjentów z kieszeni własnej oraz ograniczeń ich dostępności w postaci kolejek. Jednakże, nawet przy pełnym uwzględnieniu wszystkich tych obszarów i doskonałych danych udzielane świadczenia stanowią tylko jedną z perspektyw spojrzenia na potrzeby zdrowotne⁵.

Rzeczony naukowy na świecie pozwala obecnie nie ograniczać się jedynie do problemów zdrowotnych w zakresie określenia zapadalności, chorobowości i śmiertelności. Ważną informacją jest również jakość życia jednostek po zapadnięciu na chorobę lub po doznanym urazie. Aby przeprowadzić analizę uwzględniającą taką informację, niezbędne jest wykorzystanie odpowiedniego narzędzia pomiaru. Jednym z podejść do tego zagadnienia jest ocena obciążenia chorobowego.

Najczęściej stosowanym narzędziem tego typu jest wskaźnik DALY. Określa on lata życia skorygowane niesprawnością i składa się z dwóch komponentów – wskaźników YLL i YLD. Pierwszy z nich określa liczbę lat życia utraconych z uwagi na wystąpienie choroby lub po doznanym urazie, drugi natomiast określa liczbę lat życia w niesprawności. Podejście to pozwala spojrzeć na całe życie pacjenta i ocenić wagę wszystkich epizodów pogorszenia stanu zdrowia.

⁵ J. Wright, W. Rhys, J. R. Wilkinson, *Health needs assessment: Development and importance of health needs assessment*, BMJ: British Medical Journal 316.7140 (1998): 1310.

Rysunek 1. Schemat założeń dotyczących wskaźnika DALY

Źródło: opracowanie MZ

Szczególnie interesujący z perspektywy potrzeb zdrowotnych jest wskaźnik YLD. Oblicza się go na podstawie chorobowości, dotkliwości (rozkład przypadków we wszystkich jego stanach zdrowia, np. bezobjawowy, łagodny, umiarkowany i ciężki) oraz wag niepełnosprawności w skali od 0 (pełne zdrowie) do 1 (śmierć). Wagi te przedstawiają więc ciężkość poszczególnych stanów jako procentowy uszczerbek na zdrowiu i pozwalają na jego porównanie z utratą życia (np. jeżeli waga utraty wzroku wynosi 0,2, to rok życia pięciu niewidomych osób porównywany jest do 1. roku życia utraconego z powodu przedwczesnej śmierci). Należy zaznaczyć, że wagi poszczególnych stanów zostały określone przez lata badań naukowych.

Takie podejście pozwala na wykorzystanie wskaźnika DALY do bardziej dogłębnej analizy, nieograniczającej się jedynie do monitorowania podstawowych mierników epidemiologicznych. Daje możliwość analizy wielowymiarowej, koncentrując się na jakości życia społeczeństwa ocenianego przez pryzmat problemów zdrowotnych, jednocześnie prowadząc do wspólnego mianownika i umożliwiając porównania bardzo odmiennych od siebie chorób.

Na tej podstawie w 2019 r. zostało wybranych 5 kluczowych problemów zdrowotnych w Polsce (cukrzyca, udar, niewydolność serca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, schizofrenia). Przeprowadzone analizy pozwoliły na poszukiwanie najefektywniejszych sposobów radzenia sobie z nimi i spojrzenie na nie przez pryzmat wszystkich poziomów i rodzajów niezbędnej opieki⁶. Wyniki uzyskane w tych analizach wspierają również wnioski przedstawione w niniejszym dokumencie.

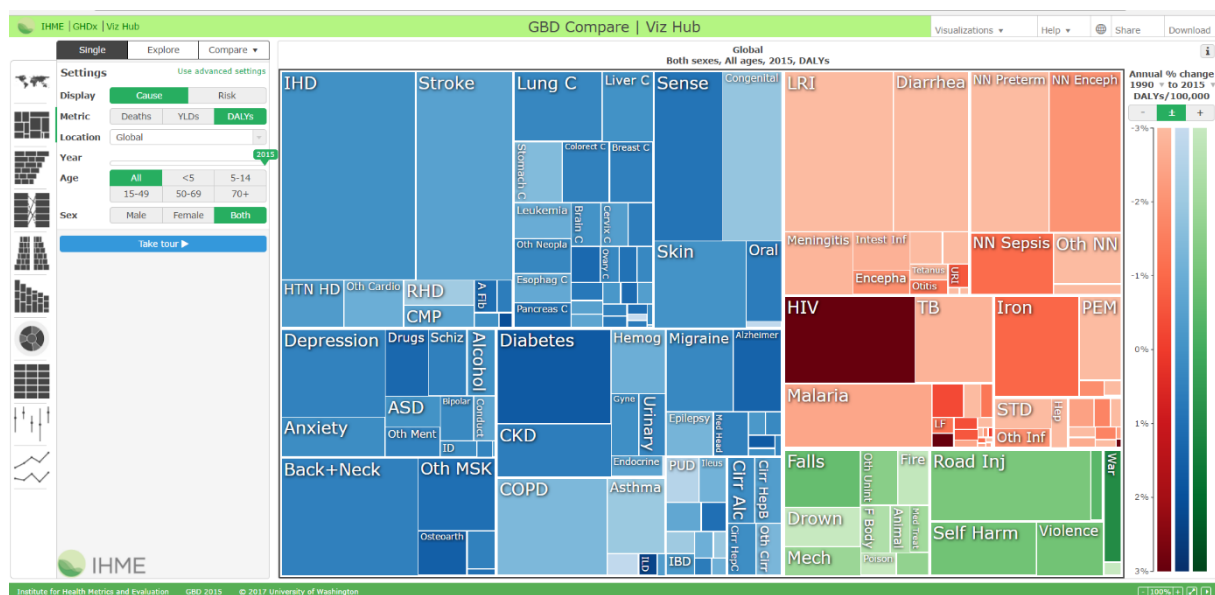
Szacunki dotyczące obciążenia chorobami w Rzeczypospolitej Polskiej i w poszczególnych województwach w ramach mapy potrzeb zdrowotnych zostały wykonane przez zespół projektu GBD, realizowany na Uniwersytecie Waszyngtońskim w Stanach Zjednoczonych. Jest to międzynarodowa inicjatywa zrzeszająca ekspertów, naukowców, decydentów i innych interesariuszy związanych z sektorem zdrowia, w ramach której powstają oszacowania obciążenia chorobowego populacji na świecie. Badanie GBD jest jednym z największych

⁶ Analiza wybranych problemów zdrowotnych w Polsce, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3157>, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

projektów dotyczących zdrowia publicznego na świecie, od lat kontynuującym prace nad obciążeniem chorobami. Obecnie regularne raporty globalne (z uwzględnieniem Rzeczypospolitej Polskiej) publikowane są w czołowym czasopiśmie naukowym LANCET. W pracach tych bierze udział 4 500 ekspertów ze 146 państw, w tym Rzeczypospolitej Polskiej⁷.

Najnowsze oszacowania, w tym przedstawione dla Rzeczypospolitej Polskiej w mapie potrzeb zdrowotnych, zostały opublikowane w październiku 2019 r. Obejmują 204 państwa i terytoria. Śmiertelność i oczekiwaną długość życia oszacowano łącznie dla 990 lokalizacji. Badanie obejmuje 369 choroby i urazy oraz 87 czynników ryzyka. Poszczególne elementy szacowane są wstecz od 1980 r., a demografia od 1950 r.⁸

Rysunek 2. Oszacowania obciążenia chorobowego populacji na świecie



Źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation Global Burden of Disease (IHME GBD), <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Skala i metodyka badania dają jeszcze jedną nieocenioną korzyść – pozwalają na porównanie wskaźników polskich z innymi krajami na świecie, a więc umiejscowienie ich w szerszym kontekście i ocenę, czy np. inne kraje w danym obszarze radzą sobie lepiej czy gorzej, a co za tym idzie poszukiwanie przyczyn tych różnic.

W analizach porównawczych uzyskane wartości wskaźników zestawiono z wartościami przeciętnymi dla Unii Europejskiej oraz z wartościami dla krajów o zbliżonej wartości wskaźnika SDI w 2019 r. (o podobnych cechach społeczno-demograficznych, będących na zbliżonym poziomie gospodarczym).

⁷ IHME, *About GBD*, <http://www.healthdata.org/gbd/about>, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

⁸ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

Przyjęcie metodyki obciążenia chorobami jest zgodne z aktualnymi trendami światowymi. Biorąc pod uwagę początki prac nad obciążeniem chorobowym populacji nie dziwi ich wykorzystanie m.in. w ocenie realizacji Celów Zrównoważonego Rozwoju (ang. *The Sustainable Development Goals*) Organizacji Narodów Zjednoczonych. Poszczególne kraje (np. Wielka Brytania⁹, Szwecja¹⁰, Norwegia¹¹) wykorzystują również te dane w kreowaniu wewnętrznej polityki zdrowotnej.

Wskaźniki te wykorzystane zostały nawet bezpośrednio przez KE na potrzeby rekomendacji dla państw członkowskich Unii Europejskiej w zakresie niskiej zawartości produktów pełnoziarnistych w diecie w oparciu o dane dotyczące DALY i śmiertelności¹².

Problemy zdrowotne, z którymi mierzą się mieszkańcy Polski, to jednak nie jedyna perspektywa dotycząca ich potrzeb zdrowotnych. Poszukując efektywnych rozwiązań, konieczna jest w szczególności szersza ocena systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza uwzględniająca subiektywną ocenę pacjentów i ograniczenia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Konieczna jest ocena, czy następujące przekierowanie określonych pacjentów poza system publiczny jest dobre dla ich zdrowia i czy jest dobre dla samego systemu. Należy mieć na uwadze, że bezpośrednie współfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez pacjentów może stanowić dla nich barierę dostępu do świadczeń, a praktyka i doświadczenie pokazują, że w najcięższych przypadkach wracają oni i tak do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zadowolenie z opieki zdrowotnej

Kiedy pytamy o opinie na temat opieki zdrowotnej, zadowoleni z niej należą zawsze do mniejszości. Obecnie trzech na dziesięciu ankietowanych pozytywnie ocenia funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, a dwie trzecie negatywnie, w tym 27% zdecydowanie negatywnie. Jedynie nieliczni nie mają wyrobionego zdania na ten temat (4%).

W ciągu ostatnich dwóch lat przybyło zadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej (o 7 punktów procentowych), a ubyło niezadowolonych (o 8 punktów). Zaznaczyć jednak należy, że dwa lata temu odnotowaliśmy pogorszenie ocen (zadowolonych było 28%, niezadowolonych – 68%), a tegoroczne wyniki są zbliżone do odnotowanych cztery lata temu.

Istotne znaczenie ma w tym kontekście sposób korzystania z opieki medycznej. Najlepiej funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oceniają badani, którzy w ciągu ostatniego

⁹ 2017-18 Action Plan for CVD Prevention.

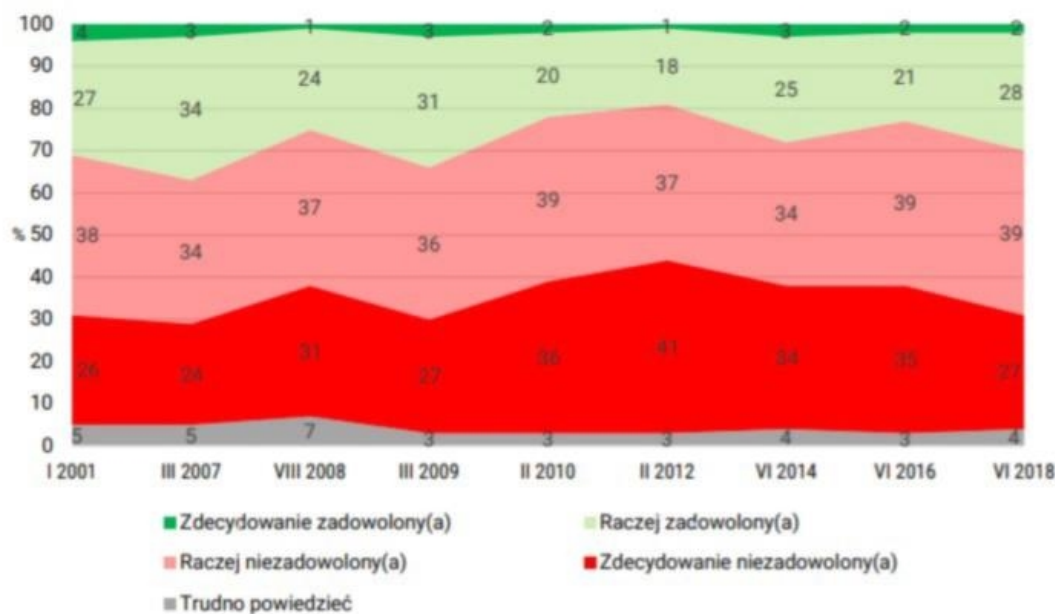
¹⁰ Stockholm County Council Public Health Report.

¹¹ A Strategy for Good Mental Health (2017–2022): Managing All Aspects of Life.

¹² <https://ec.europa.eu/jrc/en/health-knowledge-gateway/promotion-prevention/nutrition/whole-grain>, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

półroczu leczyli się wyłącznie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (choć i w tej grupie przeważają oceny negatywne), a najbardziej krytycznie – ci, którzy leczyli się wyłącznie poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.¹³

Rysunek 3. Ocena zadowolenia z funkcjonowania opieki zdrowotnej w kraju



Źródło: CBOS, Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej, Nr 89/2018 z lipca 2018 r.

Świadczenia niefinansowane ze środków publicznych

Istotnym utrudnieniem analizy zaspokajania potrzeb zdrowotnych w Rzeczypospolitej Polskiej jest ograniczony zakres danych zbieranych w odniesieniu do świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych.

Głównym źródłem danych dotyczących tych świadczeń opieki zdrowotnej są ankiety badawcze oraz dane zbierane w ramach badań statystyki publicznej prowadzonych przez Ministra Zdrowia. Niestety pomimo upływu dłuższego czasu od publikacji pierwszych map potrzeb zdrowotnych nadal nie wszystkie podmioty prawidłowo sprawozdają, co powoduje, że jakość raportowanych danych statystycznych pozostawia wiele do życzenia. Uwzględniając powyższe zastrzeżenie, dane te są przedstawiane i analizowane w poszczególnych rozdziałach w celu dokonania całościowej oceny efektywności systemu i jego możliwości zaspokajania potrzeb zdrowotnych obywateli.

¹³ Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej, CBOS, Nr 89/2018 z lipca 2018 r., https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_089_18.PDF, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

W badaniach ankietowych Polacy deklarują powszechne korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej. W 2018 r. w badaniu CBOS deklarowało to 88% respondentów¹⁴. Jednocześnie mniej niż co 3 osoba korzystała w ciągu ostatniego pół roku wyłącznie ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (31%, przy czym wskaźnik ten zmniejszył się o 15% w ciągu 15 lat i o 6% w ciągu ostatnich dwóch lat). W tym samym okresie praktycznie tak samo rósł wskaźnik jednoczesnego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i z usług poza tym systemem¹⁵ – osiągając 48% i rosnąc odpowiednio o 16% w ciągu 15 lat i 8% w ciągu ostatnich dwóch. Tylko prywatnie leczyło się 9% Polaków (wartość ta zmienia się nieznacznie w czasie).

Na rosnące oczekiwania Polaków względem opieki zdrowotnej wskazuje fakt, że w 2018 r. więcej niż co czwarty dorosły Polak miał wykupione dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne – abonament lub polisę (28%), z czego 18% opłacało je samodzielnie, a co dziesiątemu (10%) w całości lub częściowo finansował je pracodawca. Wartości te w ostatnich latach rosną.

¹⁴ *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, CBOS, Nr 97/2018 z lipca 2018 r., https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_097_18.PDF, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

¹⁵ Korzystanie ze świadczeń w całości samodzielnie finansowanych lub dostępnych w ramach posiadanego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (abonamentu, polisy).

Tabela 1. Odsetek osób korzystających z danego świadczenia opieki zdrowotnej

Obszar	Udział respondentów korzystających z danego świadczenia w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed sondażem	Udział korzystających z danego świadczenia – finansowanego ze środków publicznych	Udział korzystających z danego świadczenia – niefinansowanego ze środków publicznych
POZ	75%	94%	16%
AOS	55%	73%	54%
Diagnostyka – laboratorium	55%	84%	42%
Diagnostyka – pracownia (USG, TK, gastroskopia itp.)	36%	78%	36%
Stomatologia (w tym protetyka)	53%	36%	82%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Wyniki badania wskazują na ogólnie dobrą dostępność świadczeń POZ finansowanych ze środków publicznych. Niewątpliwie większa bariera w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pojawia się w dalszych etapach leczenia – kiedy trzeba pogłębić diagnostykę lub skorzystać z porady lekarza specjalisty. W ostatnim przypadku ponad połowa respondentów sięgała po pomoc lekarzy poza systemem publicznym. Zdecydowana większość respondentów (ponad 4/5) korzysta ze świadczeń stomatologicznych poza systemem finansowanym ze środków publicznych (z tych świadczeń skorzystał tylko co trzeci respondent). W tym przypadku jednak istotną rolę może odgrywać również zakres samych świadczeń gwarantowanych.

Zdecydowanie najczęściej wskazywaną w badaniu przyczyną korzystania ze świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych były czas oczekiwania na wizytę lub badanie (74%).

Pozostałe odpowiedzi respondentów nie wskazywały, by ich zdaniem występowała istotna przewaga systemu prywatnego nad publicznym w jakości udzielanych świadczeń – tylko co piąty badany wskazywał na wyższe kwalifikacje i lepsze kompetencje lekarzy lub osób

wykonywujących badania (22%) oraz że w przypadku odpłatnych wizyt lekarze specjaliści dochowują większej staranności i można liczyć na ich większe osobiste zaangażowanie (21%).

Wpływ pandemii COVID-19 na opiekę zdrowotną

Na chwilę obecną nie jest możliwa ocena ani krótko-, ani długotrwałych skutków pandemii COVID-19, która dotknęła Polskę i resztę świata na początku 2020 r. Nie ulega wątpliwości, że oddziaływać ona będzie nie tylko na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, ale i samą strukturę oraz organizację systemu. Jednocześnie wyzwania związane z przeciwdziałaniem skutkom pandemii dają okazję do wdrażania pozytywnych zmian w systemie i obserwacji oraz lepszej identyfikacji dotychczasowych obszarów nieefektywności systemu.

Nie ulega wątpliwości, że pandemia może mieć wielowymiarowy wpływ na system – nie tylko na zmianę potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, ale także na możliwości i sposób ich zaspokajania. Oczekiwane skutki będą rozpatrywane w kilku aspektach¹⁶:

- nowych potrzeb zdrowotnych z tytułu leczenia pacjentów z COVID-19, którym obecnie odpowiada m.in. system szpitali jednoimiennych,
- wpływu na ograniczenie dostępu do innych świadczeń ze względu na ograniczenie wykonywania świadczeń planowanych, mniejszą zgłaszalność pacjentów z niektórymi innymi chorobami nagłymi (np. obserwowaną mniejszą zgłaszalność udarów mózgu),
- wpływu na przyszłe potrzeby zdrowotne osób chorych m.in. na choroby przewlekłe ze względu na ograniczoną dostępność świadczeń, opóźnienie rehabilitacji czy brak wizyt kontrolnych,
- odległe skutki związane z pogorszeniem zdrowia psychicznego, wynikające m.in. z pogorszonej sytuacji materialnej, zwiększonego stresu.

Nie ulega wątpliwości, że w niedalekiej przyszłości pojawiać się będzie wiele dotychczas nieoczekiwanych wyzwań, co wiąże się z koniecznością wprowadzania rozwiązań służących odpowiedniemu monitorowaniu i koordynacji działań w systemie, nie tylko w obszarze zwalczania chorób zakaźnych oraz elastycznego odpowiadania na nie, ale również z wykorzystaniem nowych, dotychczas niestosowanych rozwiązań.

¹⁶ <https://twitter.com/VectorSting/status/1244671755781898241/photo/1>, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

Najważniejsze wnioski

Jedyną odpowiedzią na wyzwania z jakimi zmierza się system opieki zdrowotnej może być istotne zwiększenie jego efektywności. W niektórych obszarach istotną przeszkodę w dokonywaniu zmian stanowią zaszczości historyczne, takie jak struktura właścicielska podmiotów leczniczych, istniejąca infrastruktura, a nawet konstrukcja koszyka świadczeń gwarantowanych czy ich wycena. Jednocześnie niezależnie od występujących ograniczeń i nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, niektóre obszary systemu nawet w swych pierwotnych założeniach nie są adekwatne do potrzeb zdrowotnych, na które mają odpowiedzieć (np. opieka psychiatryczna). W wielu takich obszarach zostały już podjęte w ostatnich latach próby reform, jednakże nadal oczekujemy na ich efekty i pełne wdrożenie rozpoczętych zmian. Nie ulega również wątpliwości, że wyzwań stojących przed systemem opieki zdrowotnej nie można zredukować do jednego mianownika, a na wiele z nich nie odpowie wyłącznie zwiększenie finansowania ochrony zdrowia.

Analizowane dane nie dają jednoznacznie negatywnego obrazu całego systemu, nawet jeżeli takie wrażenie może sprawiać ocena ukierunkowana na poszukiwanie niezaspokojonych potrzeb. W szczególności porównania międzynarodowe pokazują, że zdrowie Polaków wraz z upływającym czasem cały czas się poprawia. Dotyczy to również wskaźników w większym stopniu zależnych od systemu ochrony zdrowia, jak np. wskaźniki okołoporodowe.

Pośród problemów zdrowotnych choroba niedokrwienna serca jest i nadal będzie największym wyzwaniem dla polskiego systemu ochrony zdrowia. Konieczne jest podjęcie działań w celu odwrócenia trendu wzrostowego chorobowości i liczby zgonów, w szczególności mając na uwadze znacząco większe obciążenie chorobami niż w innych krajach UE. Niezmiennie niezwykle poważnym problem zdrowotnym pozostają udary, które oprócz tego, że stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów, znacząco wpływają na sprawność. W najbliższych latach spodziewamy się wzrostu liczby nowych przypadków i zgonów wśród pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe. Jednocześnie znaczny wzrost we wszystkich istotnych wskaźnikach odnotuje choroba Alzheimera i inne choroby otępienne. Nieustająco problemem są również choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca oraz przewlekła obturacyjna choroba płuc, a także choroby psychiczne.

Już w ostatnich latach problemy zdrowotne stanowiące największe wyzwanie dla polskich pacjentów zostały prawidłowo zidentyfikowane. W niektórych przypadkach podjęte zostały szerzej lub wężiej zakrojone działania, takie jak opracowanie i przyjęcie Narodowej Strategii Onkologicznej czy rozmaite pilotaże nowych mechanizmów i rozwiązań w systemie ochrony zdrowia, mające służyć poprawie sytuacji w objętych nimi obszarach. Konieczne jest monitorowanie efektów tych działań, aby ocenić, czy przynoszą one rezultaty zgodne z oczekiwaniami.

Zmierzenie się z tymi zagadnieniami to jednak dopiero początek drogi. Musimy przygotować się na daleko idące zmiany w strukturze i wielkości polskiego społeczeństwa związane ze

zmianami demograficznymi. Prognozuje się, że do 2050 r. liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej spadnie do niecałych 34 mln. Szybkie starzenie się ludności oraz wolniejszy wzrost długości życia w zdrowiu niż życia ogółem wskazują, że wyzwania ochrony zdrowia będą tylko rosnąć. Będą one związane przede wszystkim z większym zapotrzebowaniem na opiekę nad osobami starszymi (opieka długoterminowa, paliatywno-hospicyjna) oraz utrudnieniem finansowania systemu ze względu na malejącą populację w wieku produkcyjnym.

Na wszelkie organizacyjno-infrastrukturalne problemy systemu opieki zdrowotnej nakładają się jeszcze problemy związane z dostępnością kadr. Pomimo nagłośnienia występujących ograniczeń dostępności lekarzy, w średnim i długim terminie najpoważniejszym problem będzie zmniejszanie się liczby pielęgniarek oraz położnych. Szacuje się, że w ciągu najbliższych 10 lat liczba pielęgniarek w wieku 25-59 lat zmniejszy się o 34%, a liczba położnych o 25%. Zapotrzebowanie na usługi położnicze może spadać wraz ze spadkiem dzietności w Polsce, lecz w perspektywie starzejącego się społeczeństwa i braku pielęgniarek sytuacja ta może nieść poważne konsekwencje dla funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

Należy mieć na uwadze, że niezależnie od podejmowanych działań, procesu starzenia się społeczeństwa nie da się w najbliższym czasie zatrzymać. Na emeryturze lub zaraz przed nią są osoby z powojennego wyżu demograficznego, a w perspektywie 20 lat dołączą do nich również osoby urodzone w wyżu lat 70. i 80. Procesów tych nie zatrzyma nawet szybki wzrost dzietności, która obecnie i tak nie zapewnia pełnej wymienialności pokoleń.

W 2019 r. behawioralne czynniki ryzyka miały ok. 26% mniejszy wpływ na DALY w UE niż w Polsce. Natomiast w Polsce w 2019 r. grupa tych czynników odpowiadała za utratę ok. 49% lat przeżytych w zdrowiu oraz ok. 44% zgonów. Mając na uwadze tak istotny ich wpływ na zdrowie, konieczne jest zadbanie o edukację zdrowotną i profilaktykę. Obszary te nierozdzielnie wiążą się z rolą POZ w ochronie zdrowia, która – choć co do zasady dostępna dla pacjentów – powinna pełnić bardziej proaktywną rolę w opiece nad nimi, dbając o jej koordynację.

Istotnej poprawy wymaga dostępność i organizacja AOS. Pełni ona ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej, umożliwiając pacjentom leczenie specjalistyczne niedostępne w POZ, ale nie wiążące się z dużymi nakładami finansowymi, jakie towarzyszą leczeniu szpitalnemu. Wzmocnienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i jednocześnie odciążenie leczenia szpitalnego jest od lat wskazywane jako priorytet w reformie polskiego systemu opieki zdrowotnej. Pomimo tego od kilku lat następuje spadek wydatków na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (z 8,6% w 2014 r. do 5,7% w 2018 r. i 2019 r.) przy jednoczesnym wzroście wydatków na lecnictwo szpitalne (z 31,1% w 2014 r. do 47,4% w 2019 r.). Zmniejsza się również liczba porad udzielanych w AOS, a także liczba pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki medycznej w ramach NFZ: pomiędzy 2015 r. a 2019 r. liczba wizyt w przeliczeniu na liczbę mieszkańców zmniejszyła się o 4,9%.

Jednocześnie tym negatywnym trendom towarzyszy wzrost liczby wizyt w prywatnej opiece zdrowotnej. Głównym czynnikiem wypychającym pacjentów poza system publicznej opieki zdrowotnej jest długi czas oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Dane w zakresie świadczeń udzielanych prywatnie powinny być szerzej raportowane i monitorowane dla zapewnienia możliwości efektywnego przeciwdziałania negatywnym zmianom w tym obszarze.

W ramach optymalizacji leczenia szpitalnego należy dążyć do koncentracji świadczeń oraz profilowania szpitali i ich usieciowienia w zakresie realizowanych profili świadczeń. Jednocześnie tworzenie i kontraktowanie oddziałów udzielających świadczeń zdrowotnych, które wykraczają poza podstawowy profil wynikający z przynależnego stopnia sieci szpitali (w szczególności I oraz II stopnia), powinno być ograniczane. Ich funkcjonowanie może prowadzić do niezrównoważonego rozwoju podmiotów leczniczych – niezgodnego z przypisaną im funkcją w systemie ochrony zdrowia, jednocześnie zwiększając presję na finansowanie świadczeń niezgodne z potrzebami zdrowotnymi.

Liczba hospitalizacji wśród niektórych chorób przewlekłych jest wyższa niż wskazywałaby na to etiologia choroby. W znacznej ilości wykonywane są świadczenia zdrowotne, które z powodzeniem mogłyby być wykonywane ambulatoryjnie albo w trybie hospitalizacji jednodniowej. Hospitalizacje w ramach leczenia szpitalnego stanowią również często odpowiedź na ograniczenia dostępności w innych rodzajach świadczeń. Dotyczy to m.in. opieki długoterminowej. Postępujący proces starzenia się społeczeństwa nieodłącznie wiąże się z koniecznością zapewnienia coraz większej liczbie osób świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Obecnie 17,5% ludności jest w grupie wiekowej od 65 lat wzwyż, a do 2050 r. ten udział zwiększy się do 32,7% (w tym 10,4% w grupie wiekowej od 80 lat wzwyż). Już w 2030 r. w tym wieku będzie 26% populacji. Zmiany w zakresie opieki długoterminowej nie mogą czekać ze względu na fakt, że nadchodzące zmiany demograficzne (skutkujące m.in. istotnym spadkiem wskaźnika pielęgnacyjnego) nie są odległe w czasie.

Jednocześnie w tym obszarze pojawiają się największe ograniczenia dostępności świadczeń związane z istniejącą infrastrukturą. Liczba osób objętych opieką długoterminową w systemie ochrony zdrowia w populacji osób w wieku od 65 lat wzwyż wynosi 1,4%, podczas gdy średnia dla 25 krajów OECD to 10,8%. Dostępność łóżek opieki długoterminowej w Polsce wśród populacji 1 000 osób w wieku od 65 lat wzwyż według OECD wynosi 11,9, podczas gdy średnia dostępność łóżek w tej grupie wiekowej w 33 państwach OECD to 47,2.

Istotnie ograniczony i nierówny jest również dostęp do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej – wynika to tylko z nierównomiernie rozpowszechnionej infrastruktury i „białych plam” na mapie. Weryfikacji powinny również podlegać i wskazania, z jakimi przysługują te świadczenia zdrowotne pacjentom.

Głębszej reformy wymaga rehabilitacja lecznicza – obszar ten nie funkcjonuje poprawnie i nie jest dopasowany do rzeczywistych potrzeb pacjentów. Mimo uzyskania przez

fizjoterapeutów możliwości ustalania planu terapii, nie zauważono zmian w strukturze udzielanych świadczeń. Rosnąca liczba wizyt fizjoterapeutycznych z 3 tys. w grudniu 2018 r. do 211 tys. w lipcu 2019 r. nie przełożyła się na dopasowanie świadczeń do indywidualnych potrzeb pacjentów. Około $\frac{1}{3}$ pacjentów cyklicznie, co roku korzysta ze świadczeń rehabilitacji, co w przypadku pacjentów z niepełnosprawnościami może być uzasadnione, jednak ta grupa stanowi tylko 3% rehabilitowanych pacjentów. Mając to na uwadze można wnioskować, że rehabilitacja jest nieskuteczna lub stosowana w przypadku przewlekłych stanów chorobowych. Dostrzega się również brak koordynacji leczenia w pełnym procesie leczniczym (pomiędzy "poziomami" rehabilitacji) oraz brak określonych obiektywnych narzędzi definiujących stan kliniczny (funkcjonalny) pacjenta.

Wskazana już opieka psychiatryczna, zarówno dla dzieci, jak i dorosłych, wymaga gruntownej reformy, która na szczęście została już zapoczątkowana w formie pilotażu. Dostęp do kompleksowej opieki psychiatrycznej jest zróżnicowany na terenie kraju (369 gminy są oddalone powyżej 30 km od miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rekomendowanych formach leczenia, umożliwiającym pacjentom polepszenie funkcjonowania społecznego i zawodowego). Jeszcze bardziej niekorzystnie sytuacja przedstawia się w przypadku leczenia psychiatrycznego dzieci (2 303 gminy oddalone o ponad 30 km).

Również dzięki dotychczasowym inwestycjom ze środków europejskich infrastruktura szpitalna, jak i dostępność sprzętu medycznego, jest na dobrym poziomie – w tym zakresie nie występują większe różnice regionalne. Ze względu na stosunkowo niskie zużycie sprzętu priorytetem powinna być co najwyżej jego wymiana wraz z jego zużyciem, zamiast zwiększania zasobów. Jak wskazano powyżej, o wiele poważniejsze braki infrastrukturalne dotyczą innych rodzajów świadczeń zdrowotnych.

1. Demografia

Analiza obecnej struktury demograficznej ludności stanowi ważne tło dla wszystkich pozostałych obszarów prezentowanych w mapie potrzeb zdrowotnych. Kwestie takie jak struktura płci i wieku, rozmieszczenie terytorialne, liczba urodzeń i zgonów czy migracje, stanowią istotną informację w analizie potrzeb zdrowotnych Polaków. Co więcej, zachodzące od wielu lat trendy demograficzne – zarówno w Polsce, jak i obserwowane w krajach UE, w sposób istotny wpłyną na system ochrony zdrowia w przyszłości. Zjawiska takie, jak starzenie się społeczeństwa, feminizacja, brak zastępowalności pokoleń, zmieniająca się struktura terytorialna ludności czy spadek liczby urodzeń, będą w znacznym stopniu określały potrzeby zdrowotne Polaków, a ich odpowiednie zidentyfikowanie umożliwi wcześniejsze dostosowanie systemu i w konsekwencji lepsze zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w przyszłości.

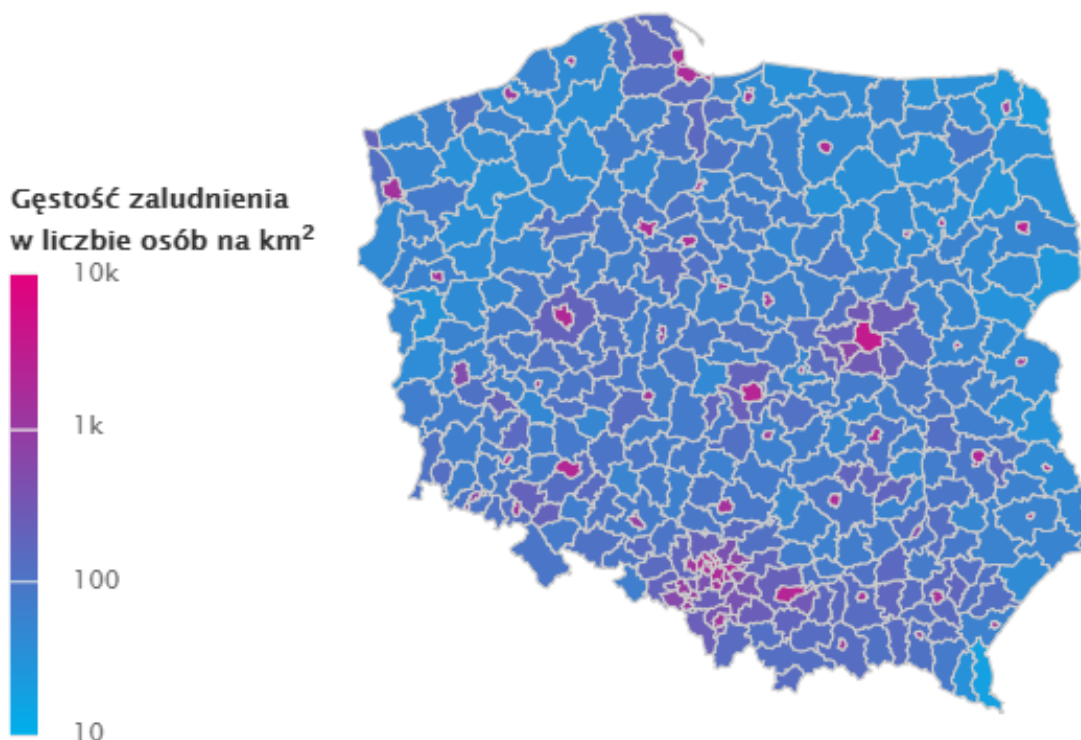
W rozdziale wykorzystano dane m.in. z GUS, Eurostatu oraz IHME.

1.1. Stan i struktura ludności

Liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej od wielu lat systematycznie zmniejszała się i w 2019 r. wyniosła 38 382 576 osób. Stanowiliśmy 7,3% ludności UE spośród 519,2 mln mieszkańców 28 jej państw, co uplasowało nasz kraj na szóstym miejscu.

W 2019 r. więcej ludności mieszkało w mieście (3/5 ogółu), a na przestrzeni lat występowała stała nadwyżka kobiet nad mężczyznami (107 kobiet na 100 mężczyzn), co w 2019 r. oznaczało, że Rzeczpospolitą Polską zamieszkiwało 18,6 mln mężczyzn oraz 19,8 mln kobiet.

Najwięcej mieszkańców było w województwie mazowieckim, na drugim miejscu uplasowało się województwo śląskie i to ono miało największą gęstość zaludnienia – 366 osób/km², przy średniej dla kraju wynoszącej 123 osoby/km². Najmniej licznym było województwo opolskie (2,56% ogółem), natomiast województwo podlaskie miało najmniejszą gęstość zaludnienia (po 59 osoby/km²). W ujęciu powiatowym największą gęstość zaludnienia miały: powiat m. Świętochłowice – 3 723 osób/km² oraz m. Warszawa – 3 462 osób/km², a najmniejszą powiat bieszczadzki - 19 osób/km² i sejneński - 23 osób/km².

Rysunek 4. Gęstość zaludnienia w powiatach w 2019 r. (skala logarytmiczna).

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GUS

W podziale na miasto i wieś najwięcej mieszkańców miast odnotowano w województwie mazowieckim – 3 496 tys. i niewiele mniej w śląskim – 3 461 tys. W przypadku wsi najwięcej mieszkańców zamieszkiwało ponownie województwo mazowieckie - 1 927 tys. oraz małopolskie - 1 767 tys. W ujęciu względnym najwyższy współczynnik urbanizacji miały województwa: śląskie (76,6%), zachodniopomorskie (68,4%) oraz dolnośląskie (68,4%), a najmniejszy województwa: podkarpackie (41,4%), świętokrzyskie (45,3%) i lubelskie (46,4%).

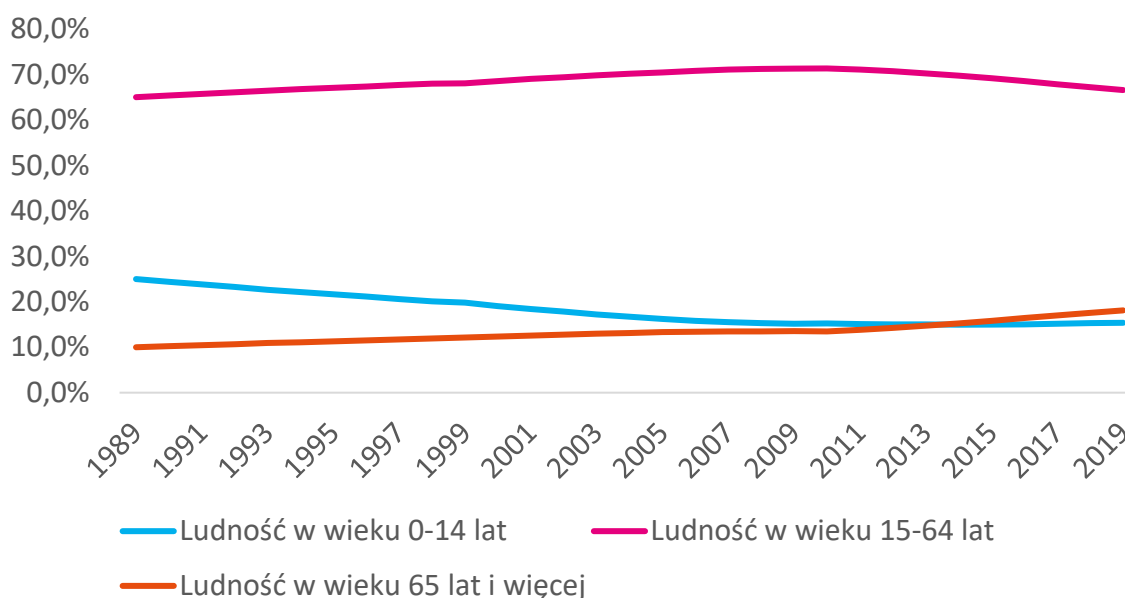
W 2019 r. 468,3 tys. osób (o 18,5 tys. więcej niż rok wcześniej) zmieniło miejsce stałego zamieszkania, przeprowadzając się do innej gminy, a także ze wsi do miasta lub odwrotnie (w ramach gminy miejsko-wiejskiej). Od 2000 r. w wyniku migracji wewnętrznych, tereny wiejskie zyskują nowych mieszkańców, a miasta tracą – w 2019 r. ujemne saldo dla miast wynosiło 29,4 tys. Liczba ludności rośnie szczególnie w wiejskich gminach podmiejskich skupionych wokół dużych miast. Zdecydowana większość migrantów przemieszczała się w ramach swojego województwa, tylko co czwarty obywatel zmienił województwo zamieszkania. W analizowanych latach 2010-2019 migracje wewnętrzne różnie fluktuują, oscylując między wartościami ponad 378 tys. w 2016 r. oraz ponad 468,3 tys. w 2019 r.

Migracje zagraniczne odbywały się w zdecydowanie mniejszym stopniu niż migracje wewnętrzne. Po raz pierwszy od 1960 r. imigracja była większa niż emigracja Polaków za granicę w 2016 r. Do tego czasu to głównie Polacy wyjeżdżali z kraju niż obcokrajowcy osiedlali się w Polsce. W 2019 r. głównymi krajami, w których Polacy osiadali na stałe, były

w kolejności od największej liczby emigrantów: Niemcy, Wielka Brytania i Holandia. W przypadku imigrantów w Polsce na pobyt stały meldowali się głównie obywatele Ukrainy i Białorusi, a na dalszych pozycjach: Włoch, Niemiec i Wielkiej Brytanii.

W Polsce, jak również w całej UE, obserwujemy starzenie się społeczeństwa, które wynika z wydłużania się oczekiwanej długości życia, niskiej dzietności oraz obecnej struktury wieku ludności. Rzeczpospolita Polska w 1967 r. przekroczyła próg starości demograficznej, a próg zaawansowanej starości demograficznej 13 lat później¹⁷. W podziale na tzw. biologiczne grupy wieku, w 2019 r. osoby w wieku 0-14 lat stanowiły 15,3% ludności, osoby w wieku 15-64 lat – 66,6%, a w wieku od 65 lat wzwyż – 18,1%. Niezmiennie, w porównaniu z 1990 r., rośnie grupa osób w najstarszej z tych grup – w 2019 r. zwiększyła się o 215 tys. osób w stosunku do 2018 r. Jej udział w ogólnej populacji jest określany wskaźnikiem starości, który w 2019 r. wyniósł o 7,9 pkt. procentowych więcej niż w 1990 r.

Rysunek 5. Struktura ludności Rzeczypospolitej Polskiej według biologicznych grup wieku, w latach 1989-2019



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GUS

Analizując tzw. ekonomiczne grupy wieku, w 2019 r. ludność w wieku przedprodukcyjnym (tj. 0-17 lat) wynosiła 18,1% populacji kraju, osoby w wieku produkcyjnym (mężczyźni wiek 18-64 lata, kobiety - 18-59 lat) – 60,0%, a poprodukcyjnym (mężczyźni – od 65 lat wzwyż, kobiety – od 60 lat wzwyż) – 21,9%. Proces starzenia się ludności kraju ulega przyspieszeniu. W latach 1990-2019 ludność w wieku poprodukcyjnym zwiększyła się o ponad 3,5 mln do wielkości 8,4 mln, a jej odsetek wzrósł w tym okresie o 9 pkt. procentowych. Miarą określającą relacje między poszczególnymi ekonomicznymi grupami wieku ludności jest

¹⁷ Próg starości demograficznej dla danego kraju to 12% ludności w wieku od 60 lat wzwyż lub 7% ludności w wieku od 65 lat wzwyż.

współczynnik obciążenia demograficznego obliczany jako stosunek liczby osób w wieku nieprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym. Współczynnik ten rośnie od kilku lat – w 2009 r. wyniósł 55, a w 2019 – 67. Wskaźnik obciążenia dla osób w wieku przedprodukcyjnym wzrósł w okresie 2009-2019 minimalnie, odpowiednio z 29 do 30, natomiast rośnie zdecydowanie dla wieku poprodukcyjnego. W 2019 r. na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 37 osób w wieku poprodukcyjnym, natomiast jeszcze w 2009 r. było to 26 osób.

Jednym z istotnych czynników wpływających na zdrowie jest wykształcenie. Wiąże się ono z większą świadomością profilaktyki oraz odmiennym trybem życia osób lepiej wykształconych. Najwięcej ludności Rzeczypospolitej Polskiej w wieku od 15 lat wzwyż w 2018 r. posiadało wykształcenie policealne i średnie – 34% ogółu, w dalszej kolejności wyższe – 24,4% i zasadnicze zawodowe – 24,1% oraz łącznie podstawowe i gimnazjalne – 17,6%.¹⁸

1.2. Ruch naturalny – urodzenia i zgony

Liczba urodzeń żywych dzieci zmniejsza się, natomiast rośnie liczba zgonów w liczbach bezwzględnych. W 2019 r. najwięcej urodziło się dzieci żywych w miastach (58,75% wszystkich urodzeń żywych). W ujęciu regionalnym przodowało województwo mazowieckie (15,89% wszystkich urodzeń w kraju), najmniejszy udział w urodzeniach miało województwo opolskie (2,27%).

Podobne wyniki dają analizy liczby zgonów. W 2019 r. zmarło więcej mężczyzn (51,60% ogółem) niż kobiet i mieszkańców miast (61,80% ogółem) niż mieszkańców wsi. Województwa mazowieckie i opolskie były województwami, na terenie których dochodziło odpowiednio do największej i najmniejszej liczby zgonów (14,08% i 2,61% ogółem). 40,55% zgonów było spowodowane chorobami układu krążenia (przede wszystkim choroba niedokrwienna serca), a za 26,38% odpowiadały nowotwory (przy znacznym udziale nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotworu jelita grubego).

Sytuacja przedstawia się nieco inaczej przy analizie wskaźników na 1 000 ludności. Analogicznie do liczb bezwzględnych tendencja współczynnika urodzeń żywych na 1 000 ludności była spadkowa (w 2019 r. osiągnęła wartość 9,8), zaś współczynnika zgonów rosnąca (10,7 w 2019 r.). Jednak analiza wskaźnika urodzeń żywych na 1 000 ludności w 2019 r. ukazała, że więcej urodziło się dzieci żywych na wsi (10,1), zaś w miastach dochodziło do większej liczby zgonów na 1 000 ludności (11,0 wobec 10,2 na wsi). Najwięcej urodziło się dzieci żywych na 1 000 ludności w województwie pomorskim (11,1), a najmniej w świętokrzyskim (8,3). Wartość tego wskaźnika powyżej średniej dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. osiągnęły 4 województwa (małopolskie, mazowieckie, pomorskie i wielkopolskie). Przez większą część okresu 2010-2019 tendencja wskaźnika urodzeń żywych

¹⁸ *Kapitał ludzki w Polsce w latach 2014-2018*, GUS, Warszawa, Gdańsk, 2019.

w skali kraju była spadkowa (niewielki wzrost w 2014 r. w stosunku do roku poprzedniego o 0,1 pkt), od 2016 r. zwiększała się, by od 2018 r. znowu zacząć się zmniejszać.

Z kolei najwięcej zgonów na 1 000 ludności w 2019 r. było w województwie łódzkim (12,5), a najmniej w pomorskim (9,6). Wartość tego wskaźnika powyżej średniej dla kraju osiągnęło 8 województw (dolnośląskie, lubelskie, lubuskie, łódzkie, opolskie, świętokrzyskie, śląskie, zachodniopomorskie). Liczba zgonów na 100 tys. ludności danej płci w Polsce wyniosła 1 001 kobiet, 1 139 mężczyzn. Współczynnik zgonów w 2019 r. wynosił 10,8‰. W latach 2010-2019 ogółem współczynnik ten rośnie i oscyluje wokół wartości 10 i 9. Do 2012 r. więcej zgonów na 1 000 ludności było na wsi, ale od tego roku, gdy wartości dla wsi i miasta wynosiły tyle samo (10,0), więcej zgonów było w mieście. W 2019 r. wartość tego współczynnika dla wsi wynosiła 10,2 i 11,0 dla miast. Główne przyczyny zgonów zostały opisane wcześniej, a szczegółowe informacje w tym zakresie znajdują się w części epidemiologicznej.

Różnica między liczbą urodzeń żywych a liczbą zgonów określana jest mianem przyrostu naturalnego. W 2019 r. po raz pierwszy od 30 lat zanotowano tak niski ujemny przyrost naturalny wynoszący -34,8 tys. W okresie od 1990 r. ujemny przyrost naturalny występował również w latach 2002-2005. Zgony przeważały nad urodzeniami żywymi zarówno w mieście, jak i na wsi, jednak w miastach problem ten był zdecydowanie większy (-32,9 tys. w miastach względem -1,8 tys. na wsiach). Wskaźnik ten był dodatni w 5 województwach (małopolskie, pomorskie, wielkopolskie, podkarpackie i mazowieckie).

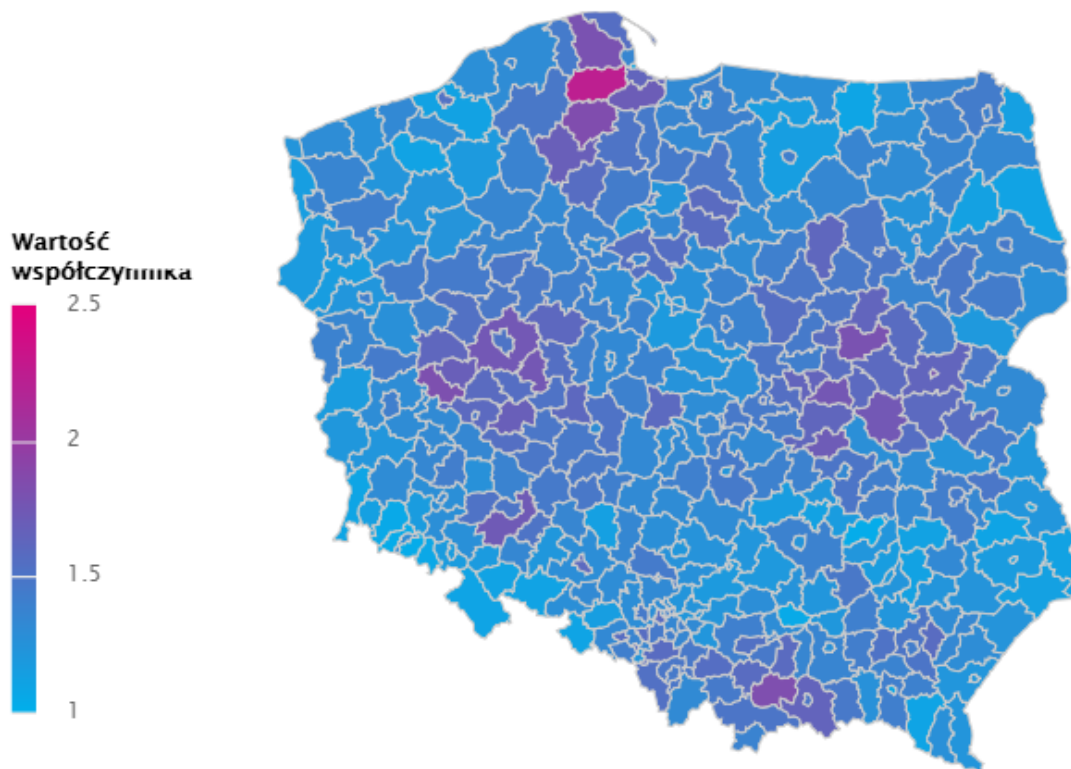
W latach 2010-2019 współczynnik przyrostu naturalnego w Polsce zmniejszał się, osiągając w 2019 r. wartość -0,9. Wartość ujemną przyjął również w latach 2013-2018, choć w 2014 r. i 2017 r. wartość wskaźnika była niemal równa zero. W 2019 r. przyrost naturalny na 1 000 ludności wynosił w miastach -1,4, a na wsi -0,1. Analizując ten wskaźnik według województw, najwyższą wartość przyrostu naturalnego na 1 000 ludności w 2019 r. osiągnęło województwo pomorskie (1,5), najmniejszą, ujemną wartość województwo łódzkie (-3,6). 5 województw (małopolskie, pomorskie, wielkopolskie, podkarpackie i mazowieckie) osiągnęło wartości dodatnie, a 11 województw ujemne.

Analizując dane Eurostatu można zauważyć, że w 2019 r. sytuacja w Polsce była nieco gorsza niż w UE ogółem - współczynnik przyrostu naturalnego wyniósł -0,9 w Polsce i -0,8 w całej UE.

Wartość wskaźnika dzietność kobiet na przestrzeni 10 lat (2010-2019) w Polsce zmniejszała się do 2013 r., by następnie zwiększyć się, osiągając w 2018 r. 1,435, a w 2019 r. spaść do 1,419. Wskaźnik ten miał w 2019 r. nieznacznie wyższą wartość dla kobiet mieszkających na wsi (1,427) niż w mieście (1,407). Województwem przodującym w zakresie dzietności kobiet było województwo pomorskie (1,598), a różnica pomiędzy nim a województwem o najniższym wskaźniku – świętokrzyskim – wynosiła 0,363. Wartość tego wskaźnika powyżej średniej dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. osiągnęły 4 województwa (małopolskie, mazowieckie, pomorskie, wielkopolskie). Dla porównania, według danych Eurostatu,

dietność UE wynosiła w 2018 r. 1,56, a Rzeczypospolitej Polskiej 1,46. Wartości te w żadnym przypadku nie gwarantują prostej zastępowalności pokoleń, do której potrzebna jest wartość wskaźnika na poziomie 2,1-2,15. W Polsce tylko jeden powiat (kartuski) osiągnął w 2019 r. poziom wskaźnika dzietności równy 2,236.

Rysunek 6. Współczynnik dzietność kobiet w powiatach w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GUS

Wpływ na poziom dzietności ma wiele czynników, wśród nich istotne znaczenie ma wzrost średniego wieku rodzenia pierwszego dziecka. Zapoczątkowane w latach 90. ubiegłego wieku przemiany demograficzne spowodowały podwyższenie mediany wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko, która w 2010 r. wyniosła 26,6 lat wobec 28,2 lat w 2019 r. Z danych Eurostatu z lat 2009-2018 wynika, że w Polsce, podobnie jak w UE, rośnie średni wiek kobiet przy porodzie. W opisywanym dziesięcioleciu wiek ten wzrósł o 1 rok (w Rzeczypospolitej Polskiej w 2018 r. wynosił 29,6 lat, a UE27 – 30,8 lat). Z danych tych wynika, że w Polsce, podobnie jak w UE rośnie wiek, w którym kobiety rodzą pierwsze dziecko. Zarówno w Polsce, jak i w UE, w okresie 2009-2018 wiek ten wzrósł o 1,2 rok (w Rzeczypospolitej Polskiej w 2018 r. wynosił 27,4 lat, dla a w UE27 - 29,3 lat).

Ważnymi wskaźnikami analizowanymi w kontekście organizacji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w okresie ciąży, porodu i połogu są wskaźniki okołoporodowe. W 2019 r. urodziło się 1 238 martwych dzieci, więcej w miastach (59,29% ogółem) niż na wsi, a w podziale na płeć - chłopców było więcej (51,86% ogółem) niż dziewcząt. W analizowanych latach 2010-2019 zmniejszyła się liczba urodzeń martwych o 28,44%. Pod kątem liczby bezwzględnej

najwięcej martwych dzieci urodziło się w województwie mazowieckim (15,75% ogółem), najmniej w świętokrzyskim (2,58%). W okresie 2010-2019 wartość wskaźnika urodzeń martwych na 1 000 urodzeń żywych w Polsce zmniejszyła się o 0,9, osiągając wartość 3,3 w 2019 r.

Z analizy miar urodzeń żywych i martwych wynika, że w Polsce rodzi się więcej chłopców niż dziewczynek – w 2000 r. urodziło się o 6,19% więcej chłopców niż dziewczynek, w 2010 r. o 7,82%, w 2016 r. o 5,49%, a w 2019 r. o 5,72%.

Wartość urodzeniowej masy ciała i procentowy udział noworodków urodzonych z masą ciała poniżej 2 500 g, czyli z niską masą (wagą) urodzeniową (LBW), to jeden ze wskaźników oceny stanu biologicznego społeczeństwa. W Polsce odsetek urodzeń ogółem dzieci z niską masą urodzeniową ze wszystkich urodzeń ogółem w 2019 r. wynosił 5,65%. Odsetek ten zmniejszył się na przestrzeni lat 2010-2019. Mała również odsetek urodzeń martwych z niską masą urodzeniową w stosunku do wszystkich urodzeń tego typu. Dzieci takich urodziło się w 2019 r. 22 056, w tym 21 174 urodzeń żywych oraz 882 urodzeń martwych.

Najwięcej urodzeń żywych z niską masą urodzeniową w 2019 r. było w województwie mazowieckim – 3 076 dzieci, najmniej w województwie opolskim – 493. Natomiast odsetek urodzeń żywych z LBW w danym województwie w stosunku do wszystkich urodzeń żywych w danym województwie o największej wartości odnotowano w województwie śląskim – 6,50%, w dalszej kolejności w zachodniopomorskim – 6,43% i lubelskim – 6,27%, o najmniejszej w województwie podlaskim – 4,46%, w dalszej kolejności w pomorskim – 4,91% i w mazowieckim – 5,16%.

Niska masa urodzeniowa jest głównym czynnikiem ryzyka umieralności niemowląt. W 2019 r. 69,48% ze wszystkich zgonów niemowląt ogółem stanowiły zgony niemowląt z niską masą urodzeniową – zmarło 981 niemowląt ważących do 2 499 g przy urodzeniu.

Na przestrzeni ostatnich 10 lat (2009-2019) zmniejszył się odsetek zgonów niemowląt z LBW w stosunku do urodzeń żywych ogółem z LBW. W 2009 r. zmarło 6,44% niemowląt z niską masą urodzeniową spośród dzieci urodzonych żywo, a w 2019 r. już tylko 4,63%.

Wartość wskaźnika zgonu niemowląt na 1 000 urodzeń żywych od 2009 r. systematycznie zmniejszała się, przy czym w 2016 r. nieznacznie wzrosła. Wartości tego wskaźnika w 2019 r. były wyższe na wsi (3,88) niż w mieście (3,69). Analiza pod kątem płci wskazuje, że zgony niemowląt płci żeńskiej na 1 000 urodzeń żywych były rzadsze (3,64) niż płci męskiej (3,89). Według województw najwięcej zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych było w województwie kujawsko-pomorskim (4,91), natomiast najmniej w świętokrzyskim (2,84). Wartość tego wskaźnika poniżej średniej dla Rzeczypospolitej Polskiej osiągnęło 8 województw (małopolskie, mazowieckie, opolskie, podlaskie, pomorskie, lubuskie, wielkopolskie i świętokrzyskie), a w województwie łódzkim wartość wskaźnika była tylko nieznacznie wyższa (3,79) od średniej krajowej – 3,77. Wartość tego wskaźnika w 2018 r. dla Rzeczypospolitej Polskiej była o 0,3 wyższa niż średnia UE (3,5). Najniższe wartości tego

wskaźnika w UE notują Estonia (1,6) i Słowenia (1,7), a najwyższe Rumunia (6,0) oraz Bułgaria (5,8).

Umieralność okołoporodowa zmniejszyła się w analizowanym okresie 2010-2019 w Polsce o 29,29%. Współczynnik ten na wsi był w każdym roku nie mniejszy niż w mieście. W 2019 r. wartość współczynnika zarówno dla wsi, jak i miast wynosiła 5,3. Najwyższe wartości tego współczynnika odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (7,2) i pomorskim (6,3), a najniższe w świętokrzyskim (4,1) i małopolskim (4,2). Wartość poniżej średniej krajowej osiągnęło 8 województw (dolnośląskie, lubelskie, lubuskie, małopolskie, mazowieckie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie i wielkopolskie). Wartość tego wskaźnika w województwie śląskim była równa średniej krajowej (5,3).

1.3. Długość życia

Na zachodzące procesy demograficzne wpływa obserwowany od wielu lat wzrost średniej długości życia i to w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Między oczekiwaną długością życia kobiet i mężczyzn występuje różnica – kobiety żyją dłużej, co jest wynikiem zjawiska nadumieralności mężczyzn. W 2019 r. przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia wynosiło ogółem 77,79 lat (74,07 dla mężczyzn i 81,75 dla kobiet). W porównaniu z 1990 r. Polacy żyli dłużej o 7,8, a Polki o 6,5 lat, zatem dynamika wzrostu lat życia jest szybsza u mężczyzn. Pod względem województw najdłuższą oczekiwaną długość życia w momencie urodzenia osiągnęły kobiety w województwie podkarpackim (83,2 lat), najkrótszą w śląskim (80,8 lat). W przypadku mężczyzn najdłuższa oczekiwana długość życia występowała w województwie podkarpackim 75,4 lat, a najkrótsza w łódzkim – 72,5 lat.

Na przestrzeni lat 2010-2018 obserwowano wzrost długości życia w przypadku obu płci, zarówno w Polsce, jak i w krajach UE. W przypadku Rzeczypospolitej Polskiej 2019 r. był wyjątkowy, bo doszło do niewielkiego spadku oczekiwanej długości życia. Wiek dożywania Polaków w 2018 r. był krótszy o kilka lat niż średnio w UE: w przypadku mężczyzn o 4,6 lata, natomiast w przypadku kobiet o 1,9 lata.

W 2019 r. różnice wartości przeciętnego dalszego trwania życia w momencie urodzenia oraz w wieku 60 lat między kobietami zamieszkującymi miasto i wieś praktycznie nie występują, nieznacznie wyraźniejsze różnice są w przypadku mężczyzn, przewaga występuje na rzecz miasta.

Spośród krajów o takim samym wskaźniku zrównoważonego rozwoju w 2019 r. (Estonii, Łotwy, Malty, Słowacji, Węgier oraz Włoch) pod względem przeciętnego dalszego trwania życia w momencie urodzenia najdłużej będą żyli mieszkańcy Włoch – zarówno dla wartości ogółem, jak i w podziale na płeć, a najkrócej mieszkańcy Łotwy. Rzeczpospolita Polska zajęła 3 miejsce z 7 w przypadku wartości ogółem i dla kobiet oraz 4 miejsce dla mężczyzn.

Oczekiwana długość życia w zdrowiu (HALE)

Według danych IHME dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. wskaźnik oczekiwana długość życia w zdrowiu dla osób w wieku 0-6 dni wyniósł ogółem 68,12 lat, dla mężczyzn 65,4 lat, a dla kobiet 70,9 lat. Zatem zdecydowanie wyższa wartość tego wskaźnika jest obserwowana w przypadku kobiet niż mężczyzn (różnica 5,5 lat). Trend jest rosnący – w przypadku mężczyzn w okresie 1990-2019 nastąpił wzrost o 6,6 lat (z 58,8 do 65,4 lat), a w przypadku kobiet o 5,6 lat (z 65,3 lat do 70,9).

Oczekiwana długość życia w zdrowiu w Rzeczypospolitej Polskiej odbiegała w 2019 r. od wartości tego wskaźnika w krajach UE. Ogółem różnica ta wynosiła 1,7 lat. W przypadku mężczyzn wartość odnotowana w Rzeczypospolitej Polskiej była niższa o 3,3 lata, natomiast w przypadku kobiet była wyższa o 0,1 roku.

Spośród krajów o tym samym SDI najdłużej żyli w zdrowiu mieszkańcy Włoch, a najkrócej mieszkańcy Łotwy. Rzeczpospolita Polska zajęła 4 miejsce z 7 w przypadku wartości ogółem i z podziałem według płci.

Długości życia w zdrowiu (HLY)

Według danych Eurostat oczekiwana liczba lat przeżytych w zdrowiu w chwili urodzenia w Polsce w 2018 r. wyniosła dla kobiet 64,3 i była dłuższa o 0,5 roku niż średnia wartość obliczona dla UE (63,8 lat), zaś dla mężczyzn 60,5 lat i była o 2,9 lat krótsza niż średnia wartość obliczona dla UE, która wynosiła 63,4 lat. Powyższe dane pokazują, że stan zdrowia Polki w chwili urodzenia jest nieznacznie lepszy od przeciętnej mieszkanki UE i gorszy w przypadku mężczyzn. Kobiety w UE najdłużej w zdrowiu żyją na Malcie (73,4 lata), a najkrócej na Łotwie (53,7 lat). Z kolei mężczyźni najdłużej żyją w zdrowiu w Szwecji (73,7 lat), a najkrócej ponownie na Łotwie (51 lat).

Na przestrzeni lat 2009-2018 oczekiwana długość życia w zdrowiu w Polsce zmieniała się, raz zwiększając się, raz zmniejszając się. Niemniej w 2018 r. wartość tego wskaźnika była wyższa niż w 2009 r. zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn w chwili narodzin. Różnica między kobietami a mężczyznami w chwili narodzin w długości życia w zdrowiu wynosiła 3,8 lat na korzyść kobiet.

Różnica między wskaźnikami HALE i HLY polega na tym, że wskaźnik HALE dotyczący oczekiwanej długości życia skorygowanej o stan zdrowia został oszacowany przez WHO na podstawie danych o umieralności oraz danych dotyczących zapadalności i chorobowości. Opiera się na danych epidemiologicznych. Natomiast HLY bazuje na indywidualnie postrzeganej sprawności.

Porównując dane dla 2017 r.: HALE (ogółem 66,81 lat, dla mężczyzn 63,7 lat, a dla kobiet 69,9 lat) i HLY (ogółem 62 lat, dla mężczyzn 60,6, dla kobiet 63,5 lat), można wysnuć wniosek, że Polacy obojga płci gorzej oceniają swój stan zdrowia niż jest on w rzeczywistości.

Do tego samego wniosku można dojść analizując udział procentowy długości lat w zdrowiu w oczekiwanej długości życia.

Zależność między długością życia w zdrowiu a oczekiwaną długością życia

Udział procentowy HALE w LE w Polsce przez cały okres badawczy (2008–2017) był wyższy niż udział HLY w LE w okresie 2009-2018. Kiedy porówna się HLY z LE w 2018 r. uzyska się wynik, który mówi, że 78,7% roku życia kobiet i 82,1% roku życia mężczyzn w Polsce minął w stanie zdrowia ocenianym przeciwnie do negatywnego.

Kiedy porówna się HALE z LE w 2017 r. uzyska się wynik, który mówi, że 85,4% roku życia kobiet i 86% roku życia mężczyzn w Polsce minął w dobrym stanie zdrowia.

Porównując LE i HLY oraz HALE na przestrzeni analizowanych 10 lat, można dostrzec, że procentowe udziały HLY i HALE w oczekiwanej długości życia kobiet są niższe niż u mężczyzn. Najprawdopodobniej wynika to z tego, że oczekiwane trwanie życia kobiet jest dłuższe, a nie dlatego, że zdrowie kobiet jest gorsze lub kobiety gorzej oceniają swoje zdrowie niż mężczyźni.

Aby dowiedzieć się, czy ludzie w Polsce żyją dłużej w pełnym zdrowiu, konieczne jest sprawdzenie, czy wartość wskaźnika HLY i HALE zwiększa się szybciej niż wysokość LE.

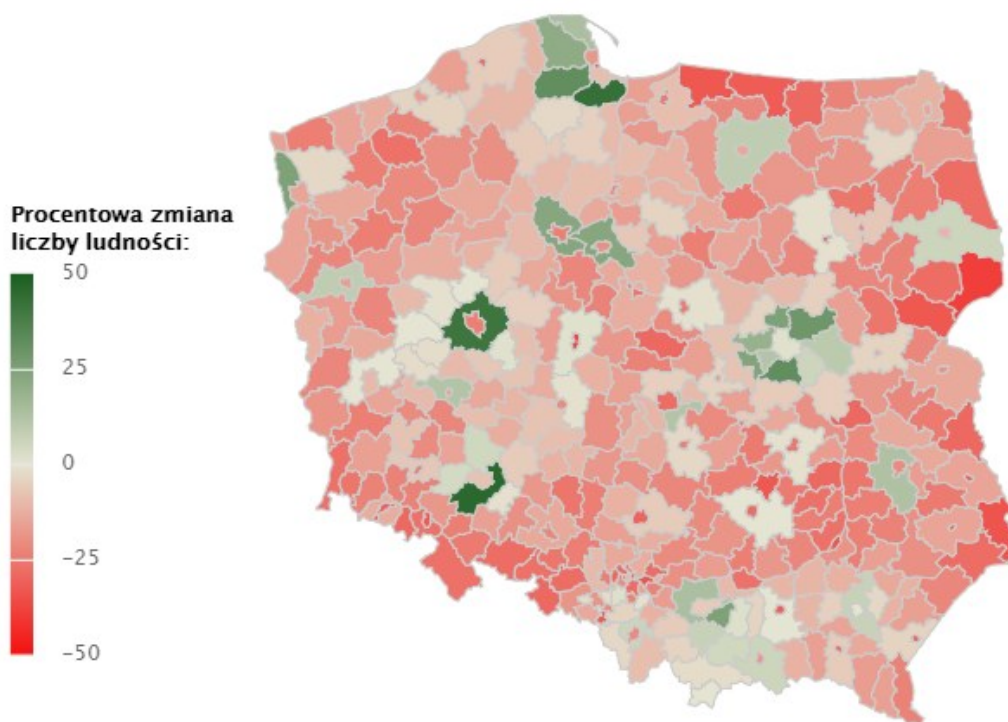
Zarówno w przypadku HALE, jak i HLY, na przestrzeni lat 2008-2017 oczekiwana długość życia rosła szybciej niż długość życia w zdrowiu, zarówno dla kobiet, i dla mężczyzn. Zatem zdrowie Polaków, zarówno to oceniane i to rzeczywiste, nie polepsza się w kolejnych latach tak szybko, jak rośnie ich długość życia.

1.4. Prognoza liczby ludności

Według prognoz GUS liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej na koniec 2025 r. wynosić będzie 37 741 tys. osób (spadek o 1,04% w porównaniu z 2019 r.), w 2030 r. – 37 185 tys. (2,50%), w 2040 r. – 35 668 tys. (6,48%), a w 2050 r. – 33 951 tys. (11%). Spadek liczby ludności nie będzie odbywał się równomiernie ani w przekroju terytorialnym, ani w podziale na miasto i wieś.

Wszystkie województwa w Polsce doświadczą spadku bezwzględnej liczby ludności. Największy spadek w 2050 r. względem 2019 r. będzie miał miejsce w województwie śląskim, gdzie liczba mieszkańców zmniejszy się o 817 tys., a najmniejszy w pomorskim (55 tys.). Nieco inaczej rozkładają się jednak zmiany względne. Województwem, w którym ubędzie najwięcej ludności w stosunku do stanu z 2019 r. będzie województwo opolskie ze spadkiem o 23,4%, najmniej, bo tylko 1,1% ludności ubędzie w województwie mazowieckim.

Rysunek 7. Prognozowana zmiana liczby ludności w powiatach w latach 2019-2050 w procentach



Źródło: opracowanie MZ na podstawie prognozy GUS

Prognozowane zmiany liczby ludności na poziomie powiatów prezentują jeszcze większe zróżnicowanie. W liczbach bezwzględnych największe spadki dotkną duże miasta – w Łodzi liczba ludności do 2050 r. zmniejszy się o 195,7 tys., a w Poznaniu o 130 tys. Jednocześnie znacząco powiększać się będą powiaty okalające duże miasta – liczba mieszkańców powiatu poznańskiego wzrośnie o 168 tys., a wołomińskiego (województwo mazowieckie) o 76 tys. Ponownie w ujęciu procentowym różnie te będą wyglądały nieco inaczej. W powiecie hajnowskim (województwo podlaskie) prognozuje się, że do 2050 r. liczba ludności spadnie aż o 39,9%, a w powiecie m. Konin (wielkopolskie) o 38,1%. Liderami wzrostu będą z kolei powiat wrocławski (+49,1% ludności) oraz gdański (+45,8%).

Zmiany te będą wymagały odpowiednich dostosowań organizacyjnych i infrastrukturalnych w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Bardzo istotnym zjawiskiem będzie tzw. suburbanizacja, czyli rozlewanie się dużych miast na obszary przyległe, przy jednoczesnym zmniejszaniu liczby ludności w obszarze obecnych granic miast. Warto zwrócić uwagę, że poza obszarem oddziaływania dużych miast liczba ludności będzie spadać, co może utrudnić dostarczanie usług medycznych oraz dodatkowo zwiększyć wykluczenie społeczne.

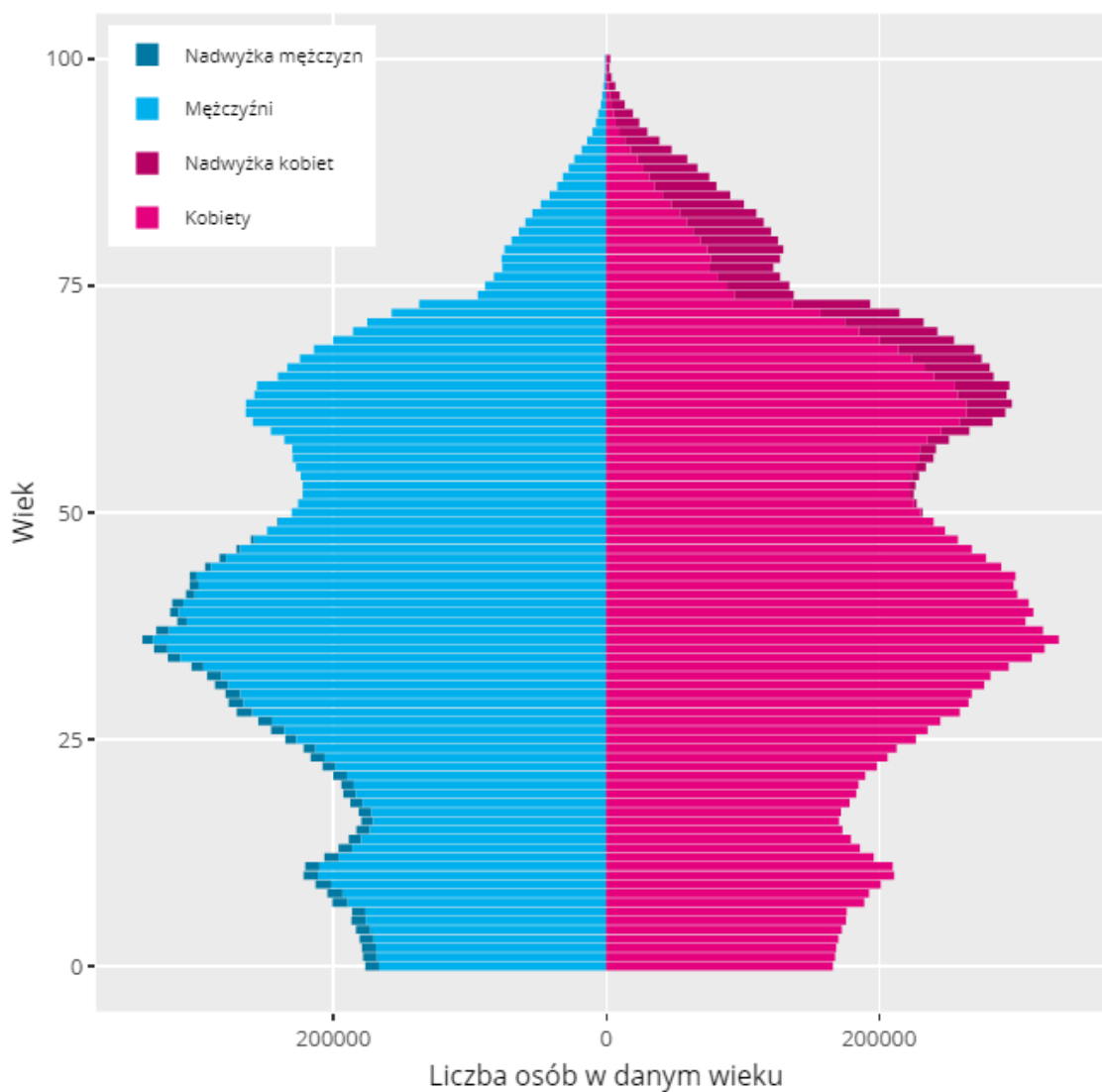
Analizując przekrój w podziale na typ miejscowości, do 2050 r. ludność miast zmniejszy się aż o 17,4%, podczas gdy ludność wsi spadnie o zaledwie 1,8%. Jest to związane w dużej mierze z opisanym wcześniej zjawiskiem suburbanizacji – tereny podmiejskie, na które migrować

będzie ludność miast, są często klasyfikowane statystycznie jako wsie. Widać to na analizie na poziomie powiatów.

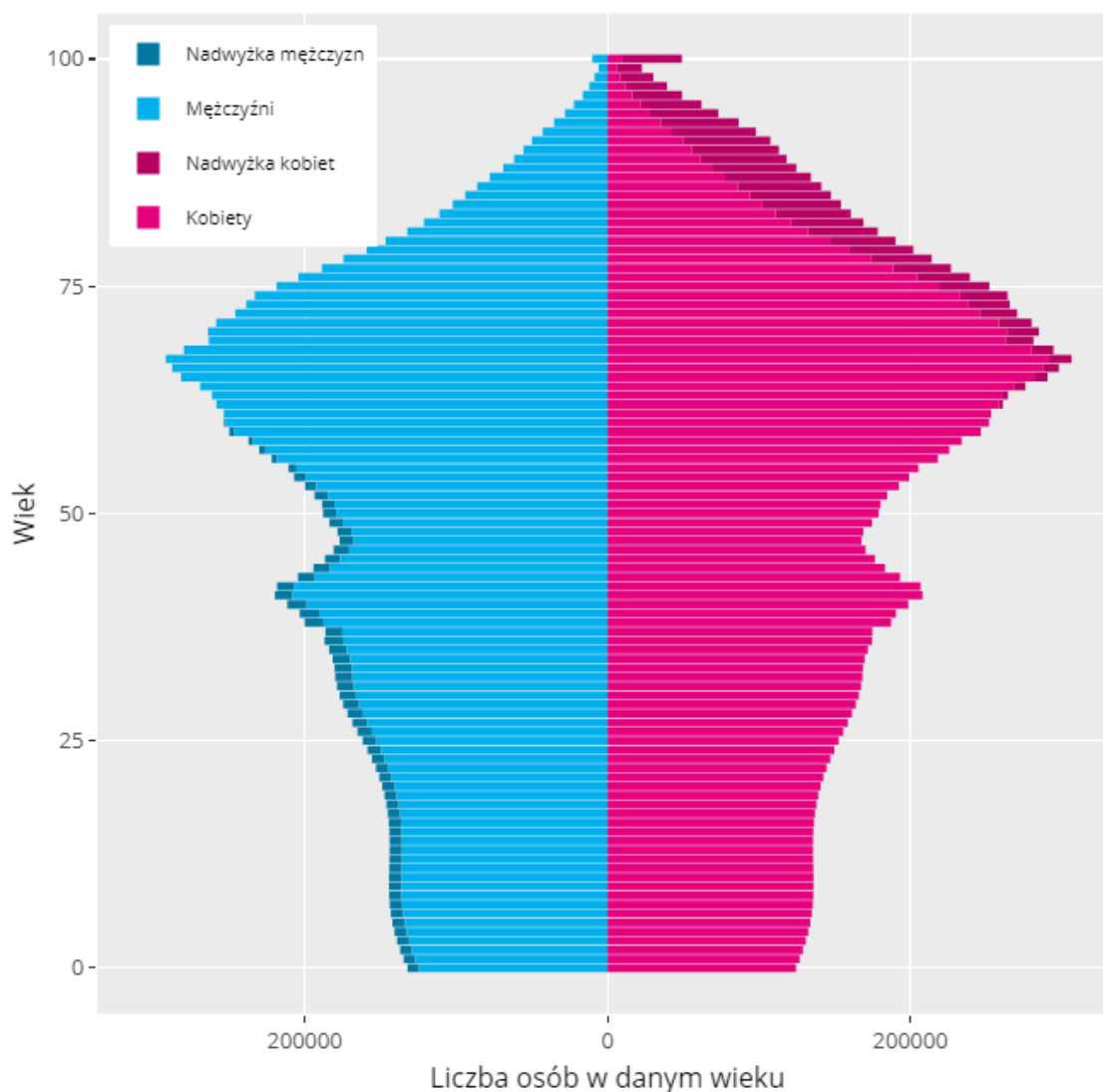
Powiatami, w których liczba ludności na wsiach wzrośnie najbardziej, będą powiaty: policki obok Szczecina (wzrost mieszkańców wsi o 63,3%) oraz ponownie powiat poznański (wzrost mieszkańców wsi o 59,9%). Można przypuszczać, że część z miejscowości, które dzisiaj klasyfikujemy jako wsie, pod wpływem migracji zmieni swój status na miasta. Z drugiej strony istnieją powiaty, w których wsie ulegają znacznemu wyludnieniu, są to m.in. wspomniany już powiat hajnowski w województwie podlaskim (spadek liczby mieszkańców wsi o 40,7%) oraz powiat hrubieszowski w województwie lubelskim (spadek o 39,1%). W przypadku miast wyludnieniu ulegną przede wszystkim małe miasteczka. Choć powiatem o jednym z największych spadków liczby ludności jest Konin, to znajduje się on dopiero na 14. miejscu pod względem procentowego spadku liczby mieszkańców miast. W tym zestawieniu najgorzej wypada powiat łęczyński w województwie lubelskim, w którym liczba mieszkańców miast spadnie o 56,6% (warto zaznaczyć, że znajduje się tam tylko jedna gmina miejska - licząca 23 tys. mieszkańców łączna) oraz powiat konecki w województwie świętokrzyskim, gdzie ubędzie 44,3% mieszkańców miast (znajdują się tam trzy miasta - liczące 19 tys. mieszkańców Końskie, prawie 6 tys. Stąporków oraz 3 tys. Radoszyce). Najdynamiczniejszy procentowy wzrost liczby mieszkańców miast będzie miał miejsce w powiecie siedleckim (+57,1%) oraz kaliskim (+51,8%).

Prognozowane zmiany demograficzne to nie tylko zmiana liczby, ale także struktury ludności Rzeczypospolitej Polskiej. Malejąca liczba urodzeń oraz rosnąca długość życia spowodują odwrócenie piramidy wieku.

Rysunek 8. Piramida wieku Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie GUS

Rysunek 9. Piramida wieku Rzeczypospolitej Polskiej w 2050 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie prognozy GUS

1.5. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i podsumowanie

W Polsce, podobnie jak i w innych krajach UE, zachodzą zmiany demograficzne mające wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej – przede wszystkim starzenie się społeczeństwa, nadumieralność mężczyzn oraz brak zastępowalności pokoleń.

Prognozuje się, że do 2050 r. liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej spadnie do niecałych 34 mln. Szybkie starzenie się ludności oraz wolniejszy wzrost długości życia w zdrowiu niż życia ogółem wskazuje na rosnące wyzwania dla ochrony zdrowia. Będą one związane przede wszystkim z większym zapotrzebowaniem na opiekę nad osobami starszymi oraz utrudnieniem finansowania tej opieki ze względu na malejącą populację w wieku produkcyjnym.

Niepokojącym wnioskiem płynącym z analizy demograficznej jest fakt, że niezależnie od podejmowanych działań, nie da się w najbliższym czasie zatrzymać procesu starzenia się

społeczeństwa w Polsce. Powojenny wyż demograficzny jest zjawiskiem realnie występującym, a przedstawiciele tego pokolenia są już na emeryturze lub za kilka lat na nią przejdą. W perspektywie 30 lat dołączą do nich również osoby urodzone w wyżu z lat 70. i 80. Zakładając nawet bardzo szybki wzrost dzietności należy mieć na uwadze, że nie ma to wpływu na starzenie się populacji już żyjącej. Co więcej, w związku z malejącą liczbą kobiet w wieku rozrodczym żaden realny scenariusz demograficzny nie przewiduje zatrzymania spadku liczebności populacji.

Choć obecnie ok. 60% ludności Rzeczypospolitej Polskiej zamieszkuje miasta, to prognozuje się, że do 2050 r. ludność miast zmniejszy się aż o 17,4%, podczas gdy ludność wsi spadnie o zaledwie 1,8%. Jest to wynik wyższej dzietności na wsi niż w miastach oraz migracji z miast na tereny podmiejskie klasyfikowane statystycznie jako wsie. W ujęciu powiatowym liczba ludności będzie wzrastać w powiatach otaczających miasta wojewódzkie, a spadać w samych miastach i powiatach od nich oddalonych. Związane to będzie głównie z migracją z miast na tereny podmiejskie i rozlewaniem się samych miast (tzw. suburbanizacja). Wymusi to zmianę lokalizacji tych punktów opieki zdrowotnej, które powinny znajdować się najbliżej pacjenta, w szczególności POZ. Zmianie ulegnie również miejsce świadczenia usług, takich jak opieka dzienna nad osobami starszymi i innych usług wymagających częstej interakcji z pacjentem. Część z punktów POZ znajdujących się na terenach szybko wyludniających się prawdopodobnie będzie musiała zostać zlikwidowana, a nowe punkty będą musiały zostać utworzone na terenach podmiejskich, tak by zapewnić odpowiednią opiekę rosnącej populacji tych obszarów.

Informacje o długości życia w podziale na płeć wskazują na wyraźnie krótszą długość życia mężczyzn niż kobiet. Dotyczy to szczególnie mężczyzn żyjących na wsi. Zróżnicowanie w długości życia między płciami jest zdecydowanie wyższe niż mierzone dla tych samych płci, lecz pomiędzy różnymi województwami. Sugeruje, że to właśnie płeć, w szczególności związany z nią tryb życia (m.in. wykonywana praca, mniej intensywna profilaktyka, częstsze nałogi), a nie np. dostępność świadczeń opieki zdrowotnej wpływa na obserwowane rezultaty dotyczące długości życia. Choć długość życia Polaków jest niższa od średniej unijnej, to mężczyźni w Polsce wyraźniej niż kobiety odstają od średniej dla swojej płci. Pomimo że przyczyna tego problemu jest złożona, wydaje się koniecznym podjąć aktywniejsze działania w celu zmniejszenia różnic w długości życia pomiędzy płciami oraz ogólnego zmniejszenia różnic pomiędzy Rzeczpospolitą Polską a UE. Działania te mogą mieć różny charakter, w szczególności mogą się odbywać w ramach edukacji zdrowotnej i profilaktyki.

Jednocześnie dalsza oczekiwana długość życia od lat ulega wydłużeniu, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn, niezależnie od analizowanego wieku. W przypadku osób starszych kobiety w wieku 60 lat najdłużej będą żyły w województwie podlaskim, najkrócej w województwie śląskim, w przypadku mężczyzn w tym samym wieku najdłużej będą oni żyli w województwie podkarpackim, a najkrócej w województwie opolskim.

Obserwowana jest tendencja spadkowa w przypadku liczby urodzeń martwych i urodzeń martwych na 1 000 urodzeń żywych. Jednocześnie na wsi dochodzi częściej do zgonów

niemowląt na 1 000 urodzeń żywych niż w miastach. Choć przyczyn może być wiele (m.in. warunki życia), to jednymi z potencjalnie istotnych wydają się być dostępność usług okołoporodowych (np. wizyty pielęgniarki środowiskowej) oraz świadomość rodziców w zakresie prawidłowej opieki nad niemowlętami (np. odpowiednie uwrażliwienie na niepokojące sygnały zdrowotne).

Długookresowo zmniejsza się dzietność kobiet zarówno w Polsce, jak i UE. Choć od 2014 r. do 2017 r. wskaźnik ten w Polsce nieznacznie wzrastał w stosunku do lat poprzednich, to od 2018 r. znowu ulega obniżeniu. Prognozy demograficzne GUS i Eurostatu przewidują wzrost wskaźnika dzietności w najbliższych latach, nie prognozuje się jednak by miał on osiągnąć poziom gwarantujący prostą zastępowalność pokoleń. W Polsce są cztery województwa, gdzie wskaźnik ten w 2019 r. był wyraźnie wyższy niż ogółem w kraju: mazowieckie, pomorskie, małopolskie oraz wielkopolskie. Spadek liczby urodzeń w tych regionach powinien być najmniej widoczny. W ujęciu powiatowym najwyższą wartość wskaźnika (2,236) ma powiat kartuski, który jako jedyny w Polsce, osiągnął wartość gwarantującą prostą zastępowalność pokoleń.

Jednocześnie spadek liczby kobiet w wieku rozrodczym, przy wolno rosnącym wskaźniku dzietności, spowoduje mniejszą bezwzględną liczbę urodzeń, a co za tym idzie spadek zapotrzebowania na usługi położnicze i opiekę pediatryczną. Rośnie mediana wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko oraz średni wiek kobiet przy porodzie i przy urodzeniu pierwszego dziecka, choć Polki wciąż w młodszym wieku decydują się na urodzenie pierwszego dziecka niż Europejki.

Przyrost naturalny w 2019 r. był ujemny i najniższy od 30 lat. Współczynnik przyrostu naturalnego zmniejszył się, dla miasta osiągnął wartość ujemną, dla wsi w okolicach zera. W latach 2012-2016 wartość tego współczynnika dla Rzeczypospolitej Polskiej wypadła gorzej niż dla UE, w 2017 r. uległa zrównaniu, jednak w 2019 r. ponownie wypadła nieco gorzej.

Pomimo że rodzi się więcej chłopców, występuje stała nadwyżka kobiet nad mężczyznami, co wynika z większej śmiertelności niemowląt w przypadku chłopców oraz krótszej dalszej oczekiwanej długości życia mężczyzn w chwili urodzenia. W kontekście starzenia się społeczeństwa i przy obecnym zróżnicowaniu wieku emerytalnego dodatkowo zwiększa to obciążenie systemu opieki zdrowotnej oraz zmniejsza wpływy z tytułu składek.

Jak wynika z analizy wskaźników HALE i HLY, zdrowie Polaków mierzone wskaźnikami epidemiologicznymi jest lepsze niż wynika to z ich samooceny. Jednocześnie pod kątem wskaźnika HLY, opierającego się na indywidualnie postrzeganej sprawności, oczekiwany stan zdrowia Polek w chwili urodzenia jest nieznacznie lepszy od przeciętnej mieszkanki UE, choć w pozostałych wskaźnikach Rzeczpospolita Polska wypadła gorzej w porównaniu z UE. Warto zaznaczyć, że zdrowie Polaków, i to subiektywnie oceniane, jak i obserwowane na podstawie danych medycznych, nie polepsza się z biegiem lat tak szybko jak rośnie ich ogólna długość

życia. Oznacza to, że wraz ze starzeniem się społeczeństwa nastąpi konieczność zapewnienia opieki coraz liczniejszej i coraz bardziej schorwanej grupie Polaków.

2. Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna

Jedną z najbardziej istotnych kwestii w badaniach dotyczących zdrowia publicznego jest analiza epidemiologiczna. Coraz częściej nie ogranicza się ona jedynie do określenia zapadalności, chorobowości i śmiertelności. Ważną informacją jest również jakość życia jednostek po zapadnięciu na chorobę lub po doznanym urazie. Aby przeprowadzić analizę uwzględniającą takie informacje, niezbędne jest wykorzystanie odpowiedniego miernika. Jednym z najczęściej stosowanych narzędzi tego typu jest wskaźnik DALY, opracowany przez Uniwersytet Harwardzki dla WHO. Określa on lata życia skorygowane niesprawnością i składa się z dwóch komponentów – wskaźników YLL oraz YLD. Pierwszy z nich określa liczbę lat życia utraconych z uwagi na wystąpienie choroby lub po doznanym urazie, drugi natomiast określa liczbę lat życia w niesprawności. Dzięki temu wykorzystanie wskaźnika DALY pozwala na bardziej dogłębną analizę, która nie ogranicza się jedynie do monitorowania podstawowych mierników epidemiologicznych. Poza nimi uwzględnia informacje o obciążeniu ludności z uwagi na ich niesprawność spowodowaną uszczerbkiem na zdrowiu lub chorobą. Daje możliwość analizy wielowymiarowej, koncentrując się na jakości życia społeczeństwa, ocenianego przez pryzmat problemów zdrowotnych.

Aby móc zapobiegać głównym problemom zdrowotnym w kolejnych latach, informacja o kształtowaniu się wartości wskaźników epidemiologicznych w przyszłości powinna być dostępna odpowiednio wcześniej. Prognoza epidemiologiczna może stanowić podstawę do wprowadzania programów profilaktycznych, określania niezbędnych specjalizacji dla przyszłej kadry medycznej, czy otwierania oddziałów szpitalnych, na które będzie w kolejnych okresach największe zapotrzebowanie.

Warto zwrócić uwagę, że prognoza tego typu jest silnie uwarunkowana zmianami demograficznymi. Starzenie się społeczeństwa oraz wzrost liczby przypadków chorób cywilizacyjnych determinują i będą determinować zapotrzebowanie na określone świadczenia medyczne.

Wyniki prognoz epidemiologicznych znajdują wykorzystanie w wielu dziedzinach, w szczególności są przydatne dla potrzeb prowadzenia właściwej polityki zdrowotnej w kontekście oceny skuteczności i użyteczności podejmowanych działań na rzecz zdrowia społeczeństwa. Jest to istotne zwłaszcza w odniesieniu do formułowania i precyzowania klasyfikacji celów i zadań oraz podejmowania decyzji co do sposobów, terminów i miejsca ich realizacji. Innymi słowy, prognoza epidemiologiczna jest narzędziem wspierającym podejmowanie decyzji zmierzających do zagwarantowania społeczeństwu właściwej opieki medycznej i poprawy kondycji zdrowotnej¹⁹.

¹⁹ W. Jędrzychowski. *Podstawy epidemiologii*. Kraków, 2002.

Podstawowe założenia przyjęte w analizach

W przeprowadzonej analizie epidemiologicznej wzięto pod uwagę wartości wskaźnika DALY w całym kraju oraz w poszczególnych województwach. Założono, że jest to główny miernik obciążenia społeczeństwa problemami zdrowotnymi. Ponadto, w celu przeprowadzenia analizy wieloaspektowej, uwzględniono również zapadalność, chorobowość oraz zgony na podstawie CoD. Im wyższa wartość wskaźników, tym problem zdrowotny lub grupa problemów zdrowotnych ma większy, negatywny wpływ na jakość życia ludności. Wszystkie wartości wskaźników oraz dane demograficzne pochodzą ze zbioru danych opracowanych w ramach programu badawczego GBD.

W ramach przeprowadzonych analiz nie ograniczono się jedynie do chorób i grup chorób, ale posługiwano się rozszerzonym zbiorem do tzw. problemów zdrowotnych. Z definicji choroby stanowią problemy zdrowotne, ale wśród problemów zdrowotnych wymienić można m.in. zdarzenia, jak urazy lub w węższym kontekście – upadki. Ponadto część problemów ma charakter przewlekły. W takiej sytuacji zasadne jest przeprowadzenie dodatkowej analizy, opartej na wartościach wskaźnika YLD.

W analizach porównawczych dotyczących Rzeczypospolitej Polskiej uzyskane wartości wskaźników zestawiono z wartościami przeciętnymi dla UE oraz z wartościami dla krajów o zbliżonej do Rzeczypospolitej Polskiej wartości wskaźnika SDI w 2019 r. Przez kraje o zbliżonej wartości wskaźnika SDI rozumie się kraje o podobnych cechach społeczno-demograficznych, będących na zbliżonym poziomie gospodarczym. W celu zapewnienia rzetelności porównań tego typu wymagane jest wykorzystanie wartości wskaźników standaryzowanych do wieku w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Zastosowanie wartości wskaźników standaryzowanych do wieku wynika z odmiennej struktury demograficznej w populacjach, natomiast zastosowanie wartości wskaźników w przeliczeniu na 100 tys. ludności jest wymagane z uwagi na różnicę wielkości poszczególnych populacji. W przypadku porównań wewnątrz krajowych jedynym ograniczeniem jest wykorzystanie wskaźników w przeliczeniu na 100 tys. ludności, dlatego w analizach porównawczych tego typu uwzględniono dodatkowo podział na grupy wiekowe.

Analiza została przeprowadzona na podstawie danych GBD za lata 1999-2019 na kolejne 9 lat, tj. na okres obejmujący lata 2020-2028. Przeprowadzono ją na podstawie danych rocznych, dzięki czemu zniesiono ewentualną sezonowość miesięczną. W analizie porównawczej dla Rzeczypospolitej Polskiej uzyskane wartości wskaźników zestawiono z wartościami przeciętnymi dla UE oraz sześciu krajów o podobnej do Rzeczypospolitej Polskiej wartości wskaźnika SDI (Estonii, Łotwy, Malty, Słowacji, Węgier oraz Włoch). Ponadto, z uwagi na możliwość różnic społeczno-demograficznych pomiędzy poszczególnymi obszarami Rzeczypospolitej Polskiej, dokonano analizy porównawczej uzyskanych prognoz dla województw.

Definicje dotyczące wskaźników i pojęć wykorzystanych w przeprowadzonych analizach omówiono w osobnej części dokumentu. W kolejnych rozdziałach skupiono się na

omówieniu wyników analiz epidemiologicznych oraz prognoz. W tych rozdziałach, w częściach zawierających opis wyników dla Rzeczypospolitej Polskiej ogółem podano zarówno wartości bezwzględne, jak i w przeliczeniu na 100 tys. ludności. W zestawieniach uwzględniających podział na województwa oraz porównania Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanych wcześniej krajów i grup posługiwano się natomiast wartościami wskaźników jedynie w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

2.1. Epidemiologia w Polsce

W niniejszym rozdziale skupiono się na analizach epidemiologicznych. Dokonano pogłębionej analizy dla Rzeczypospolitej Polskiej, dlatego poza wartościami DALY i wartościami wskaźników standardowo stosowanych w epidemiologii uwzględniono również informację dotyczącą wartości przyjmowanych przez wskaźniki YLL i YLD. W podrozdziałach pierwszym i drugim dokonano porównania sytuacji w Polsce do innych krajów i grup krajów. Wszystkie analizy przeprowadzono na podstawie danych za lata 1999, 2009 i 2019, jednak najbardziej istotny był ostatni rok, dla którego dokonano najbardziej szczegółowego opisu sytuacji zdrowotnej populacji w Polsce.

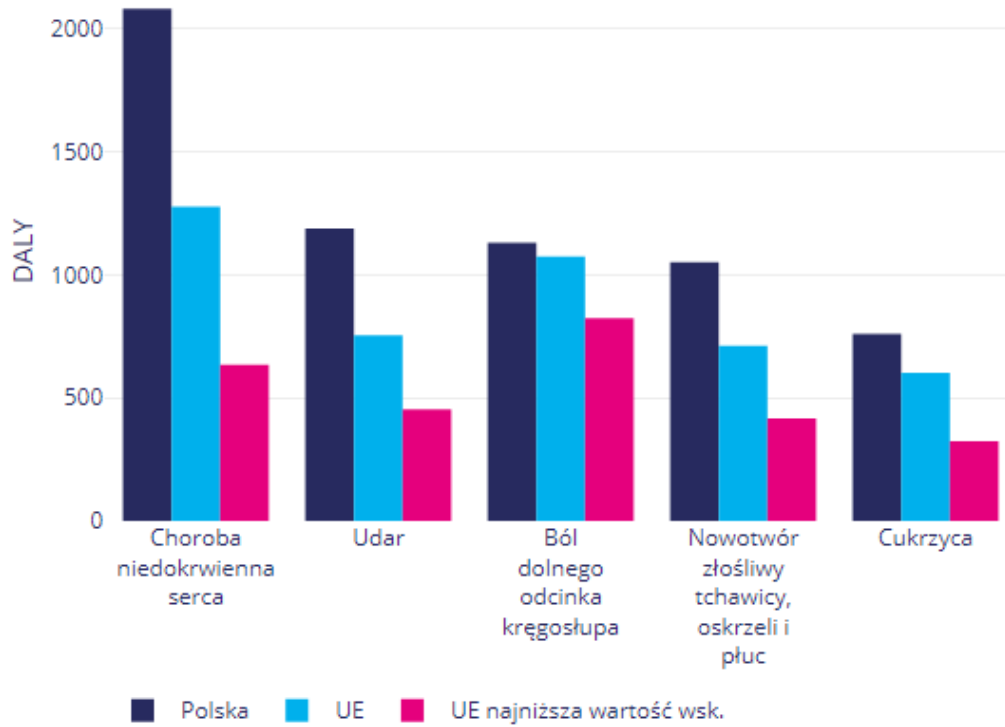
Analiza porównawcza sytuacji w Polsce i Unii Europejskiej

Analizę porównawczą Rzeczypospolitej Polskiej i UE oraz krajów członkowskich przeprowadzono w zakresie problemów zdrowotnych na podstawie ich wartości DALY na 100 tys. ludności w 2019 r. Wybrano po pięć problemów zdrowotnych, które odznaczały się najwyższymi wartościami wskaźnika DALY. W przypadku Rzeczypospolitej Polskiej były to:

- choroba niedokrwienna serca,
- udar,
- ból dolnego odcinka kręgosłupa,
- nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc,
- cukrzyca.

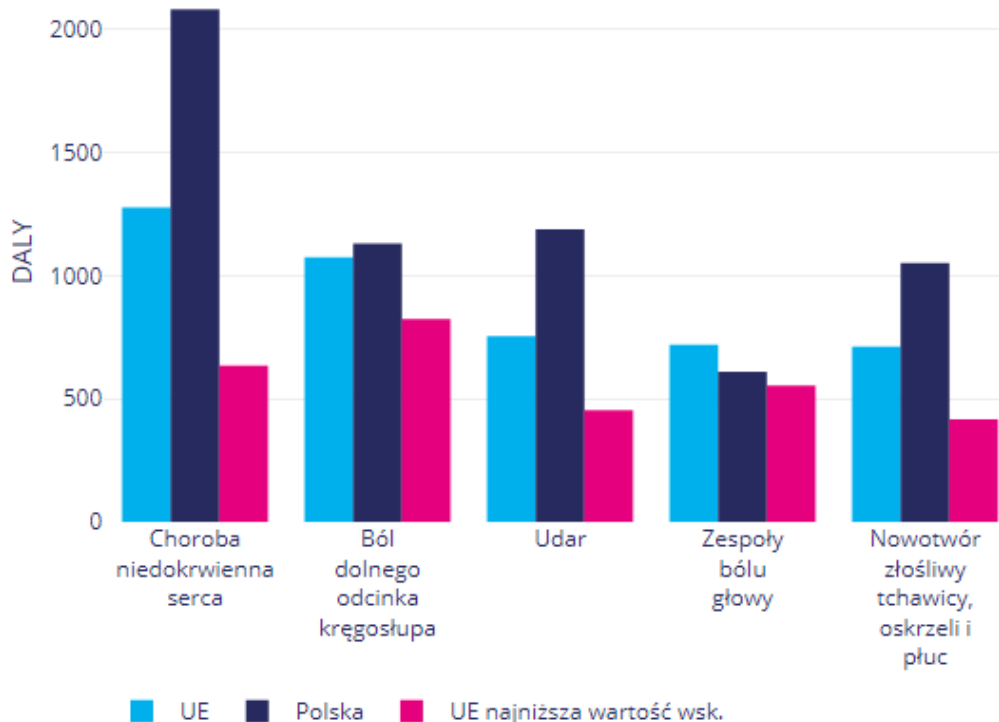
W UE zbiór pięciu najważniejszych problemów zdrowotnych był podobny do zbioru dla Rzeczypospolitej Polskiej. Różnica dotyczyła cukrzycy, która w zestawieniu dla UE, nie znalazła się wśród pięciu najważniejszych problemów na rzecz zespołów bólu głowy.

Rysunek 10. Porównanie wartości wskaźnika DALY na 100 tys. ludności dla pięciu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w Rzeczypospolitej Polskiej z wartościami dla najlepszego kraju w UE i wartościami dla UE w 2019 r.



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

Rysunek 11. Porównanie wartości wskaźnika DALY na 100 tys. ludności dla pięciu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w UE z wartościami dla najlepszego kraju w UE i wartościami dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r.



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

Największy wpływ na wartość DALY na 100 tys. ludności miała choroba niedokrwienna serca. Od początku uwzględnionego zakresu lat, czyli od 1999 r., plasowała się w rankingach dotyczących Rzeczypospolitej Polskiej i UE na pierwszym miejscu. Choroba niedokrwienna serca przyjmowała jednak znacznie wyższą wartość DALY w Polsce w porównaniu do UE – w 2019 r. o ponad 1/3. Wśród krajów UE najmniejszą wartość DALY dla tego problemu zdrowotnego zaobserwowano we Francji, gdzie wartość wskaźnika była niższa o ponad 2/3 niż w Rzeczypospolitej Polskiej.

W 2019 r., zarówno w Polsce, jak i w UE, na drugim oraz trzecim miejscu w rankingu znalazły się udary oraz ból dolnego odcinka kręgosłupa. W Polsce na podstawie wartości DALY bardziej dotkliwym problemem były udary, jednak dla bólu dolnego odcinka kręgosłupa odnotowano niewiele niższą wartość. W UE natomiast zaobserwowano odwrotną zależność – dla udarów odnotowano o ok. 1/4 niższą wartość DALY niż dla bólu dolnego odcinka kręgosłupa. W UE i Polsce liczba utraconych lat życia w zdrowiu z powodu bólu dolnego odcinka kręgosłupa była podobna. Krajem o najniższej wartości wskaźnika była Hiszpania. W przypadku udarów z kolei różnice pomiędzy Rzeczpospolitą Polską a UE były znaczne - w Polsce wartość DALY była wyższa dla tego problemu zdrowotnego o ok. 40%. Jeszcze większe różnice zaobserwowano pomiędzy Rzeczpospolitą Polską a najlepszym pod tym względem krajem w UE – Francją, gdzie wartość wskaźnika była trzykrotnie niższa.

W Polsce w 2019 r. czwartym najdotkliwszym problemem zdrowotnym na podstawie DALY był nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc. W porównaniu do UE, w której ten problem zdrowotny zajął piąte miejsce w rankingu, wartość DALY w Rzeczypospolitej Polskiej była o ok. 30% wyższa. Najlepiej pod tym względem wypadła Szwecja, w której wartość wskaźnika była o 60% niższa niż dla naszego kraju.

Z kolei czwarte miejsce w UE dotyczyło zespołów bólu głowy. Chociaż problem ten w Polsce nie uplasował się na wysokim miejscu w rankingu, to różnice pomiędzy Rzeczpospolitą Polską, UE i najlepszym krajem UE (Litwą) nie były znaczne.

Cukrzyca jest ostatnim z pięciu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w Polsce, choć w UE nie plasuje się tak wysoko w rankingu. Znaczącą różnicę – na poziomie 60% - zaobserwowano pomiędzy Rzeczpospolitą Polską a Francją, która miała najniższe DALY wśród krajów UE w 2019 r.

Wydawanie ocen na podstawie analiz porównawczych powinno uwzględniać nie tylko informację o wartościach wskaźników, ale również charakterystykę krajów wybranych w celach porównawczych. W przypadku porównań z UE dobór krajów podyktowany jest geolokalizacją. Wybór najlepszego kraju w UE i zestawienie jego sytuacji zdrowotnej z sytuacją w Polsce pozwala na wskazanie kierunku wzorcowej wartości mierników zdrowia, do których Rzeczpospolita Polska powinna aspirować. W takich porównaniach zatracą się jednak informacje o uwarunkowaniach gospodarczych i sytuacji społeczno-demograficznej. Ich zmiana w krótkim czasie nie zawsze jest możliwa. Dlatego warto wykonywać analizę porównawczą nie tylko w odniesieniu do krajów UE, ale również do krajów o zbliżonych cechach społeczno-demograficznych. Przyjmując takie założenie, w niniejszym opracowaniu dokonano porównania tego typu, którego wyniki przedstawiono w kolejnym podrozdziale.

Analiza porównawcza sytuacji w Polsce i krajach o podobnych wartościach SDI

Sytuacja w Polsce często porównywana jest do sytuacji w UE. Jedynym wyznacznikiem przy wyborze krajów w tego typu analizach jest przynależność do wspólnoty. Zazwyczaj kraje te nie są dywersyfikowane pod kątem ich uwarunkowań społeczno-demograficznych. Dlatego aby przeprowadzić tego typu rozróżnienie, w opracowaniu dokonano dodatkowej analizy porównawczej Rzeczypospolitej Polskiej i krajów europejskich o zbliżonych wartościach wskaźnika SDI, czyli krajów w Europie o podobnej strukturze społeczno-demograficznej. Wartość SDI dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. wyniosła 0,803. W analizie uwzględniono zbiór sześciu krajów, wśród których trzy odznaczały się wyższą wartością SDI niż Rzeczpospolita Polska, a trzy pozostałe – wartością niższą. Wśród wybranych krajów znalazły się (w nawiasach podana jest wartość SDI w 2019 r.):

- Estonia (0,831),
- Łotwa (0,820),
- Malta (0,802),

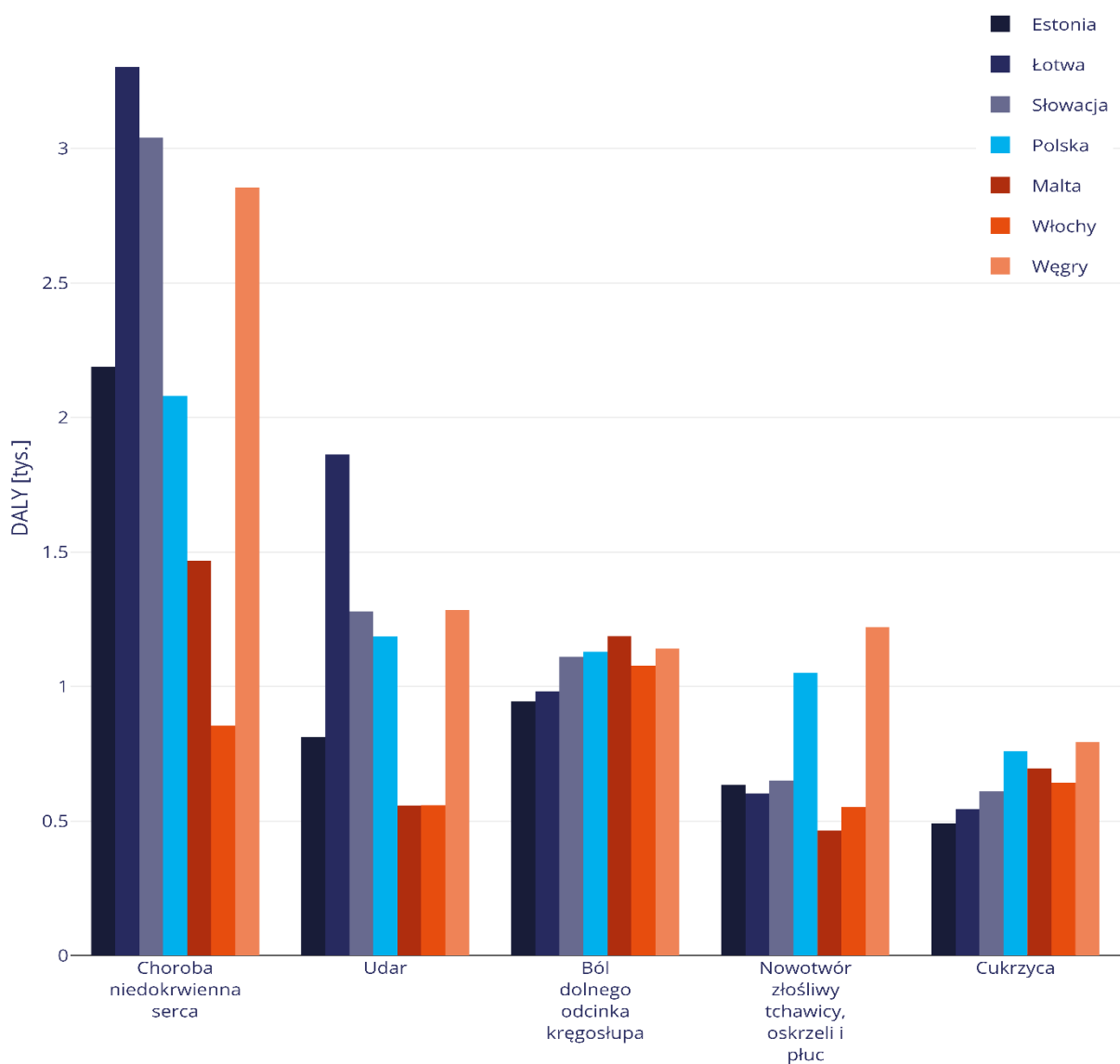
- Słowacja (0,817),
- Węgry (0,793),
- Włochy (0,801).

Zgodnie z wcześniejszą obserwacją najważniejszym problemem zdrowotnym w Polsce była choroba niedokrwienna serca we wszystkich uwzględnianych latach, tj. w 1999, 2009 i 2019 r. Pomimo tego, że wartość wskaźnika tego problemu zdrowotnego była znacznie wyższa niż w krajach, to w porównaniu do krajów SDI sytuacja Polskiej prezentowała się korzystnie. Wyższe wartości DALY dotyczyły aż czterech krajów – Estonii, Łotwy, Słowacji i Węgier. Najgorzej w zestawieniu wypadła Łotwa, dla której wartość wskaźnika była ponad 1,5-krotnie wyższa niż w Rzeczypospolitej Polskiej. Wśród wymienionych krajów zauważalnie wyższe wartości odnotowano dla Słowacji i Węgier, natomiast sytuacja Estonii i Polskiej kształtowała się pod tym względem podobnie. Najlepiej w zestawieniu wypadły Włochy, dla których wartość DALY była o ponad połowę niższa w porównaniu z Polską.

Drugim problemem zdrowotnym zabierającym najwięcej lat życia w zdrowiu w naszym kraju były udary, dla których zaobserwowano znaczne różnice w wartościach DALY pomiędzy wybranymi krajami. Od Rzeczypospolitej Polskiej w lepszej sytuacji znalazły się ponownie Włochy, Malta, a także Estonia. Najniższą wartość DALY zaobserwowano we Włoszech, gdzie wartość wskaźnika była ponad dwukrotnie. Pozostałe kraje – Łotwa, Słowacja i Węgry – wypadły gorzej od Polski. Wśród nich najwyższą wartość wskaźnika odnotowano dla Łotwy. Drugim problemem zdrowotnym zabierającym najwięcej lat życia w zdrowiu w Polsce były udary, gdzie zaobserwowano znaczne różnice w wartościach DALY pomiędzy wybranymi krajami. Od Rzeczypospolitej Polskiej w lepszej sytuacji znalazły się ponownie Włochy, Malta, a także Estonia. Najniższą wartość DALY zaobserwowano dla Włoch, dla których wartość wskaźnika była ponad 2-krotnie niższa niż dla Rzeczypospolitej Polskiej. Pozostałe kraje – Łotwa, Słowacja i Węgry – wypadły gorzej od Polski. Wśród nich najwyższą wartość wskaźnika odnotowano dla Łotwy.

Trzecim najbardziej znaczącym problemem zdrowotnym w Polsce był ból dolnego odcinka kręgosłupa. Analogicznie jak w przypadku analizy porównawczej uwzględniającej sytuację w całej UE, wśród krajów o zbliżonym SDI nie zaobserwowano znacznych różnic. Najniższe wartości odnotowano dla Estonii i Łotwy, najwyższe zaś – dla Polski, Węgier i Malty.

Rysunek 12. Porównanie wartości wskaźnika DALY na 100 tys. ludności standaryzowane do wieku dla pięciu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w Polsce z wartościami dla krajów Europy o najbardziej zbliżonych wartościach SDI w 2019 r.



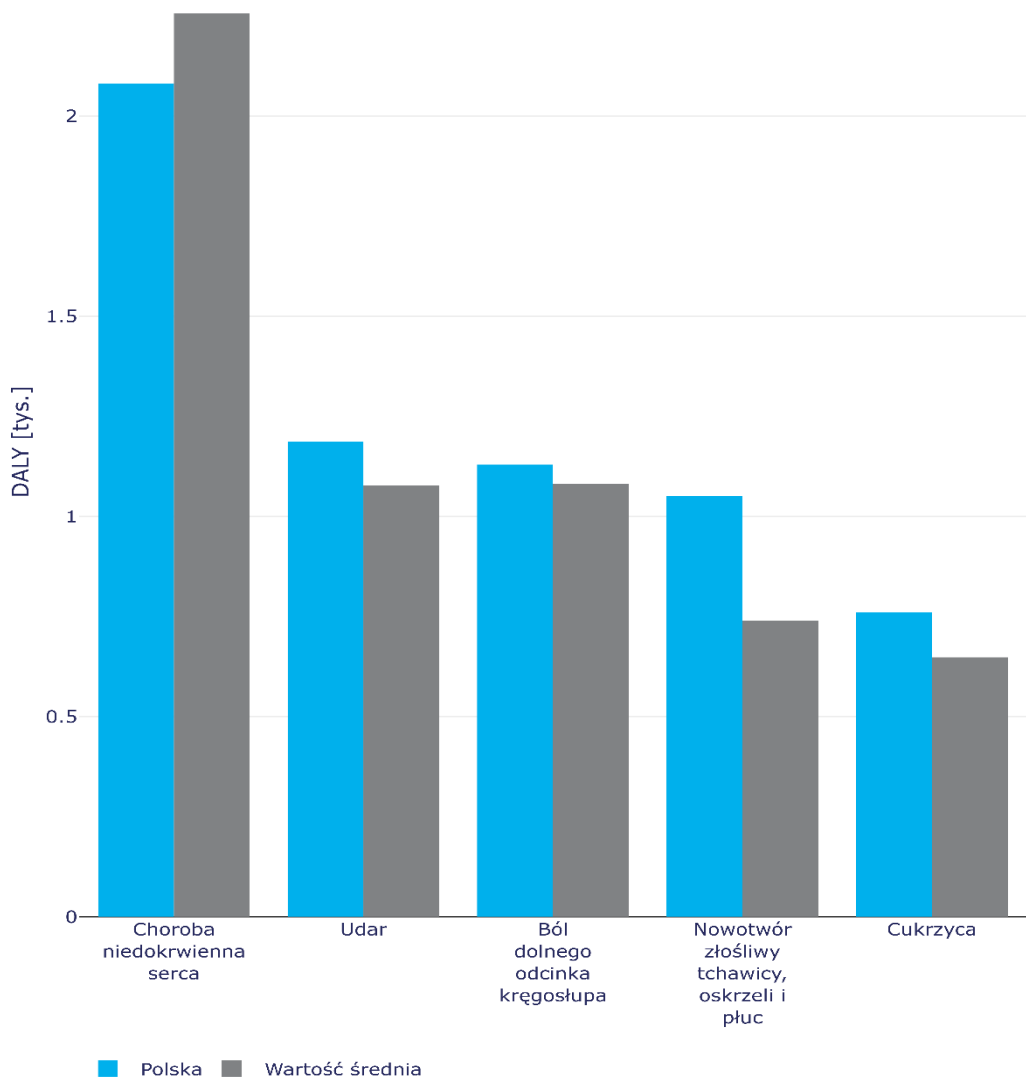
Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

Kolejnym z pięciu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w Polsce był nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc. W przypadku tego problemu znaleźliśmy się na drugim miejscu wśród analizowanej grupy krajów. W nieznacznie gorszej sytuacji były jedynie Węgry. Różnica pomiędzy wartościami uzyskanymi dla Rzeczypospolitej Polskiej i Węgier a pozostałymi krajami była znaczna. Potwierdza to porównanie wartości DALY do wartości przeciętnej. Porównując wartości wskaźnika w Polsce z wartościami przeciętnymi dla zbioru krajów SDI, największe różnice dotyczyły wskazanych nowotworów.

Wśród pięciu najbardziej znaczących problemów zdrowotnych w Polsce znalazła się cukrzyca. Wartość wskaźnika DALY jest niewiele niższa niż dla Węgier, które spośród analizowanej

grupy krajów wypadły najgorzej. Najniższą wartość wskaźnika zaobserwowano dla Estonii, która w stosunku do wartości dla Polski była o około 1/3 niższa.

Rysunek 13. Porównanie wartości wskaźnika DALY na 100 tys. ludności standaryzowane do wieku dla pięciu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w Polsce z wartościami przeciętnymi dla krajów Europy o najbardziej zbliżonych wartościach SDI w 2019 r.



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

Dalszą, bardziej szczegółową analizę problemów zdrowotnych w Polsce omówiono w kolejnym podrozdziale. Warto podkreślić, że wśród najbardziej dotkliwych znalazły się dwa problemy (choroba niedokrwienna serca oraz ból dolnego odcinka kręgosłupa), które z dużym prawdopodobieństwem można uznać za schorzenia o charakterze przewlekłym. W ich przypadku analiza wartości DALY wskazuje intensywność ich oddziaływania na kondycję zdrowotną społeczeństwa. Jednak dopiero pogłębiona analiza obejmująca wartości składowe wskaźnika pozwala określić, co wpłynęło na ich wysoką pozycję w rankingu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w Polsce.

Problemy zdrowotne i grupy problemów zdrowotnych w Polsce

Problem zdrowotny jest pojęciem szerszym w porównaniu do pojęcia choroby, ponieważ może wynikać nie tylko ze stanu zdrowia, ale również z przyczyn losowych. Na przykład uszczerbek na zdrowiu jakim jest kalectwo może wynikać zarówno z rozwijającej się choroby (m. in. zmian demielinizacyjnych), jak i zdarzeń losowych (np. wypadek drogowy).

Uwzględnienie dodatkowych informacji dotyczących identyfikacji zdarzeń losowych i określenia ich wpływu na stan zdrowia społeczeństwa, pozwala na uzyskanie wyników bardziej zbliżonych do rzeczywistej sytuacji zdrowotnej badanej populacji.

Zgodnie z przyjętą metodyką, problemy zdrowotne zostały podzielone na trzy główne grupy:

- choroby niezakaźne,
- urazy,
- choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania.

Dla każdej grupy wyróżniono bardziej szczegółowy podział na podgrupy, natomiast w ramach podgrup uwzględnione zostały problemy zdrowotne. W analizie dotyczącej Rzeczypospolitej Polskiej uwzględniono trzy wymienione poziomy agregacji. Na każdym poziomie określono wartości wskaźników – DALY, YLL, YLD, zapadalność, chorobowość oraz liczbę zgonów z uwzględnieniem CoD. Dodatkowo, z uwagi na specyfikę obu płci, uwzględniono informację o uzyskanych wartościach wskaźników w rozróżnieniu ze względu na tę charakterystykę.

Ogółem w Polsce w 2019 r. wskaźnik DALY wyniósł 12,6 mln (wartość bezwzględna), z czego 85% wartości stanowiły choroby niezakaźne. W porównaniu z 1999 r. udział ten zwiększył się o około 4 punkty procentowe. Za połowę wartości DALY w grupie chorób niezakaźnych odpowiadały choroby układu krążenia (przede wszystkim choroba niedokrwienna serca i udar) oraz nowotwory. Wśród nowotworów największe wartości wskaźnika uzyskano dla nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotworu złośliwego jelita grubego i odbytnicy. Zaobserwowano różnice pomiędzy udziałami chorób niezakaźnych w sumarycznej wartości DALY w podziale na płeć – 89% u kobiet, 81% u mężczyzn. Na liście chorób nowotworowych o największym wpływie na wartość wskaźnika (oprócz wyżej wymienionych) znalazł się nowotwór złośliwy gruczołu krokowego wśród mężczyzn i nowotwór złośliwy sutka wśród kobiet. Za pozostałe 15% wartości DALY odpowiadały problemy zdrowotne z grupy urazów oraz chorób zakaźnych, schorzeń matki i noworodka oraz zaburzeń odżywiania.

W 2019 r. w Polsce wskaźnik YLL przyjął wartość 7,7 mln (wartość bezwzględna), a jego rozkład na poszczególne grupy chorób kształtował się analogicznie do DALY – 87% wartości dotyczyło grupy chorób niezakaźnych, wśród których większość stanowiły nowotwory (39%) i choroby układu krążenia (39%). W porównaniu z 1999 r. wzrósł wpływ grupy chorób niezakaźnych na wartość YLL o 5 punktów procentowych. Pozostała wartość wskaźnika w 2019 r. to problemy zdrowotne z grupy urazów oraz chorób zakaźnych, schorzeń matki

i noworodka oraz zaburzeń odżywiania, przy czym część przypadająca pierwszej z tych grup była około 2,5 razy większa od drugiej.

W 2019 r. wartość wskaźnika YLD dla Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła blisko 5 mln (wartość bezwzględna). Za 81% przedstawionej wartości odpowiadała grupa chorób niezakaźnych, wśród których 1/5 stanowiły choroby układu mięśniowo-szkieletowego (przede wszystkim ból dolnego odcinka kręgosłupa), a za 1/8 – zaburzenia psychiczne, wśród których największy wpływ miały zaburzenia depresyjne i zaburzenia lękowe. Stosunkowo znaczący udział - po około 10% - miały choroby układu nerwowego, choroby narządów zmysłu, cukrzyca i choroby nerek oraz inne choroby niezakaźne. Około 15% wartości YLD dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. stanowiła grupa urazów (w tym około 75% to urazy nieumyślne), a pozostałą część - grupa chorób zakaźnych, schorzeń matki i noworodka oraz zaburzeń odżywiania.

Zapadalność w Polsce w 2019 r. wyniosła 173,5 mln nowych przypadków problemów zdrowotnych. Blisko 60% przypadło grupie chorób zakaźnych, schorzeń matki i noworodka oraz zaburzeń odżywiania, w której prawie 75% stanowiły zakażenia górnych dróg oddechowych. Za ok. 35% zapadalności odpowiadała grupa chorób niezakaźnych, a za około 5% grupa urazów. W ostatnich 20 latach udział poszczególnych grup w wartości zapadalności podlegał lekkim wahaniom, ale niezmiennie główną składową była grupa chorób zakaźnych, schorzeń matki i noworodka oraz zaburzeń odżywiania.

W przypadku chorobowości, której wartość w 2019 r. wyniosła 169 mln, główną składową również były problemy zdrowotne z grupy chorób niezakaźnych – stanowiły one około 50%. Za taki wynik odpowiadały przede wszystkim inne choroby niezakaźne (w tym połowa dotyczyła zaburzeń w obrębie jamy ustnej), choroby układu nerwowego (w tym 95% zespoły bólu głowy) oraz choroby układu trawiennego (w tym 90% to choroby górnego odcinka układu pokarmowego oraz marskość wątroby i inne przewlekłe choroby wątroby).

W przeciągu ostatnich 20 lat udział grupy chorób zakaźnych, schorzeń matki i noworodka oraz zaburzeń odżywiania w wartości chorobowości spadł o około 5 punktów procentowych. Ponadto około 30% wartości chorobowości w 2019 r. przypadło grupie urazów (w tym około 81% stanowiły urazy nieumyślne), a pozostała część dotyczyła grupy chorób zakaźnych, schorzeń matki i noworodka oraz zaburzeń odżywiania (w tym około 77% stanowiły podgrupy zakażeń dróg oddechowych, HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową).

W 2019 r. odnotowano 406,3 tys. zgonów, z czego 91% nastąpiło z powodu problemów zdrowotnych z grupy chorób niezakaźnych. Za blisko połowę z nich odpowiadały choroby układu krążenia (przede wszystkim choroba niedokrwienna serca i udar), a za 1/3 – nowotwory (przy znacznym udziale nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotworu złośliwego jelita grubego i odbytnicy). W przeciągu ostatnich 20 lat liczba zgonów z powodu nowotworów wzrosła, a liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia nieznacznie zmalała. Przyczynami około 5% zgonów w 2019 r. były problemy zdrowotne z grupy urazów (w tym za 45% odpowiadały urazy nieumyślne, a za 34% samookaleczenia i przemoc interpersonalna). Za około 4% zgonów odpowiadały problemy zdrowotne z grupy

chorób zakaźnych, schorzeń matki i noworodka oraz zaburzeń odżywiania (w tym za blisko 90% odpowiadały zakażenia dróg oddechowych i gruźlica).

Szczegółowe informacje i wizualizacje znajdują się w zaawansowanym narzędziu analitycznym, na dedykowanej stronie internetowej pod adresem ([przejdź do platformy](#)).

Istotne problemy zdrowotne w Polsce ze względu na wartość DALY

Powyżej przeanalizowano obciążenie problemami zdrowotnymi w Polsce, uwzględniając strukturę grup i podgrup problemów. Pomijając te podziały i uwzględniając współczynnik DALY, na poziomie problemów zdrowotnych można określić, które z nich były najbardziej znaczące i dokonać oceny ich wpływu na zdrowie publiczne. Warto zwrócić uwagę na rozkład wartości DALY w 2019 r. – 5,8 mln to DALY dla kobiet (29 tys. na 100 tys. kobiet), a 6,9 mln – dla mężczyzn (37 tys. na 100 tys. mężczyzn).

Na podstawie danych z lat 1999, 2010 i 2019 stwierdzono, że najbardziej istotnymi problemami zdrowotnymi²⁰ w Polsce niezmiennie były choroba niedokrwienna serca, udar i nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (pierwsze trzy miejsca w rankingu wg wartości bezwzględnej DALY dla Rzeczypospolitej Polskiej, bez podziału na płeć i grupy wiekowe). Widoczny był spadek znaczenia urazów w zdarzeniach drogowych (z 4. miejsca w 1999 r. na 8. miejsce w 2019 r.) oraz samookaleczenia (6. miejsce w 1999 r., a w 2019 r. – 12.). Odwrotna tendencja – wzrost znaczenia – widoczny był w przypadku cukrzycy (8. miejsce w 1999 r. i 5. miejsce w 2019 r.) oraz nowotworu złośliwego jelita grubego (w 1999 r. miejsce 9. a w 2019 r. – 7.).

²⁰ Za najbardziej istotne problemy zdrowotne uznano pierwsze 10 problemów wg wartość wskaźnika DALY (uszeregowane od największego do najmniejszego).

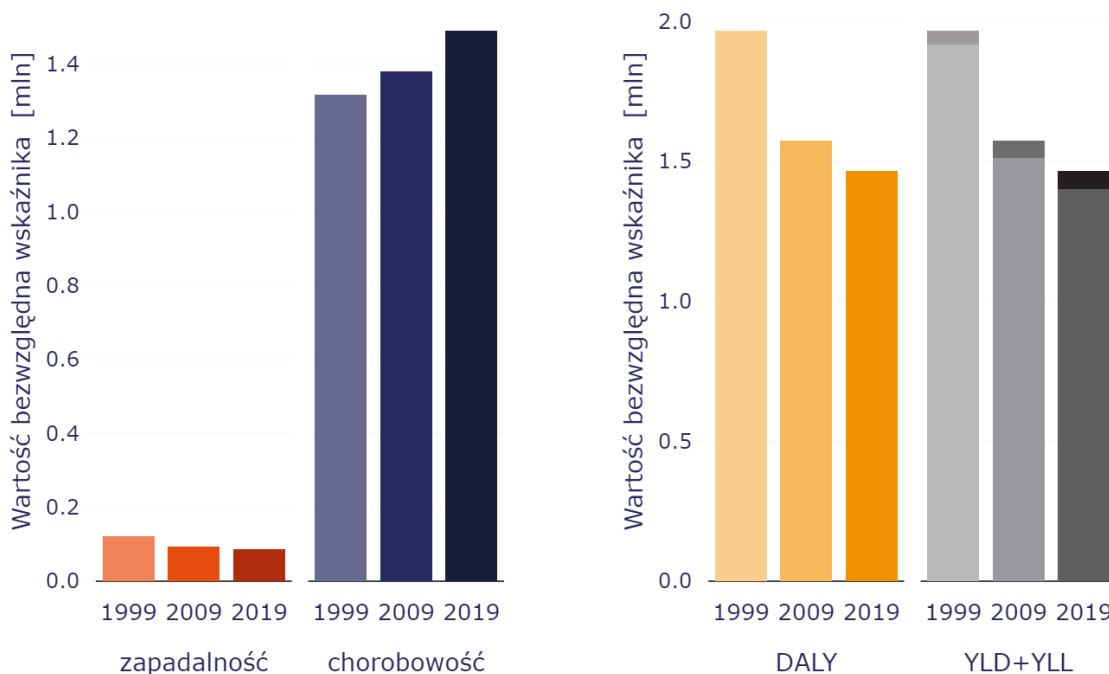
Rysunek 14. Ranking problemów zdrowotnych w zależności od wartości bezwzględnej DALY dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r., bez podziału na płeć i grupy wiekowe



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

W 2019 r. w Polsce wartość DALY dla choroby niedokrwiennej serca wyniosła 1,5 mln (3,8 tys. na 100 tys. ludności). Porównując wskaźnik DALY na 100 tys. ludności, odnotowano jego najwyższą wartość w województwie opolskim (4,6 tys.), a najniższą w województwie wielkopolskim (3,1 tys.). Wartości bezwzględne chorobowości w ostatnich 20 latach dla omawianego problemu zdrowotnego miały tendencję rosnącą, przeciwną tendencję zaobserwowano dla DALY i zapadalności. Na tendencję spadkową w zakresie DALY największy wpływ miało zmniejszenie wartości składowej YLL.

Rysunek 15. Wartości bezwzględne wskaźników zapadalność, chorobowość, DALY, YLD i YLL dla Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1999, 2009 i 2019, bez podziału na płeć i grupy wiekowe dla problemu zdrowotnego: choroba niedokrwienna serca²¹

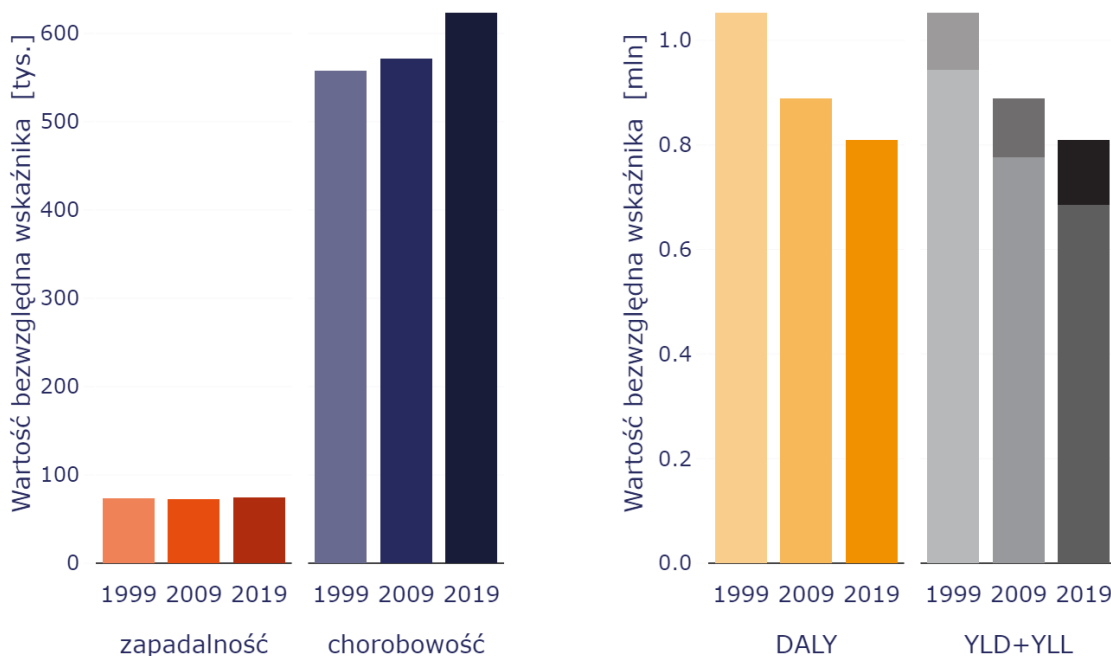


Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

Wartość DALY dla udarów w 2019 r. wyniosła 0,8 mln (2,1 tys. na 100 tys. ludności). Najwyższą wartość wskaźnika na 100 tys. ludności odnotowano w województwie łódzkim (2,8 tys.), a najniższą w województwie pomorskim (1,6 tys.). Wartość bezwzględna dla zapadalności w latach 1999, 2009 i 2019 utrzymała się na stałym poziomie, wartość chorobowości wzrosła, zaś wartość DALY zmalała. Zmiana wartości DALY wynikała ze spadku wartości YLL, co oznacza, że udary odpowiadały w 2019 r. za mniejszą utratę lat życia na skutek przedwczesnej śmierci niż w 1999 r.

²¹ Na wykresie przedstawiającym sumę YLD i YLL część górna słupka obrazuje wartość YLD, a część dolna YLL.

Rysunek 16. Wartości bezwzględne wskaźników zapadalność, chorobowość, DALY, YLD i YLL dla Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1999, 2009 i 2019, bez podziału na płeć i grupy wiekowe dla problemu zdrowotnego: udar²²

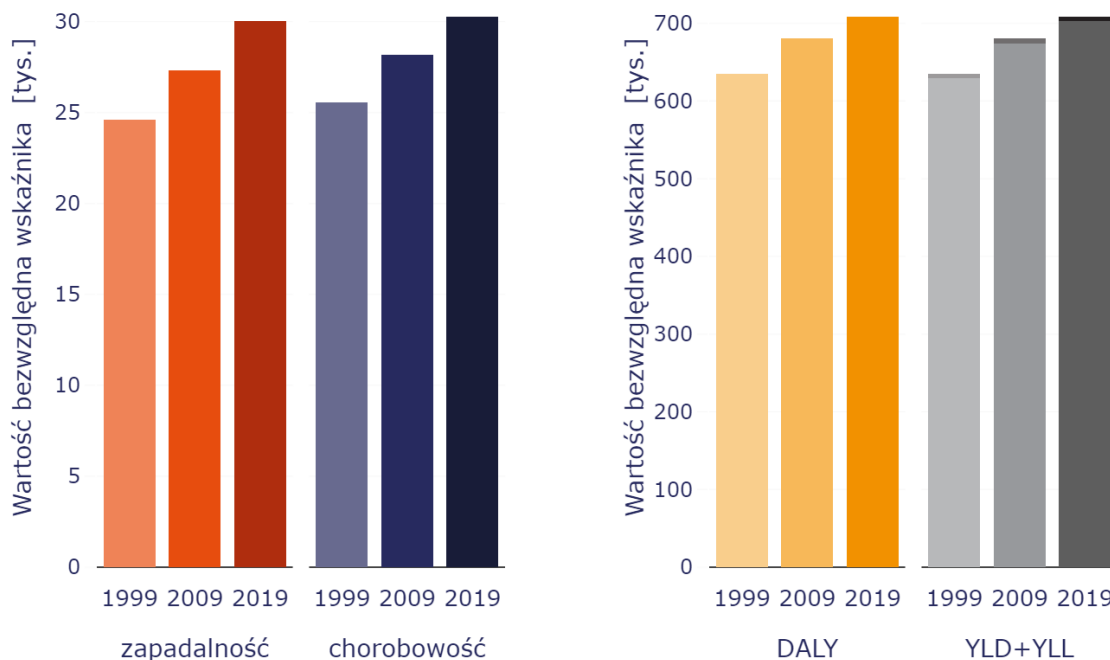


Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

W zakresie nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc w Polsce w 2019 r. DALY wyniosło 0,7 mln (1,8 tys. na 100 tys. ludności). Wartość wskaźnika na 100 tys. ludności była najwyższa w województwie kujawsko-pomorskim (2,3 tys.), a najniższa w województwie małopolskim (1,4 tys.). W analizowanych latach bezwzględna wartość wskaźnika zapadalność zaobserwowana dla tego problemu zdrowotnego miała tendencję rosnącą, podobnie jak chorobowość. Za obserwowany wzrost wartości wskaźnika DALY odpowiada wzrost wartości jego składowej YLL, co oznacza wzrost liczby lat życia utraconych na skutek przedwczesnej śmierci.

²² Na wykresie przedstawiającym sumę YLD i YLL część górna słupka obrazuje wartość YLD, a część dolna YLL.

Rysunek 17. Wartości bezwzględne wskaźników zapadalność, chorobowość, DALY, YLD i YLL dla Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1990, 2009 i 2019, bez podziału na płeć i grupy wiekowe dla problemu zdrowotnego: nowotwór złośliwy oskrzeli, tchawicy i płuc²³



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

Omówiona hierarchia problemów zdrowotnych wyglądała podobnie przy uwzględnieniu podziału na płeć. Wśród kobiet w ciągu analizowanego okresu najbardziej istotnymi problemami również były choroba niedokrwienna serca i udar, na trzecim miejscu znalazł się ból dolnego odcinka kręgosłupa, natomiast nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc znalazł się dopiero na 5. miejscu (miejsce 9. w 1999 r.). Znaczny wpływ miała cukrzyca (6. miejsce w 1999 r., a w 2019 r. – 4.) oraz choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (1999 r. – 13. miejsce, a w 2019 r. - 6. miejsce), czyli problem zdrowotny, który nie pojawił się w zestawieniu dla ogółem i w zestawieniu dla mężczyzn.

Najistotniejszym problemem zdrowotnym wśród mężczyzn jest, podobnie jak u kobiet i dla ogółu populacji, choroba niedokrwienna serca. Na drugim miejscu znajduje się nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, a na trzecim udar. Duży wzrost znaczenia zaobserwowano dla cukrzycy (miejsce 12 w 1999 r., miejsce 5. w 2019 r.), mniejszy dla bólu dolnego odcinka kręgosłupa (6. miejsce w 1999 r., 4. w 2019 r.). Problemami zdrowotnymi, które okazały się istotne jedynie w analizie dla mężczyzn, były zaburzenia związane z piciem alkoholu (8. miejsce w latach 1999-2019 r.).

²³ Na wykresie przedstawiającym sumę YLD i YLL część górna słupka obrazuje wartość YLD, a część dolna YLL.

Wartość DALY w 2019 r. dla cukrzycy wyniosła 0,49 mln (1,2 tys. na 100 tys. ludności). Dla porównania u kobiet wartość bezwzględna wyniosła 0,24 mln (1,2 tys. na 100 tys. kobiet), a u mężczyzn 0,25 mln (1,3 tys. na 100 tys. mężczyzn). Wartość DALY na 100 tys. ludności była najwyższa w województwie śląskim (1,6 tys.), a najniższa w województwie podkarpackim (0,9 tys.). W przypadku podziału na płeć było podobnie – wskaźnik DALY na 100 tys. ludności przyjął najwyższą wartość w województwie śląskim (1,7 tys. - mężczyźni, 1,5 tys. – kobiety), a najniższą w podkarpackim (1,0 tys. – mężczyźni, 0,9 tys. – kobiety). W latach 1999, 2009 i 2019 bezwzględne wartości wskaźników zapadalność, chorobowość i DALY w przypadku cukrzycy miały tendencję rosnącą.

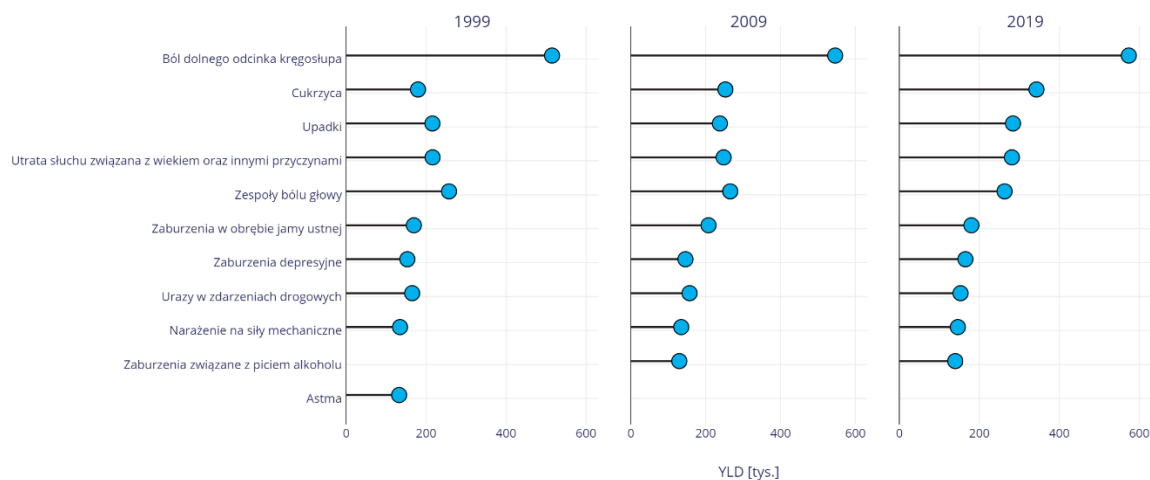
Dla problemu zdrowotnego choroba Alzheimera i inne choroby otępienne w 2019 r. w Polsce DALY osiągnęło wartość blisko 0,28 mln (0,7 tys. na 100 tys. ludności). U kobiet wartość bezwzględna wyniosła 0,19 mln (1 tys. na 100 tys. kobiet), a u mężczyzn 0,08 mln (0,45 tys. na 100 tys. mężczyzn). Wartość DALY na 100 tys. ludności była najwyższa w województwie mazowieckim (0,8 tys.), a najniższa w województwie wielkopolskim (0,6 tys.). Dla mężczyzn DALY na 100 tys. ludności osiągnęło najwyższą wartość w województwie mazowieckim (0,5 tys.), a najniższą w warmińsko-mazurskim (0,4 tys.), natomiast dla kobiet odpowiednio w województwie mazowieckim (1,0 tys.) i wielkopolskim (0,8 tys.). Wartości bezwzględne wskaźników DALY, zapadalność i chorobowość w 2019 r. w stosunku do 1999 r. miały tendencję rosnącą.

Wartość DALY dla zaburzeń związanych z pićm alkoholu w 2019 r. w Polsce wyniosła 0,3 mln (0,8 tys. na 100 tys. ludności). Wartość wskaźnika z uwzględnieniem podziału na płeć dla mężczyzn wyniosła 0,23 mln (1,2 tys. na 100 tys. mężczyzn), a dla kobiet 0,07 mln (0,3 tys. na 100 tys. kobiet). DALY na 100 tys. ludności oraz na 100 tys. mężczyzn przyjmowało najwyższą wartość w województwie łódzkim (odpowiednio 1,1 tys. i 1,8 tys.), a najniższą w opolskim (odpowiednio 0,5 tys. i 0,8 tys.). Wskaźnik DALY na 100 tys. kobiet osiągnął najwyższą wartość w województwie łódzkim (0,4 tys.), a najniższą w podkarpackim (0,3 tys.). Wartości bezwzględne wskaźników DALY, zapadalność i chorobowość od 1999 r. wykazywały tendencje rosnące.

Istotne problemy zdrowotne w Polsce ze względu na wartość YLD

Na wartość bezwzględną DALY składa się YLL i YLD. Analiza wskaźnika YLD (liczba lat przeżytych w niesprawności) przedstawia obciążenie danym problemem zdrowotnym systemu opieki zdrowotnej, systemu ubezpieczeń zdrowotnych oraz samych pacjentów i ich rodziny. Wraz ze wzrostem jego wartości, wzrasta niesprawność pacjenta, co przekłada się na konieczność zapewnienia dla niego wzmożonej opieki.

Rysunek 18. Wartość wskaźnika YLD (wartości bezwzględne) dla najbardziej istotnych problemów zdrowotnych w Polsce, bez podziału na płeć i grupy wiekowe²⁴



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

Najwyższą wartość YLD (wartości bezwzględne) dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. odnotowano dla problemów zdrowotnych obejmujących ból dolnego odcinka kręgosłupa (0,57 mln), cukrzycę (0,34 mln) oraz upadki (0,28 mln), co stanowiło 25% sumarycznej wartości YLD. Warto zwrócić uwagę na prawie dwukrotny wzrost wpływu cukrzycy w porównaniu do 1999 r. (0,18 mln). Życie w niesprawności powodowały również takie problemy jak utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami (0,28 mln w 2019 r.) i zespoły bólu głowy (0,26 mln w 2019 r.).

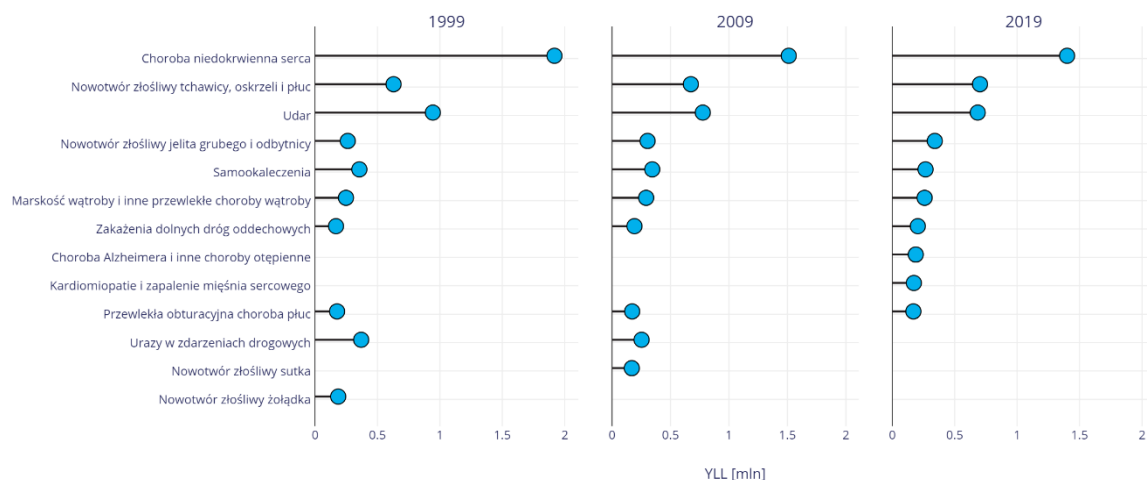
Istotne problemy zdrowotne w Polsce ze względu na wartość YLL

Wskaźnik YLL określa liczbę lat utraconych na skutek przedwczesnej śmierci. Zazwyczaj problemy zdrowotne odpowiadające za największą część wartości YLL stanowią jednocześnie najbardziej istotne przyczyny zgonów.

Zależność ta dotyczyła choroby niedokrwiennej serca (1,4 mln w 2019 r.), nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc (0,7 mln w 2019 r.) oraz udarów (0,68 mln w 2019 r.), które sumarycznie odpowiadały za 36% wartości YLL dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. Kolejnymi dwoma problemami, mającymi istotny wpływ na sumaryczną wartość YLL, były nowotwór złośliwy jelita grubego i otyłość (0,34 mln w 2019 r.) oraz samookaleczenia (0,26 mln w 2019 r.).

²⁴ Za najbardziej istotne problemy zdrowotne uznano pierwsze 10 problemów wg wartość wskaźnika YLD dla każdego analizowanego roku osobno.

Rysunek 19. Wartość wskaźnika YLL (wartości bezwzględne) dla najbardziej istotnych problemów zdrowotnych w Polsce, bez podziału na płeć i grupy wiekowe²⁵



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

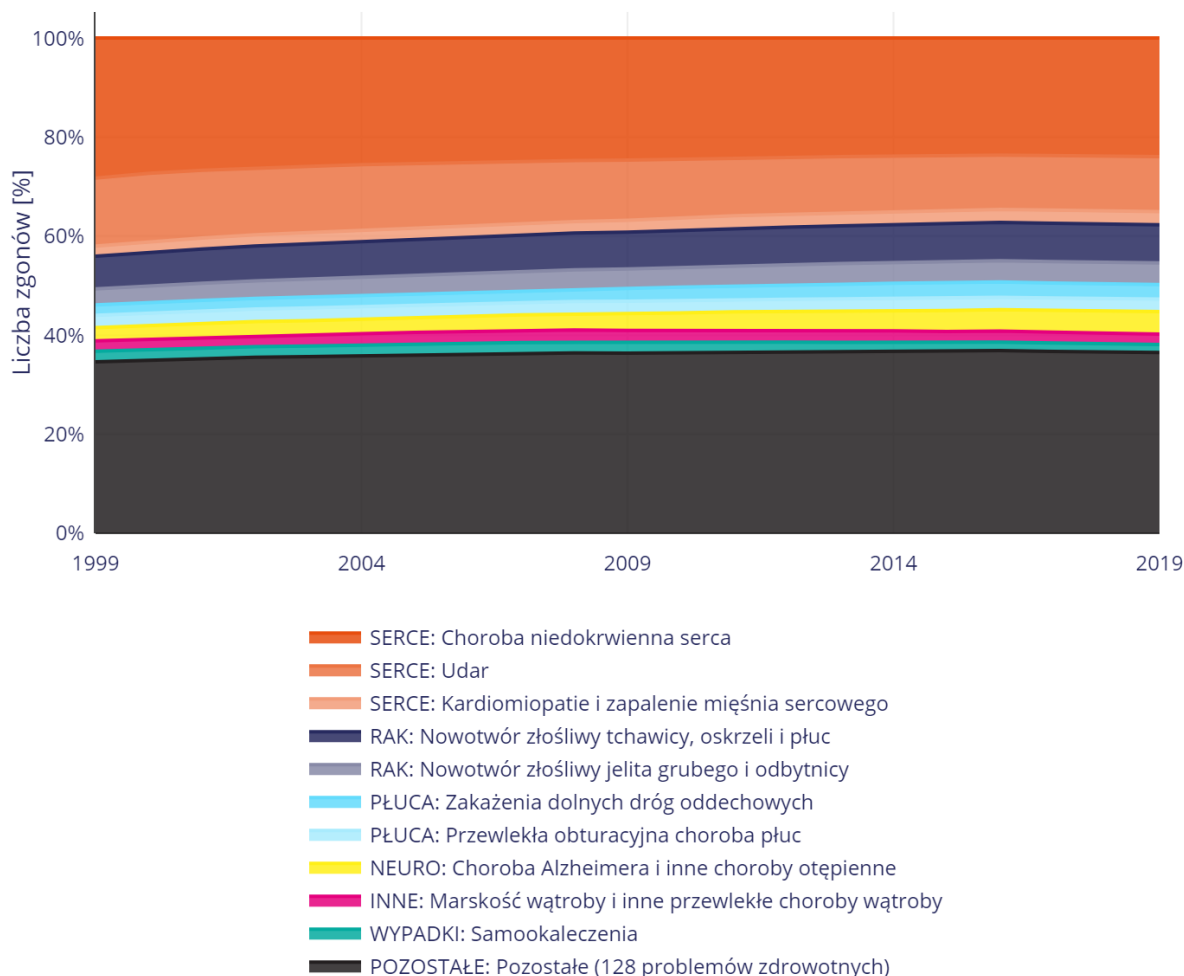
Istotne przyczyny zgonów w Polsce

Szczegółowa analiza problemów zdrowotnych odpowiedzialnych za największą liczbę zgonów²⁶ wykazała, że w przeciągu 20 lat powodowały je przede wszystkim choroby układu krążenia. Wśród nich największy wpływ na liczbę zgonów miały trzy problemy zdrowotne: choroba niedokrwienna serca (106,8 tys. zgonów w 1999r., 97,2 tys. w 2019 r.), udar (odpowiednio 52,0 tys. i 45,1 tys. zgonów) oraz kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego (odpowiednio 7,7 tys. i 11 tys.). Wymienione problemy zdrowotne w 1999 r. odpowiadały za około 44% zgonów, zaś w 2019 r. ich wpływ zmalał do około 38%. Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (31,2 tys.) oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy (17,8 tys.) były łącznie przyczyną ok. 12% zgonów w 2019 r. Od 1999 r. odsetek ten wzrósł o około 2 punkty procentowe. Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne odpowiadały za ponad dwukrotnie większą liczbę zgonów w 2019 r. w porównaniu do 1999 r. Stały udział w liczbie zgonów (ok. 8,5%) miały choroby układu oddechowego (przewłękła obturacyjna choroba płuc – 10,2 tys. w 2019 r. oraz zakażenia dolnych dróg oddechowych – 11,9 tys. w 2019 r.), marskość wątroby i inne przewlekłe choroby wątroby (8,5 tys. w 2019 r.) oraz samookaleczenia (6,6 tys. w 2019 r.).

²⁵ Za najbardziej istotne problemy zdrowotne uznano pierwsze 10 problemów wg wartości wskaźnika YLD dla każdego analizowanego roku osobno.

²⁶ Uwzględniono 10 problemów zdrowotnych, które były przyczyną największej liczby zgonów w latach 1999-2019; pozostałe problemy zdrowotne zagregowane zostały do kategorii pozostałe.

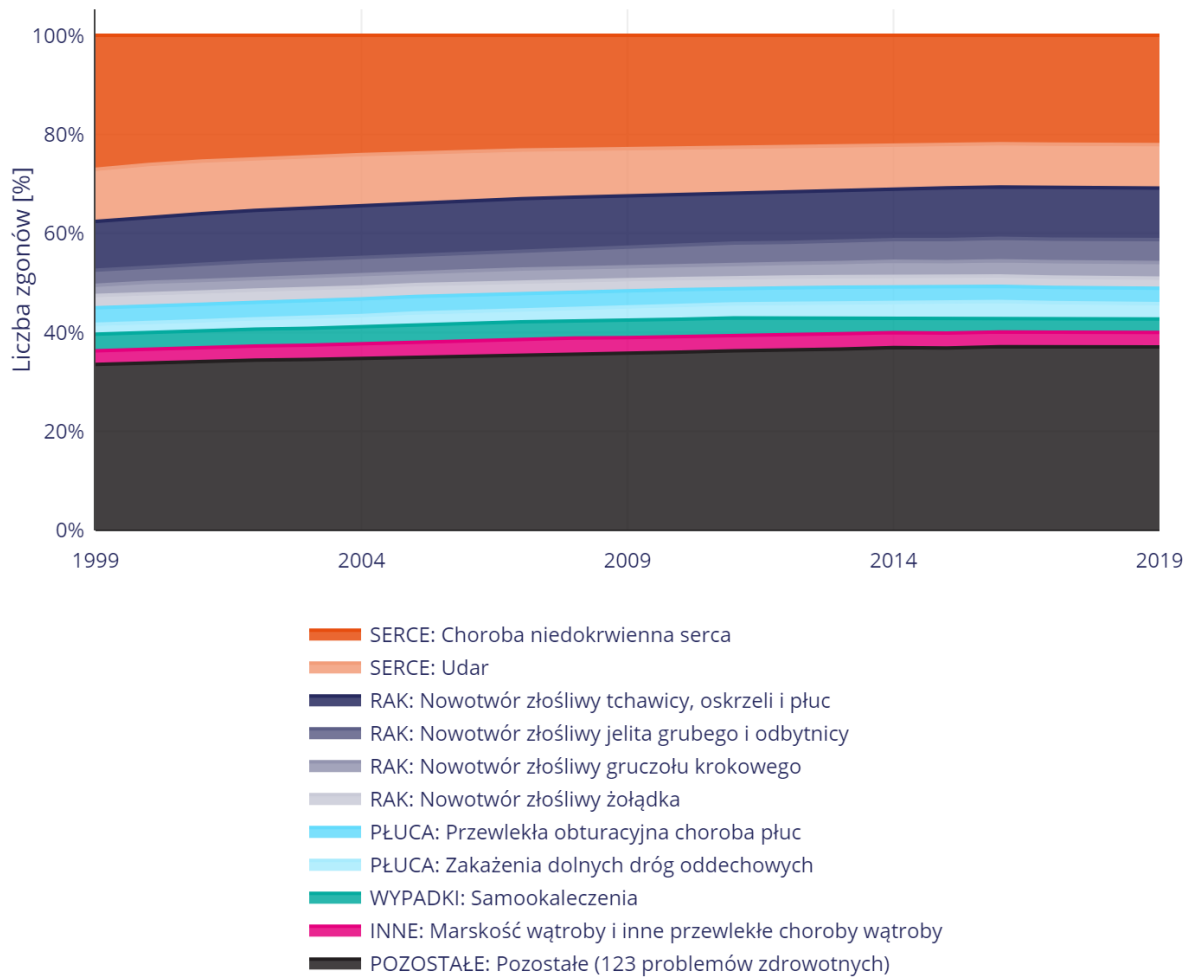
Rysunek 20. Udział procentowy przyczyn zgonów dla Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1999-2019, bez podziału na płeć i grupy wiekowe



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

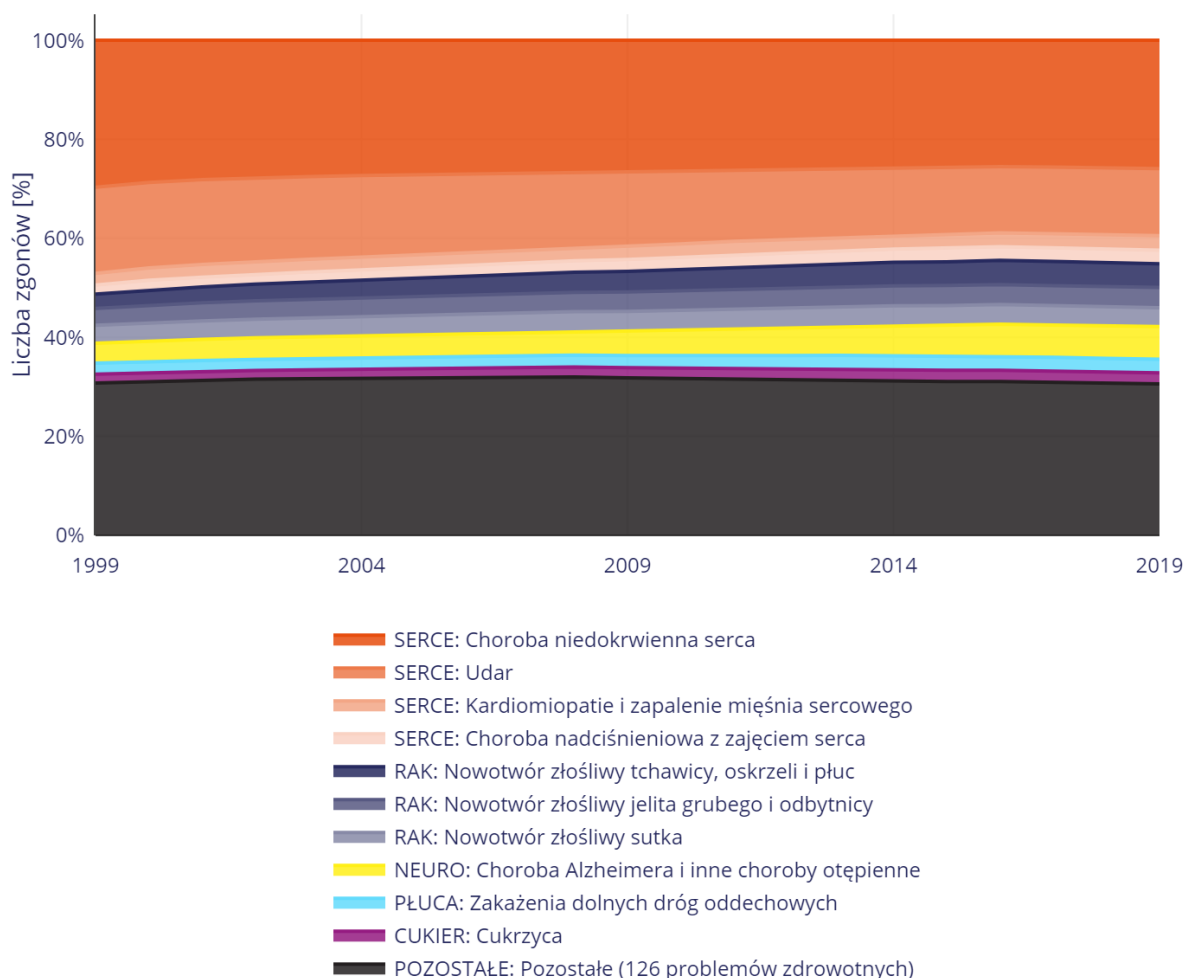
W analizie poszczególnych przyczyn zgonów w Polsce wyraźne różnice zaobserwowano pomiędzy płciami. W ostatnich 20 latach główną przyczynę zgonów stanowiły choroby układu krążenia, jednak w przypadku kobiet odpowiadały one w 2019 r. za 45% zgonów, zaś w przypadku mężczyzn za 30%. Nowotwory w 2019 r. odpowiadały za 20% zgonów wśród mężczyzn oraz za 13% zgonów wśród kobiet. W 2019 r. z chorób nowotworowych zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, najczęściej do zgonu przyczyniał się nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (117 zgonów na 100 tys. mężczyzn, 48 zgonów na 100 tys. kobiet) oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy (52 zgony na 100 tys. mężczyzn, 41 zgonów na 100 tys. kobiet). Ponadto wśród kobiet istotne przyczyny zgonów stanowiły nowotwór złośliwy sutka (38 zgonów na 100 tys. kobiet), choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (66 zgonów na 100 tys. kobiet) oraz cukrzyca (22 zgony na 100 tys. kobiet). Natomiast wśród mężczyzn za znaczny odsetek zgonów odpowiadały nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (35 zgonów na 100 tys. mężczyzn), samookaleczenia (31 zgonów na 100 tys. mężczyzn), przewlekła obturacyjna choroba płuc (35 zgonów na 100 tys. mężczyzn) oraz marskość wątroby i inne przewlekłe choroby wątroby (33 zgony na 100 tys. mężczyzn).

Rysunek 21. Udział procentowy przyczyn zgonów mężczyzn w Polsce w latach 1999-2019, bez podziału na grupy wiekowe



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

Rysunek 22. Udział procentowy przyczyn zgonów dla kobiet w Polsce w latach 1999-2019, bez podziału na grupy wiekowe



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

2.2. Prognoza epidemiologiczna w Polsce

Prognoza epidemiologiczna, polegająca na określeniu przyszłych wartości mierników zdrowia, służy do planowania opieki zdrowotnej i zapobiegania występowaniu problemów zdrowotnych w kolejnych latach.

Analiza zmian trzech mierników zdrowia – chorobowości, zapadalności oraz liczby zgonów na lata 2020-2028 – została przeprowadzona dla 22 podgrup problemów zdrowotnych, wśród których wyróżniono podzbiór składający się tylko z tych problemów, które po standaryzacji do wieku stanowiły 80% łącznej wartości DALY dla Rzeczypospolitej Polskiej w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2019 r. W rozdziale skupiono się na omówieniu bezwzględnych i względnych (procentowych) różnic w wartościach poszczególnych mierników zdrowia pomiędzy 2028 a 2019 r.

Każdy z przypadków prognozowano osobno w oparciu o pojedynczy szereg czasowy, z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe oraz płeć. Ze względu na bardzo dużą liczbę

tworzonych prognoz oraz różny charakter występujących w danych szeregów czasowych wystąpiła potrzeba wykorzystania różnych technik modelowania.

Proces tworzenia prognoz składał się z następujących kroków, które były przeprowadzane dla każdego z prognozowanych szeregów czasowych niezależnie. W pierwszej kolejności tworzono modele dwóch różnych klas (implikujących różne założenia odnośnie charakteru procesu generującego dane): *exponential smoothing state space* (tzw. ETS) oraz *autoregressive integrated moving average* (tzw. ARIMA). W obu przypadkach hiperparametry modeli były dobierane w sposób automatyczny przy wykorzystaniu pakietu *forecast* dostępnego w języku R (z ograniczeniem, że stopień zintegrowania modelowanego procesu stochastycznego jest maksymalnie równy 1). Następnie w celu uniknięcia przeuczenia modeli dokonywano ważonego uśrednienia prognoz z tak otrzymanych modeli, przy czym model, który generował prognozy o większym prawdopodobieństwie *a posteriori* w stosunku do prognozy naiwnej przyjętej jako model *a priori*, był uwzględniany z wagą dwukrotnie większą.

W pierwszym podrozdziale porównano prognozy dla Rzeczypospolitej Polskiej i średniej w UE oraz do krajów o podobnej wartości wskaźnika SDI. Mając na uwadze rzetelność porównań, wykorzystano wartości wskaźników standaryzowanych do wieku w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

W kolejnym podrozdziale przedstawiono szczegółową analizę prognozowanej sytuacji w Polsce, odnosząc się również do stanu w poszczególnych województwach.

W porównaniach wewnątrz krajowych uwzględniono zmiany wskaźników w wartościach na 100 tys. ludności, dzięki czemu wyeliminowano różnice wynikające z odmiennej struktury wewnętrznej porównywanych populacji i otrzymano bardziej wiarygodne wyniki.

Analiza porównawcza prognozy w Polsce i UE oraz wybranych krajach o podobnej wartości wskaźnika SDI

Prognozę mierników zdrowia w Polsce porównano do UE i krajów o podobnej wartości wskaźnika SDI, skupiając się głównie na porównywaniu pomiędzy 2019 r. a 2028 r. Istotne były zarówno różnice bezwzględne na 100 tys. ludności, informujące o zmianie ilościowej liczby osób dotkniętych problemem zdrowotnym, jak i różnice procentowe, określające stopień tych zmian. Oprócz ogólnej analizy podgrup problemów zdrowotnych szczegółowo zbadano chorobę niedokrwienną serca, która była najbardziej istotnym problemem zdrowotnym w Polsce w latach 1990-2019.

Cukrzyca i choroby nerek oraz choroby narządów zmysłu odnotują największy wzrost chorobowości w Polsce w ciągu 9 lat, przy czym w UE będą wzrastać mniej dynamicznie. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego cechować się będą znacznymi wzrostami chorobowości zarówno w Rzeczypospolitej Polskiej, jak i UE. Urazy nieumyślne są zaś przykładem problemu, dla którego wzrost chorobowości w UE prognozowany jest jako wyższy niż w Polsce. Dużym wyzwaniem wydają się być nowotwory, które w krajach unijnych

powinny osiągnąć spadek chorobowości (o około 24,62% w 2028 r. w stosunku do 2019 r.), natomiast w Polsce niewielki wzrost (4,2%). Dobrą prognozę dla naszego kraju można odnotować szczególnie dla zakażeń dróg oddechowych i gruźlicy, których chorobowość będzie znacząco spadać (o 19,96%) szybciej niż w krajach UE (o 10,91%).

Znaczącą różnicę w tempie wzrostu chorobowości między Polską a krajami o podobnej do wartości wskaźnika SDI zaobserwować można w przypadku urazów nieumyślnych. Będzie on wynosił odpowiednio 2,23% oraz 9,21% w 2028 r. w stosunku do 2019 r. Również wartości chorobowości cukrzycy i chorób nerek będą szybciej wzrastać w krajach o podobnej wartości wskaźnika SDI (o 16,26%) niż w Polsce (14,86%). Wzrost liczby chorych na nowotwory w obu przypadkach będzie na podobnym poziomie.

Zarówno w porównaniu do UE, jak i do krajów o podobnej wartości wskaźnika SDI, sytuacja w Polsce będzie najlepsza w przypadku zakażeń dróg oddechowych i gruźlicy – w kraju prognozuje się największy spadek chorobowości do 2028 r.

Z analizy wskaźnika zapadalności wynika, że Rzeczpospolita Polska wypadnie zdecydowanie lepiej niż UE w przypadku zakażeń dróg oddechowych i gruźlicy (mniej nowych przypadków o 3 969,21 na 100 tys. ludności w 2028 r. w porównaniu do 2019 r., o 1,97%, w UE brak zmian). Sytuacja w zapadalności na zakażenia wywołane pałeczkami jelitowymi również będzie lepsza w Polsce (mniej o 6 458,58 na 100 tys. ludności, 11,53%), czyli spadek będzie zdecydowanie większy niż w UE (300,74 na 100 tys. ludności, mniej tylko o 0,64%). Pomimo tendencji wzrostowej w przypadku chorób skóry i tkanki podskórnej Rzeczpospolita Polska znów poradzi sobie lepiej niż UE (odpowiednio wzrost o 1 476,99 na 100 tys. ludności, 2,64%, wobec 2 751,08 na 100 tys. ludności, 3,55% w UE). Niekorzystnie dla kraju sytuacja będzie wyglądać w przypadku nowotworów (wzrost o 115 na 100 tys. ludności, 3,78%), podczas gdy w UE notowana będzie tendencja spadkowa (o 1 118,71 na 100 tys. ludności, 14,85% mniej przypadków w 2028 w porównaniu do 2019 r.)

Analogicznie sytuacja będzie wyglądać w porównaniu do krajów o podobnej wartości wskaźnika SDI, gdzie zapadalność na nowotwory będzie malała (o 330,08 na 100 tys. ludności, 3,61%). Spadek zapadnięć na zakażenia wywołane pałeczkami jelitowymi wyniesie 4,48%, a więc więcej niż w UE, ale wciąż gorzej niż w Polsce.

Pomimo tendencji wzrostowej w przypadku chorób skóry i tkanki podskórnej Rzeczpospolita Polska znów poradzi sobie lepiej niż kraje o podobnej wartości wskaźnika SDI, gdzie wzrost będzie o 3 168,01 na 100 tys. ludności, 4,55%.

Analiza prognozowanych różnic w liczbie zgonów na 100 tys. ludności pokazuje, że w UE tempo wzrostu będzie największe w przypadku chorób układu krążenia (na poziomie 13,5%), podczas gdy w Polsce zmiany na przestrzeni lat nie będą zauważalne. Liczba zgonów w naszym kraju znacznie przewyższała liczbę zgonów w UE i mimo opisanej dynamiki w 2028 r. wciąż będzie większa.

W przypadku nowotworów zostanie odnotowany szybszy przyrost liczby zgonów w Polsce niż w UE (różnica między 2028 r. a 2019 r. to 29,86 na 100 tys. ludności, co odpowiada wzrostowi o 9,4%, analogicznie dla UE – 16,29 na 100 tys. ludności, wzrost o 5,4%).

Ogólne różnice w liczbie zgonów w latach 2019-2028 r. będą mniejsze między Polską a krajami o podobnej wartości wskaźnika SDI niż między Polską a UE. Zauważalne jest to szczególnie w przypadku chorób krążenia, gdzie dla krajów o podobnej wartości wskaźnika SDI wzrost będzie na poziomie 2,91 przypadków na 100 tys. ludności (o 0,53%), a więc zdecydowanie wolniejszy niż w przypadku całej UE, ale wciąż większy niż w Rzeczypospolitej Polskiej.

W kraju tempo wzrostu zgonów z powodu nowotworów nadal pozostanie zdecydowanie większe, a więc niezależnie czy w porównaniu do całej UE, czy krajów o podobnej wartości wskaźnika SDI, sytuacja w Polsce będzie pod tym względem gorsza.

Jak już wspomniano, najważniejszym problemem zdrowotnym w Polsce w latach 1990-2019 była choroba niedokrwienna serca. Prognozowana wartość chorobowości (na 100 tys. ludności) na 2028 r. wynosi 4 212,08, co oznacza przyrost na poziomie 8,53% (331,18 na 100 tys. ludności) w stosunku do 2019 r. Przyrost chorobowości w UE między latami będzie nieznacznie większy niż w Polsce i wyniesie 10,15% (406,02 na 100 tys. ludności). Z kolei porównując sytuację w Polsce z krajami o podobnej wartości wskaźnika SDI prognozuje się, że wartość chorobowości na 100 tys. ludności w tych krajach wzrośnie przez lata o 813,72 na 100 tys. ludności, czyli o 13,64%. W 2028 r. będzie ona równa 6 780,61, a więc o 37,88% większa niż w analogicznym okresie. Podsumowując, tempo wzrostu chorobowości w Polsce na chorobę niedokrwienną serca będzie wolniejsze niż w krajach o podobnej wartości wskaźnika SDI oraz niż średnio w UE.

W ciągu prognozowanych lat liczba zgonów na 100 tys. ludności z powodu choroby niedokrwiennej serca będzie rosła. Najszybszy przyrost odnotowany zostanie w UE (25,04 na 100 tys. ludności, o 13,24% więcej zgonów w 2028 r.), mniejszy w Polsce (10,33 na 100 tys. ludności, o 4,08%), a najmniejszy w krajach o podobnej wartości wskaźnika SDI (0,56 na 100 tys. ludności, czyli 0,18%). Mimo tej dynamiki, w 2028 r. w Polsce liczba zgonów nadal będzie wyższa niż w UE (o 22,92%), ale niższa niż w krajach o podobnej wartości wskaźnika SDI.

Powyższe analizy wskazują, że choroba niedokrwienna serca jest istotnym problemem zdrowotnym i będzie w przyszłości wyzwaniem zarówno w Polsce, jak i ogólnie w UE.

Analiza prognozy dla Polski

W analizie prognozowanej sytuacji w Polsce skupiono się na określeniu podgrup problemów zdrowotnych, dla których zmiany w wartościach na 100 tys. ludności trzech wskaźników epidemiologicznych (chorobowości, zapadalności i liczby zgonów) będą największe pomiędzy 2028 r. a 2019 r. Wyszczególniono również województwa, w których sytuacja będzie pod tym względem lepsza i gorsza w odniesieniu średniej dla kraju.

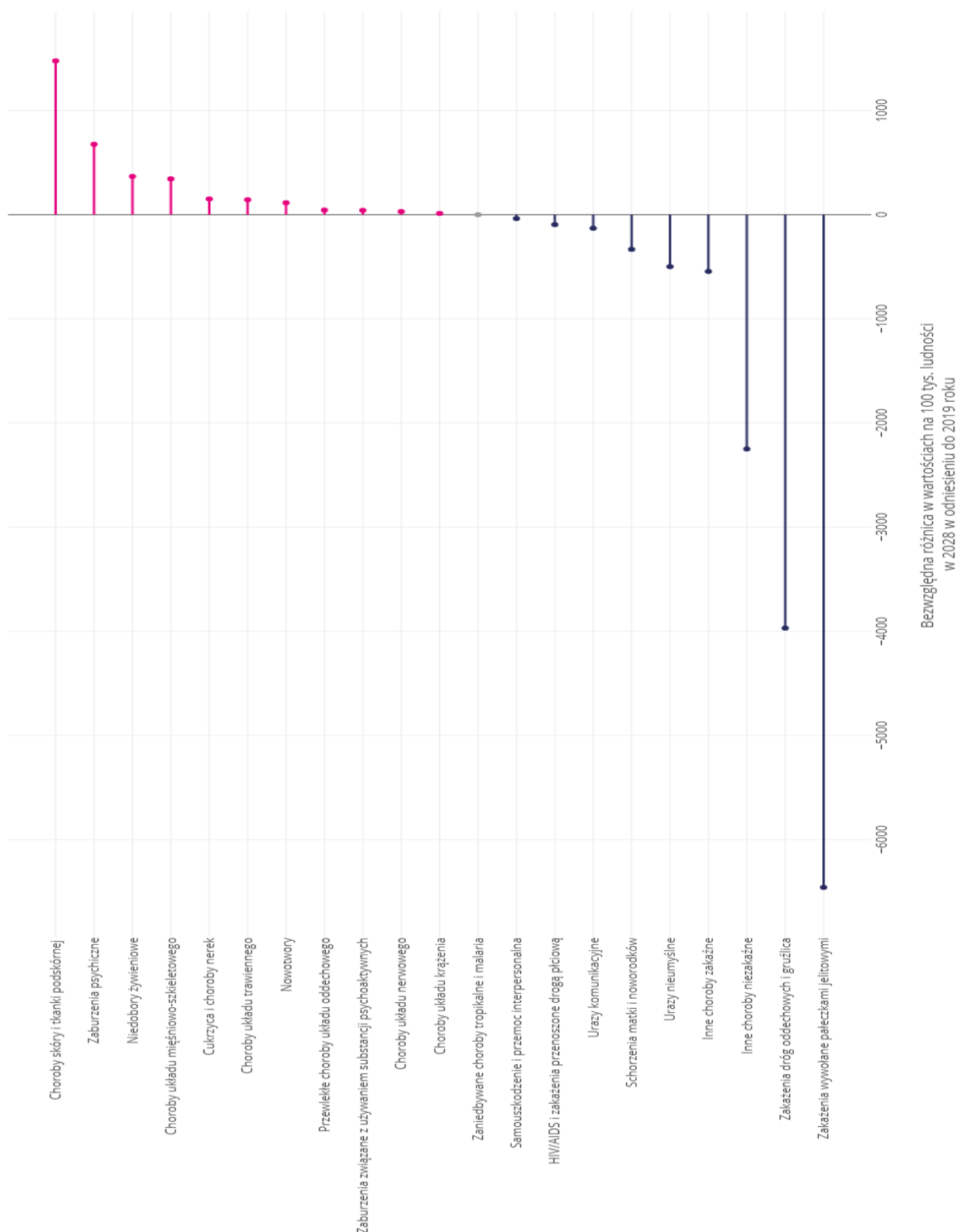
Prognoza epidemiologiczna dla Polski wskazuje na spodziewany największy wzrost wartości chorobowości w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. w przypadku chorób narządów zmysłów (o ponad 2 874,08 na 100 tys. ludności, 9,98%), w tym głównie dla utraty słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami, gdzie wzrost procentowy odnotowuje się na poziomie 10,24%. Drugą rosnącą podgrupą będą cukrzyca i choroby nerek (wzrost o około 2 631,95 na 100 tys. ludności, czyli 14,86%), z przodującą chorobowością na samą cukrzycę (23,74%). Na trzecim miejscu plasować się będą choroby układu mięśniowo-szkieletowego (1 878,05 na 100 tys. ludności w 2028 r. w porównaniu do 2019 r., wzrost o 8,25%). Pomimo, że w przypadku zaburzeń psychicznych nie zaobserwuje się wzrostu chorobowości w Polsce, to jednak w przypadku zaburzeń depresyjnych spodziewany jest wzrost o 17,46% (o 495,14 na 100 tys. ludności więcej w 2028 r. niż w 2019 r.). Szczególnie dotyczyć to będzie mężczyzn (wzrost o 30,13%), w mniejszym stopniu kobiet (12,18%).

Analizując zróżnicowanie regionalne, wzrost chorobowości w ciągu prognozowanych lat w przypadku chorób narządów zmysłów będzie się mieścił w przedziale od 7,86% (2 246,65 na 100 tys. ludności więcej w 2028 r.) w województwie mazowieckim do 11,93% (3 598,31 na 100 tys. ludności) w województwie opolskim. W przypadku cukrzycy i chorób nerek najbardziej znaczący wzrost będzie obserwowany w województwie warmińsko-mazurskim (3 354,69 na 100 tys. ludności, czyli 17,9%), a najmniejszy w województwie mazowieckim (2 194,52 na 100 tys. ludności, czyli 12,74%). Z kolei największy przyrost wskaźnika dla chorób układu mięśniowo-szkieletowego będzie w województwie warmińsko-mazurskim (2 045,24 na 100 tys. ludności, czyli 9,37%). W regionie łódzkim i mazowieckim dla tej podgrupy problemów zdrowotnych prognozuje się najniższy wzrost chorobowości spośród wszystkich województw (odpowiednio o 7,16% oraz 7,2%).

Prognozowany spadek chorobowości na 100 tys. ludności w Polsce będzie najbardziej zauważalny w przypadku zakażeń dróg oddechowych i gruźlicy (spadek o 4 075,57 tys. na 100 tys. ludności, czyli 19,96%). Różnice w spadkach wartości w poszczególnych województwach będą wahać się od 17,75% w województwie mazowieckim do 20,37% w kujawsko-pomorskim.

Biorąc pod uwagę starzejące się społeczeństwo w Polsce, zwrócono uwagę na problemy osób powyżej 70. roku życia. Podobnie jak ogólnie w społeczeństwie, u osób starszych najbardziej znacząco będzie rosła chorobowość w przypadku cukrzycy i chorób nerek, w tym przyrost chorobowości na samą cukrzycę będzie na poziomie 20,64% (5 256,91 na 100 tys. ludności). Warto zwrócić również uwagę na przyrost nowotworów w tej grupie wiekowej (o 18,92%, co odpowiada za 1 834,62 na 100 tys. ludności), w tym głównie nowotworu złośliwego jelita grubego i odbytnicy (o 16,32% w 2028 w stosunku do 2019 r.) oraz złośliwego gruczolu krokowego (14,17%).

Rysunek 23. Bezwzględne różnice w zapadalności na 100 tys. ludności pomiędzy poszczególnymi podgrupami problemów zdrowotnych w Polsce w 2028 w odniesieniu do 2019 r.



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

Analizując zapadalność w Polsce, w prognozie na 2028 r. widoczny jest znaczący wzrost liczbowy wartości tego wskaźnika dla chorób skóry i tkanki podskórnej (o 1 476,99 na 100

tys. ludności, czyli o 2,64%). Natomiast znaczny procentowy wzrost będzie dotyczył zaburzeń psychicznych (20,81%, 676,35 na 100 tys. ludności więcej w 2028 r. niż w 2019 r.), na co w największej mierze będą wpływać zaburzenia depresyjne (wzrost na poziomie 23,78%, 575,53 na 100 tys. ludności%). Problem ten będzie dotyczył zwłaszcza kobiet (przyrost o 30,3%), w nieco mniejszym, choć nadal istotnym stopniu mężczyzn (21,22%). W analizie ogólnej zapadalności społeczeństwa istotne są również niedobory żywieniowe, które przodują w przyroście procentowym (o 41,78%, co odpowiada 367,38 na 100 tys. ludności).

W zestawieniu regionalnym wzrost procentowy zapadalności dla zaburzeń psychicznych będzie największy w województwie dolnośląskim (30,26%), najmniejszy w warmińsko-mazurskim (17,81%). W przypadku niedoborów żywieniowych różnice we wzroście zapadalności będą się wahać od 24,87% (211,08 na 100 tys. ludności) w województwie świętokrzyskim do 45,91% (400,34 na 100 tys. ludności) w województwie zachodniopomorskim.

Z prognozy wynika, że znaczny spadek wartości zapadalności w Polsce będzie widoczny w przypadku zakażeń dróg oddechowych i gruźlicy (o 3 969,21 na 100 tys. ludności, czyli 1,97%), co dodatkowo potwierdza wniosek płynący z analizy chorobowości, że ta podgrupa będzie miała w przyszłości mniejsze znaczenie niż obecnie.

W województwie opolskim spadek wartości zapadalności będzie największy (na poziomie 2,98%, 5 950,97 na 100 tys. ludności mniej w 2028 r.). Najmniejszy spadek odnotuje województwo lubelskie (1,26%, czyli 2 538,83 na 100 tys. ludności mniej w 2028 r.).

Za jeden z największych wzrostów wartości zgonów w Polsce w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. będą odpowiadać nowotwory (różnica wartości latami to 29,86 na 100 tys. ludności, przyrost na poziomie 9,4%). W tej grupie znaczący udział ma nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy. Drugą z kolei podgrupą problemów zdrowotnych, dla której prognozuje się znaczący wzrost liczby zgonów, są choroby układu nerwowego (wzrost o 13,84 na 100 tys. ludności, to jest 22,22%). Za tę tendencję odpowiada głównie choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (11,8 na 100 tys. ludności więcej zgonów w 2028, czyli o 24,53%). Pomimo tego, że nie odnotowuje się ogólnego wzrostu liczby zgonów z powodu chorób układu krążenia, to jednak w przypadku kardiomiopatii i zapalenia mięśnia sercowego oraz choroby niedokrwiennej serca mamy do czynienia ze znaczącym wzrostem wartości, odpowiednio o 4,45 oraz 10,33 na 100 tys. ludności (15,56% oraz 4,08%) w stosunku do 2019 r.

W porównaniu regionalnym, największy wzrost liczby zgonów z powodu nowotworów będzie miał miejsce w województwie opolskim (13,63%, czyli 45,31 na 100 tys. ludności mniej w 2028 w stosunku do 2019 r.), a najmniejszy w małopolskim (6,25%, 16,84 na 100 tys. ludności). Za te tendencje wzrostowe wewnątrz kraju również w głównej mierze będą odpowiadać zgony z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotworu złośliwego jelita grubego i odbytnicy.

W przypadku zgonów z powodu chorób układu nerwowego wzrost będzie się wahał od 15,64% (10,57 na 100 tys. ludności) w województwie łódzkim aż do 30,34% (19,48 na 100 tys. ludności) w województwie opolskim. Podobnie jak ogólnie dla kraju, w poszczególnych województwach dominujący udział będzie miała choroba Alzheimera i inne choroby otępienne.

W województwie kujawsko-pomorskim odnotuje się z kolei największy wzrost liczby zgonów spowodowanych chorobą niedokrwienną serca (wzrost o 32,06 na 100 tys. ludności, co daje o 13,37% więcej zgonów w 2028 r. w porównaniu do 2019 r.). W województwie wielkopolskim obserwowany będzie największy względny przyrost zgonów z powodu kardiomiopatii i zapalenia mięśnia sercowego (6,22 na 100 tys. ludności, co odpowiada za 20,26% więcej zgonów). Jedynie w województwie wielkopolskim przewiduje się spadek liczby zgonów z powodu nowotworów (1,77% mniej, 3,54 na 100 tys. ludności).

Spadek liczby zgonów w Polsce będzie najbardziej zauważalny w urazach komunikacyjnych (o 25,09%, 2,81 na 100 tys. ludności), w tym głównie w urazach w zdarzeniach drogowych (o 25,5%). W zestawieniu regionalnym zgonów z powodu urazów komunikacyjnych najlepiej wypadnie województwo małopolskie (ze spadkiem aż o 46,27%, 3,84 na 100 tys. ludności), a najgorzej świętokrzyskie (spadek o 21,85%, 2,95 na 100 tys. ludności).

Omówienie najważniejszych problemów zdrowotnych w Polsce i dynamiki ich zmian

W tej części poddano analizie wybrane problemy zdrowotne, dla których wartość chorobowości była największa w 2019 r. oraz pozostaje taka w prognozie na 2028 r. Przeanalizowano również dynamikę zmian chorobowości na przestrzeni lat, dokonując porównań wewnątrz krajowych.

Wyróżnione zostały najważniejsze problemy zdrowotne, które w 2019 r. osiągnęły najwyższe wartości chorobowości na 100 tys. ludności, oraz problemy, które staną się ważne w prognozie na 2028 r. Skupiono się na porównaniu między latami, aby określić, jak zmieni się poziom istotności danego problemu zdrowotnego w przyszłości. W analizie uwzględniono jedynie problemy zdrowotne, które po standaryzacji do wieku w 2019 r. stanowiły 80% łącznej wartości DALY dla Polski w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

Nad każdym słupku zamieszczono informację o miejscu w rankingu danego problemu zdrowotnego w analizowanym roku. Najbardziej istotne pod względem chorobowości w 2019 r. były zaburzenia w obrębie jamy ustnej. Ze względu na widoczny wzrost wartości wskaźnika w prognozowanym 2028 r. problem ten pozostanie najważniejszy. Na drugim miejscu znalazły się zespoły bólu głowy, które w perspektywie prognozy i pozostaną na tym miejscu. Trzecią pozycję zajmuje i będzie zajmować w przyszłości utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami. Czwarte miejsce przypadnie narażeniu na siły mechaniczne. Upadki w 2019 r. zajmowały 6. miejsce, w 2028 r. ich istotność się zwiększy do miejsca 5. Tym samym zamienią się kolejnością z chorobami kobiecych narządów płciowych, które w 2028 r. spadną na 6. miejsce. Niezmiennie na 7. pozycji pod względem istotności

w Polsce pozostaną choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego, dalej w rankingu będzie marskość wątroby i inne przewlekłe choroby wątroby, a następnie ból dolnego odcinka kręgosłupa. Istotność ślepoty i upośledzenia wzroku, która plasowała się na 11. pozycji w 2019 r., wzrośnie przez lata i będzie na 10. pozycji w 2028 r. Odwrotnie będzie w przypadku przewlekłej choroby nerek, której poziom istotności delikatnie zmaleje, z 10. na 11. pozycję w 2028 r. Nie zmienia to faktu, że nadal ten problem zdrowotny będzie istotny w przyszłości.

2.3. Podsumowanie

Przyglądając się sytuacji epidemiologicznej w Polsce na pierwszy plan wysuwają się choroby układu krążenia i nowotwory. Problemy zdrowotne z tych dwóch podgrup odpowiadają sumarycznie za 73% wszystkich zgonów oraz za 44% DALY. Wśród nich zaobserwowano kilka, które mają bardzo duży wpływ na ogólną sytuację zdrowotną w Polsce. Przeprowadzona analiza wykazała, że problemami zdrowotnymi, które najbardziej obciążają społeczeństwo są:

- choroba niedokrwienna serca,
- udar,
- nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc,
- nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy,
- cukrzyca.

Te pięć problemów zdrowotnych odpowiada za ok. 30% wartości DALY oraz jest przyczyną blisko 50% zgonów. Pierwszy z nich – choroba niedokrwienna serca – od lat stanowi w Polsce największy problem zdrowotny, zarówno pod względem wartości DALY, jak i liczby zgonów będących jej następstwem. Nie jest to największy problem jedynie w Polsce – w UE również uznawany jest za najbardziej dotkliwy, przy czym wartość DALY w Polsce była w 2019 r. o 1/3 wyższa niż w krajach wspólnoty. Ponadto prognozuje się, że w kolejnych latach liczba chorych i zgonów z tego powodu wzrośnie, a wzrost ten będzie wyższy niż w UE.

W przeciwieństwie do kolejnego najważniejszego problemu zdrowotnego – udaru – choroba niedokrwienna serca ma charakter przewlekły. Dlatego można by przypuszczać, że generuje sumarycznie większą liczbę lat życia w niesprawności niż udary. Przeprowadzona analiza wykazała jednak, że przypuszczenie to nie ma odzwierciedlenia w rzeczywistości, bo dla udarów odnotowano dwukrotnie wyższą wartość wskaźnika YLD. Udary prowadzą zatem do znacznej niesprawności wśród większości pacjentów i jednocześnie są drugą najważniejszą przyczyną zgonów w Polsce. Z prognoz wynika, że sytuacja ta nie ulegnie zmianie w kolejnych latach (2020-2028).

Nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną zgonów. Spośród nich największy udział mają nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwór złośliwy jelita grubego

i odbytnicy, które odpowiadają za ok. 12% wszystkich zgonów w Polsce. Należy pamiętać, że wśród kobiet istotną przyczynę zgonów stanowi również nowotwór złośliwy sutka, a wśród mężczyzn niepokoi wzrost liczby zgonów z powodu nowotworu gruczołu krokowego w porównaniu z 1999 r. Przeprowadzona analiza prognostyczna wykazała, że zarówno liczba zgonów, chorobowość, jak i zapadalność dla nowotworów do 2028 r. będą wzrastać. W UE, poza liczbą zgonów, wskaźniki te będą miały natomiast tendencję spadkową.

Choroba niedokrwienna serca, udar oraz nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc mają znacznie wyższe wartości DALY niż przeciętnie w UE. Sytuacja Rzeczypospolitej Polskiej pod tym względem jest zatem gorsza, a na podstawie przeprowadzonych prognoz można przypuszczać, że nie ulegnie ona poprawie.

Ostatnim z wymienionych problemów zdrowotnych jest cukrzyca. Jest to choroba przewlekła, dlatego wpływa przede wszystkim na długość życia społeczeństwa w niesprawności, odpowiadając za ok. 7% YLD. Wartość ta jest prawie trzykrotnie większa niż dla udarów, które z kolei powodują pięciokrotnie więcej zgonów niż cukrzyca.

Rozpatrując problemy zdrowotne odpowiadające za największą liczbę zgonów w 2019 r. nie można pominąć choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych, które odpowiadają za 4,5% zgonów. Ich liczba stale rośnie od 1999 r. i przewiduje się dalsze wzrosty na przestrzeni lat 2020-2028.

Składową wskaźnika DALY jest YLD, a za 35% jego wartości w Polsce odpowiadają następujące problemy zdrowotne:

- ból dolnego odcinka kręgosłupa,
- cukrzyca,
- upadki,
- utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami,
- zespoły bólu głowy.

Wyżej wymienione problemy stanowią w sumie blisko 15% DALY i 25% chorobowości. Problemami zdrowotnymi, które są głównymi przyczynami życia w niesprawności w Polsce w 2019 r., były ból dolnego odcinka kręgosłupa i cukrzyca – sumarycznie stanowią 18,4% wartości YLD oraz 5% chorobowości.

Najbardziej istotne pod względem wartości chorobowości są problemy zdrowotne zaliczane do chorób układu nerwowego, chorób układu trawiennego oraz chorób narządów zmysłu, które stanowią odpowiednio 9,6%, 7,6% i 6,5% wartości wskaźnika dla całego kraju.

Wyróżniają się choroby układu mięśniowo-szkieletowego, które mimo, że mają mniejszy udział w sumarycznej wartości chorobowości (ok. 5%), powodują duży ubytek w sprawności, odpowiadając za 17% wartości YLD. Z przeprowadzonych prognoz wynika, że do 2028 r. wyżej wymienione podgrupy istotnie zyskają na znaczeniu. Powyższa tendencja widoczna jest w każdym z województw, co oznacza, że są to problemy ogólnopolskie.

2.4. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Choroba niedokrwienna serca od lat stanowi największy problem zdrowotny w Polsce i jest najczęstszą przyczyną zgonów. Wartość DALY dla tej choroby stanowiła około 11,5% DALY dla kraju i była blisko dwukrotnie większa niż dla kolejnego problemu zdrowotnego – udarów. Według prognoz na lata 2020-2028 choroba niedokrwienna serca będzie nadal wyzwaniem dla polskiej ochrony zdrowia. Szacowany jest wzrost wartości chorobowości i liczby zgonów. Pomimo wolniejszego tempa wzrostu liczby chorych w Polsce w porównaniu do krajów o podobnej wartości wskaźnika SDI, będzie ono szybsze niż średnio w UE.

Udar powoduje znaczną niesprawność wśród większości pacjentów. Wartość wskaźnika YLD jest dla niego dwukrotnie większa niż dla choroby niedokrwiennej serca. Ponadto udar jest drugą najczęstszą przyczyną zgonów i prognozuje się, że do 2028 r. sytuacja ta nie ulegnie zmianie.

Choroby nowotworowe również stanowią istotny problem ze względu na powodowaną przez nie liczbę zgonów, która wzrosła aż o 25% od 1999 r. Prognozy wskazują, że liczba ta będzie nadal wzrastać, do 2028 r. aż o 10% w porównaniu z 2019 r. W tej grupie problemów zdrowotnych najwięcej zgonów (łącznie 40%) powodowanych jest obecnie przez nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy, a szacuje się, że liczby zgonów spowodowanych tymi chorobami wzrosną do 2028 r. (odpowiednio o 11% i 14%).

Szacuje się, że w Polsce do 2028 r. liczba chorych na nowotwory wzrośnie o 4,2%. To samo dotyczy nowych przypadków, których będzie więcej o 3,8% w porównaniu z 2019 r. Natomiast w UE i krajach SDI wzrosty będą na niższym poziomie. Co więcej, nowych przypadków zachorowań będzie coraz mniej. W UE szacuje się przeciętny spadek liczby zachorowań na poziomie 15%, a w krajach o podobnej wartości wskaźnika SDI - 3,6%.

Alarmujący jest wzrost znaczenia choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych. Od 1999 r. wartość DALY dla tych schorzeń wzrosła o ponad połowę. Podobna tendencja dotyczy wartości pozostałych wskaźników - liczby zgonów, zapadalności oraz chorobowości. W 2019 r. odpowiadały one za blisko 5% zgonów w Polsce. Z prognoz wynika, że ludzie coraz częściej będą umierać na choroby układu nerwowego (o 22,2% więcej zgonów w 2028 r. w porównaniu do 2019 r.), w tym szczególnie na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne (o 24,5%).

Analizując obciążenie niesprawnością powodowaną przez choroby przewlekłe, jednym z najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych jest cukrzyca. Świadczy o tym zarówno dwukrotny wzrost wartości YLD na przestrzeni lat 1999-2019, jak i dynamiczny wzrost znaczenia cukrzycy pod względem wartości DALY w Polsce. Według prognoz do 2028 r. cukrzyca odnotuje największy wzrost chorobowości spośród wszystkich problemów zdrowotnych (o 23,7%).

Upadki oraz ból dolnego odcinka kręgosłupa znacznie pogarszają jakość życia społeczeństwa ze względu na powodowaną przez nie niesprawność. Sumarycznie odpowiadają one za ok. 17% wartości YLD i za 7,7% wartości DALY. Do 2028 r. znacznie wzrośnie liczba chorych z powodu zapalenia kości i stawów (o 16% w porównaniu do 2019 r.).

Utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami stanowi coraz większe obciążenie dla społeczeństwa, ze względu na wzrost wartości chorobowości o 30% w 2019 r. w porównaniu do 1999 r. oraz wzrost znaczenia pod względem DALY. Z prognozy wynika, że ten problem zdrowotny odnotuje najsilniejszy wzrost liczby chorych spośród chorób narządów zmysłów i w 2028 r. zajmie jedno z pierwszych miejsc pod względem chorobowości w Polsce.

W Polsce coraz mniej dotkliwym problemem są urazy w zdarzeniach drogowych. Od 1999 r. odnotowano dwukrotny spadek ofiar śmiertelnych w obrębie tego typu urazów. Ponadto, zgodnie z szacunkami, tendencja malejąca liczby zgonów utrzyma się w kolejnych latach i będzie najbardziej zauważalna spośród wszystkich problemów zdrowotnych w Polsce. W 2028 r. liczba zgonów spadnie o 25,5% w porównaniu do wartości z 2019 r., co będzie stanowiło większą zmianę niż przeciętnie w UE.

W 2019 r. w przypadku zakażeń dróg oddechowych i gruźlicy odnotowano znacznie niższą wartość chorobowości – o 30% w porównaniu do 1999 r. Z prognoz wynika, że do 2028 r. liczba ta zmaleje o kolejne 20%. Będzie to szybszy spadek niż w UE, gdzie szacuje się zmianę na poziomie 11%.

Najczęściej występującym problemem zdrowotnym od lat są zaburzenia w obrębie jamy ustnej. Świadczą o tym najwyższe wartości wskaźnika chorobowości obserwowane od 1999 r.

3. Czynniki ryzyka i profilaktyka

Jednym z elementów monitorowania stanu zdrowia populacji, a także skutecznego zapobiegania chorobom jest ocena wpływu czynników ryzyka. Możliwość eliminacji lub zmniejszenia narażenia na czynnik związany z wystąpieniem danego problemu zdrowotnego powoduje obniżenie zachorowalności i w rezultacie wpływa na długość i jakość życia. Analiza danych ze względu na czynniki ryzyka pomaga kierować polityką zdrowotną w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej poprzez identyfikację narażonych jednostek i grup oraz umożliwienie podjęcia interwencji na możliwie najwcześniejszym etapie²⁷. Analizie poddano najważniejsze czynniki ryzyka w Polsce, przedstawiając ich empiryczny wpływ na DALY i zgony, oraz zaprezentowano zróżnicowanie w kraju. Odpowiedzią na negatywny wpływ czynników są działania z zakresu zdrowia publicznego, w tym programy profilaktyczne i badania przesiewowe, które poddano szczegółowej analizie ilościowej i jakościowej.

3.1. Czynniki ryzyka

Czynnik ryzyka to stan, cecha lub zachowanie wpływające na prawdopodobieństwo wystąpienia danego problemu zdrowotnego. Czynniki ryzyka często analizowane są indywidualnie, ale w praktyce często ze sobą współistnieją i wchodzą w interakcje²⁸. Badania w zakresie czynników ryzyka odgrywają istotną rolę w badaniu GBD prowadzonym przez IHME. Aby lepiej zmierzyć stan zdrowia ludności na świecie, systematycznie analizuje się czynniki ryzyka w populacji, co pozwala lepiej ukierunkować działania mające na celu radzenie sobie z najbardziej obciążającymi problemami zdrowotnymi²⁹. Czynniki ryzyka dzieli się na trzy główne grupy:

- behawioralne – związane z zachowaniami i działaniami człowieka. Wśród nich wyróżnia się np. tytoń, spożywanie alkoholu i niską aktywność fizyczną;
- metaboliczne – wynikają z fizjologii człowieka. Mogą na nie mieć wpływ czynniki genetyczne, a także styl życia. Są nimi np. wysokie ciśnienie krwi, wysoki BMI i wysoki poziom cholesterolu LDL;
- środowiskowe/zawodowe – obejmują szeroki zakres tematów, takich jak czynniki społeczne, ekonomiczne, kulturowe, a także czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne. Przykładowymi czynnikami z tej grupy są: zanieczyszczone powietrze i woda, niska higiena i brak mycia rąk.

Według badania ankietowego przeprowadzonego przez NIZP-PZH-PIB w 2018 r., które dotyczyło samooceny stanu zdrowia i rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób

²⁷ R. Topór-Mądry, A. Gilis-Januszewska, *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Kraków 2002, s. 47; 97.

²⁸ <https://www.eupati.eu/pharmacoepidemiology/risk-factors-health-disease/>, dostęp w dniu 05.05.2020 r.

²⁹ <http://www.healthdata.org/risk-factors>, dostęp w dniu 15.04.2020 r.

niezakaźnych, aż 40% badanych osób stwierdziło, że nie zetknęło się z pojęciem „czynnik ryzyka albo czynnik sprzyjający zachorowaniu (na przykład na zawał serca, chorobę wieńcową, udar mózgu, nowotwór)”. Ankietowani, którzy znali to pojęcie, przeważnie nie znali czynników, które zwiększają szansę zachorowania na zawał serca lub udar, a tylko połowa badanych osób (w bardzo zbliżonym stopniu mężczyźni i kobiety) wskazała własne zachowanie jako najważniejszy czynnik decydujący o stanie swojego zdrowia³⁰. Wyniki tego badania pokazują, jak niska jest świadomość społeczeństwa na temat czynników ryzyka i ich wpływu na stan zdrowia.

Główne czynniki ryzyka na świecie i w Unii Europejskiej w latach 1990-2019³¹

W skali globalnej główną grupą czynników ryzyka wpływającą na DALY są czynniki behawioralne. W 2019 r. spowodowały utratę ok. 11 tys. lat życia w zdrowiu (na 100 tys. ludności), tj. ok. 2 razy więcej niż czynniki metaboliczne czy czynniki środowiskowe/zawodowe. W Polsce czynniki behawioralne spowodowały utratę ok. 7,6 tys. DALY (na 100 tys. ludności), a w UE ok. 5,6 tys. DALY (na 100 tys. ludności). W latach 1990-2019 udział czynników behawioralnych w DALY w UE zmniejszył się o ok. 41%, a na świecie o ok. 43%. Ogólnie rzecz biorąc, korzystne zmiany zaobserwowano także w przypadku pozostałych grup czynników ryzyka – udział czynników środowiskowych/zawodowych zmniejszył się o ok. 51%, a metabolicznych ok. 17%. Dla porównania w Polsce w analizowanym udziale czynników behawioralnych zmniejszył się o ok. 44%, środowiskowych/zawodowych o ok. 56%, a metabolicznych o ok. 45%.

W podejściu bardziej szczegółowym, czynnikiem ryzyka, który od lat powoduje najwyższą utratę lat życia w zdrowiu na świecie, jest niedożywienie matek w ciąży. W 1990 r. czynnik ten miał prawie dwukrotnie wyższy udział w utracie DALY niż zanieczyszczenia powietrza, znajdujące się na drugim miejscu. Natomiast w 2019 r. wpływał o ok. 1,5 razy bardziej na DALY niż wysokie ciśnienie krwi, które było drugie w rankingu. Należy zwrócić uwagę, że jest to podejście globalne, dotyczące krajów o różnym poziomie rozwoju. Patrząc przez pryzmat Rzeczypospolitej Polskiej, najbardziej obciążającym czynnikiem ryzyka jest tytoń, znajdujący się od 1990 r. na pierwszym miejscu. Czynnik ten przyczynił się do ok. 19% większej utraty DALY w Polsce niż globalnie, a jego udział na przestrzeni lat zmniejszył się o ok. 49% (na świecie o ok. 41%). Niedożywienie matek w ciąży w Polsce nie jest aż tak istotnym problemem. W rankingu najbardziej obciążających czynników ryzyka czynnik ten znalazł się dopiero na 10. miejscu i spowodował prawie 8 razy mniejszą utratę DALY niż na świecie.

W 2019 r. w UE czynnikami ryzyka mającymi największy wpływ na utratę lat życia w zdrowiu były: tytoń (ok. 2,4 tys. DALY na 100 tys. ludności), wysokie ciśnienie krwi (ok. 1,6 tys. DALY

³⁰ B. Wojtyniak i in., *Samooceńca stanu zdrowia dorosłych Polaków - wyniki badania terenowego*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania*, NIZP-PZH, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa 2018, s. 368-386.

³¹ Przy porównaniach międzynarodowych posłużono się wartościami wystandaryzowanymi do populacji światowej.

na 100 tys. ludności) oraz wysoki BMI (ok. 1,5 tys. DALY na 100 tys. ludności). Dla porównania w Polsce te same czynniki ryzyka najbardziej wpływały na DALY, ale wysoki BMI znalazł się na drugim miejscu, a wysokie ciśnienie krwi na trzecim. Ich wartości przewyższyły wartości dla UE odpowiednio o ok. 40% (tytoń), ok. 54% (wysoki BMI), ok. 48% (wysokie ciśnienie krwi). W latach 1990-2019 udział tytoniu w UE zmniejszył się o ok. 46%³².

Czynniki ryzyka w Polsce³³

W Polsce w 2019 r. dominującą grupą czynników ryzyka wpływającą na utratę DALY i zgony były czynniki behawioralne, czyli związane ze stylem życia. W 2019 r. odpowiadały one za utratę ok. 49% lat przeżytych w zdrowiu oraz ok. 44% zgonów.

Rysunek 24. Udział głównych grup czynników ryzyka w Polsce (kobiety i mężczyźni łącznie) (DALY i zgony na 100 tys. ludności)



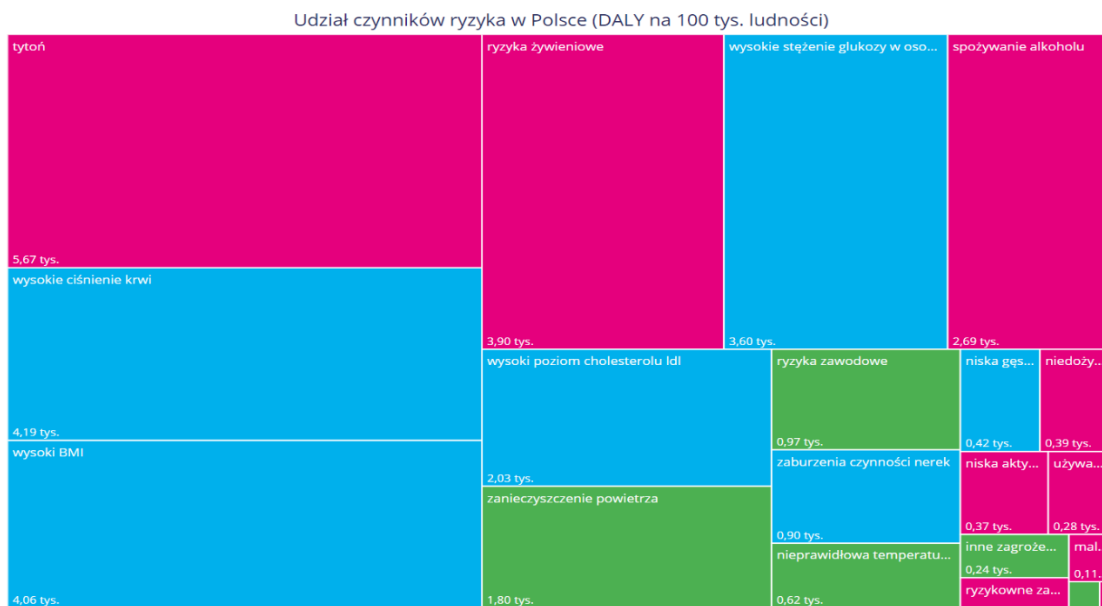
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Czynnikami ryzyka odpowiadającymi za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu w Polsce dla kobiet i mężczyzn łącznie są odpowiednio: tytoń, wysokie ciśnienie krwi oraz wysoki BMI. Warto zaznaczyć, że tytoń ma prawie 50% udział w grupie czynników behawioralnych wpływających na DALY. Na zgony u obydwu płci najbardziej wpływają: wysokie ciśnienie krwi, tytoń, a także ryzyka żywieniowe.

³² <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp w dniu 30.04.2020 r.

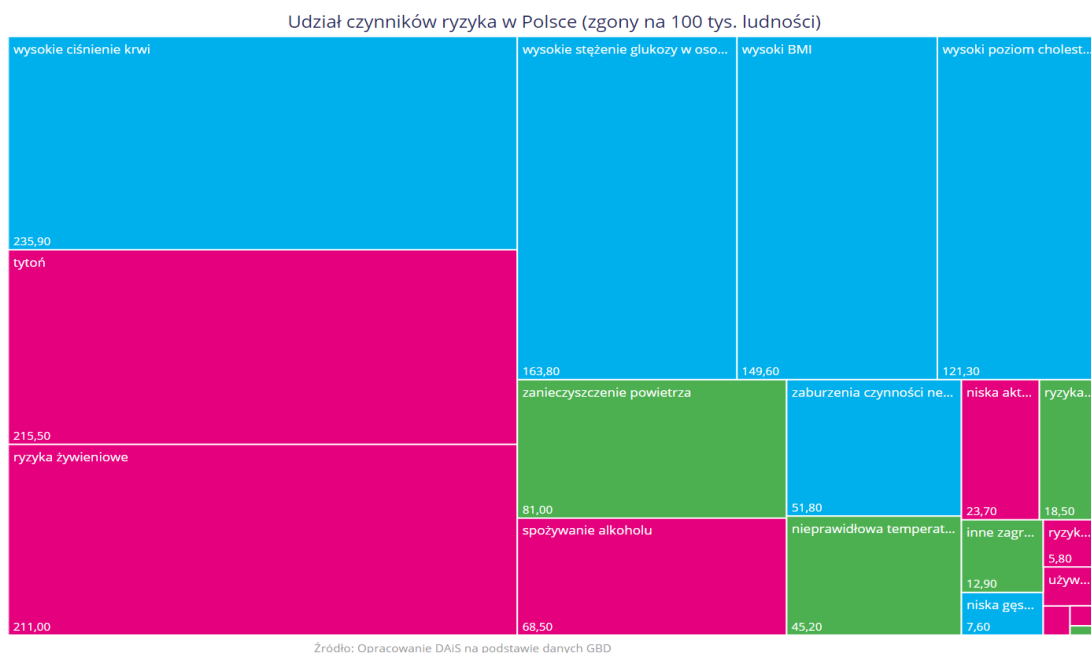
³³ Analizy opracowano na podstawie współczynników surowych.

Rysunek 25. Udział czynników ryzyka w Polsce dla kobiet i mężczyzn łącznie (DALY na 100 000 ludności)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Rysunek 26. Udział czynników ryzyka w Polsce dla kobiet i mężczyzn łącznie (zgony na 100 000 ludności)

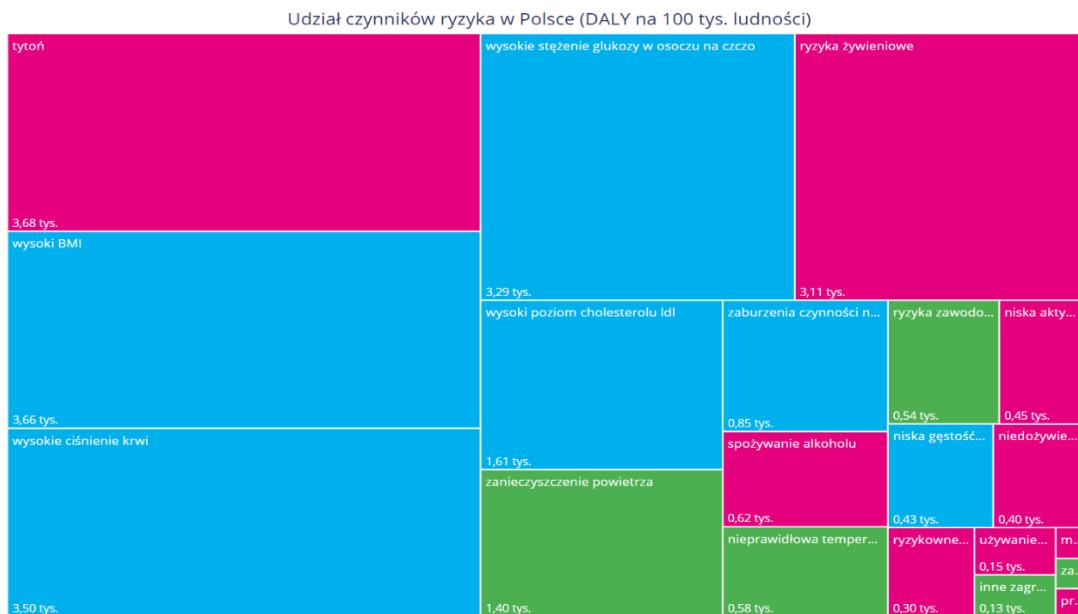


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z GBD IHME

W przypadku mężczyzn tytoń ma ponad dwukrotnie większy wpływ na utratę DALY i zgony niż w przypadku kobiet. Trzecim dominującym czynnikiem ryzyka powodującym utratę DALY, charakterystycznym dla płci męskiej, jest spożywanie alkoholu – przewyższającym wartość

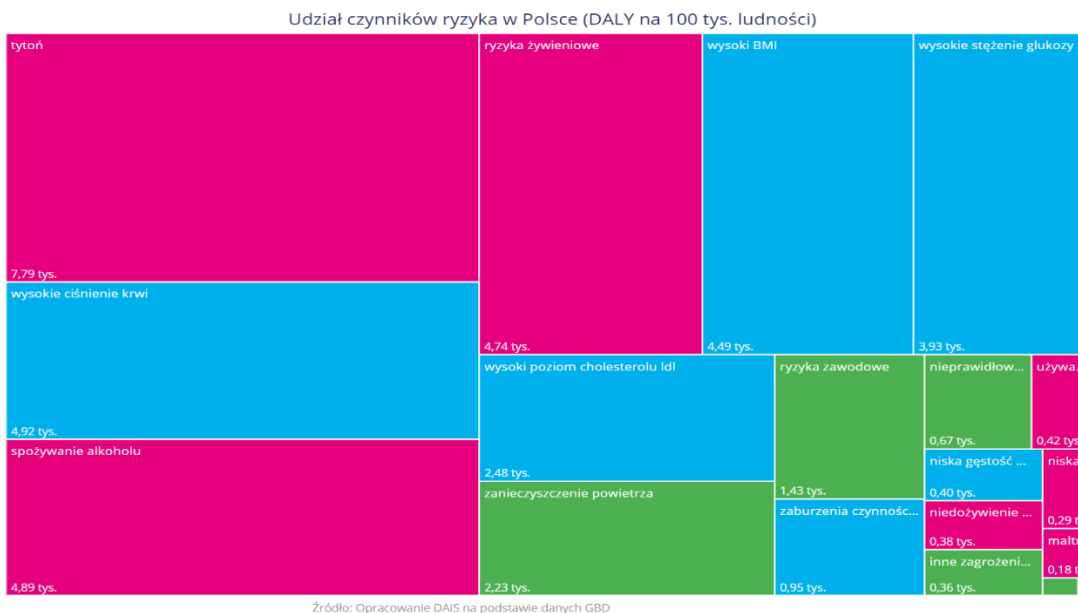
dla kobiet prawie 8-krotnie. Widać zatem, że istotnym problemem w Polsce jest nadużywanie powyższych substancji w szczególności przez mężczyzn.

Rysunek 27. Udział czynników ryzyka w Polsce dla kobiet (DALY na 100 000 ludności)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Rysunek 28. Udział czynników ryzyka w Polsce dla mężczyzn (DALY na 100 000 ludności)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Warto podkreślić, że część czynników metabolicznych mających istotny wpływ na stan zdrowia, np. wysokie ciśnienie krwi, wysoki BMI czy wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo, jest związana z czynnikami behawioralnymi, np. dietą. Tym samym dosyć istotnym problemem są ryzyka żywieniowe, które, według metodyki GBD, są trzecim najbardziej

wpływającym czynnikiem na zgony oraz czwartym najbardziej wpływającym na DALY (mającym niewiele mniejszy wpływ na DALY niż wysoki BMI, znajdujący się na trzecim miejscu, który również jest powiązany z dietą). Warto podkreślić, że ryzyka żywieniowe oraz wysoki BMI mają wyższy udział w DALY u mężczyzn niż u kobiet (odpowiednio o ok. 52% i ok. 23%).

Nieprawidłowe odżywianie może być przyczyną wielu problemów zdrowotnych. Do najczęstszych błędów zalicza się: nieregularne spożywanie posiłków, zbyt niskie spożycie warzyw i owoców, kasz, ryb, mleka i jego przetworów oraz zbyt wysoka konsumpcja mięsa, soli, cukru i słodczy, napojów słodzonych, alkoholu. W związku z aktualizacją zaleceń zdrowego żywienia w 2016 r. w postaci Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej wskazuje się przede wszystkim na potrzebę ograniczania cukrów prostych oraz unikania nadmiaru soli i tłuszczów zwierzęcych w codziennej diecie. Nadmierne spożycie tych składników ma negatywne konsekwencje dla zdrowia i powoduje zwiększone ryzyko występowania chorób dietozależnych, w tym chorób układu krążenia i otyłości³⁴. Należy pamiętać, że nieprawidłowe żywienie jest czynnikiem modyfikowalnym, który wymaga od społeczeństwa zmiany podejścia do sposobu odżywiania. Odpowiednia dieta w połączeniu z aktywnością fizyczną, wyeliminowaniem tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych może zmniejszyć oddziaływanie pozostałych czynników ryzyka.

Kluczowe wydają się działania zmierzające do zmiany stylu życia, któremu już w 1995 r. przypisywano ok. 50% udziału w umieralności. Dla porównania udział czynników biologicznych – 20%, środowiskowych i społecznych – 20%, a systemu ochrony zdrowia – 10%³⁵. Według WHO konsumpcja tytoniu, spożycie alkoholu, nadwaga i otyłość są głównymi problemami z zakresu zdrowia publicznego w Regionie Europejskim WHO i stanowią główne czynniki ryzyka przedwczesnej umieralności z powodu najczęstszych chorób niezakaźnych, tj. chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy i przewlekłych chorób układu oddechowego³⁶.

Zmiany udziałów czynników ryzyka na przestrzeni lat

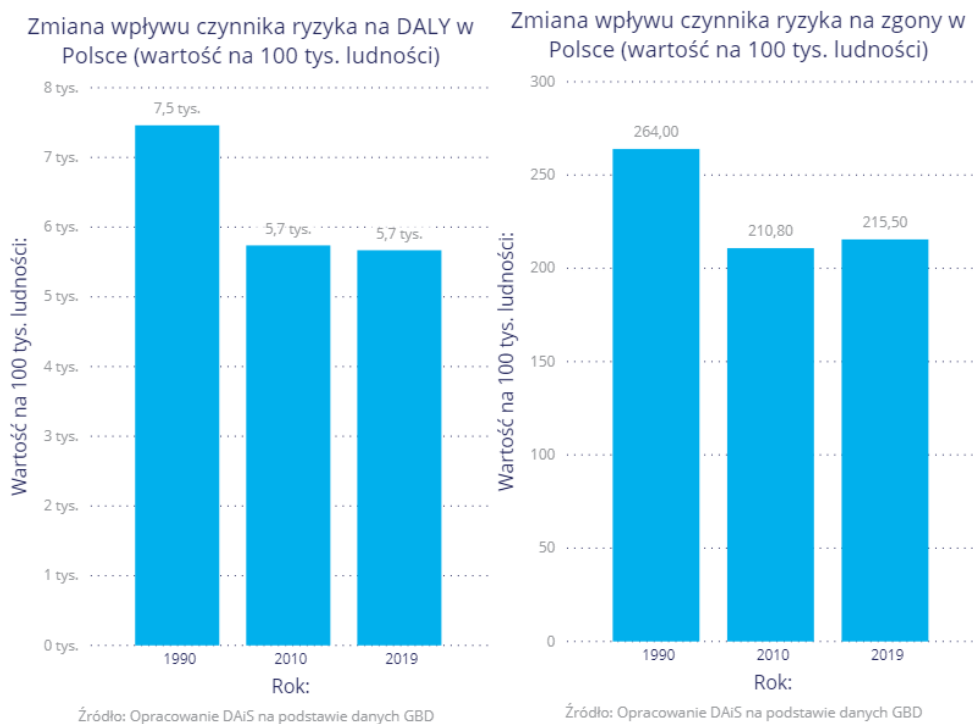
W Polsce w latach 1990-2019 (w przypadku kobiet i mężczyzn łącznie) zmniejszył się wpływ tytoniu na utratę DALY i zgony (odpowiednio o ok. 24% i 18%).

³⁴ <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia-/fakty-i-mity/dieta-polakow-a-zalecenia-----za-tlusto--za-slono--za-slodko-/>, dostęp w dniu 26.06.2020 r.

³⁵ B. Badura, *What is and What Determines Health*. [w:] *Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe*, red. U. Laaser., E. de Leeuw, Ch. Stock, Juventa Verlag, Munchen, 1995.

³⁶ A. Poznańska i in., *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania*, NIZP-PZH, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa 2018, s. 387-410.

Rysunek 29. Zmiana wpływu tytoniu na DALY (wykres po lewej) i zgony (wykres po prawej) w Polsce dla kobiet i mężczyzn łącznie (wartości na 100 000 ludności)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Znaczące zmiany nastąpiły w przypadku mężczyzn, u których wpływ tytoniu na DALY w tym przedziale czasowym zmniejszył się o ok. 29%. Dla porównania u kobiet było to ok. 11%. Niepokojące wydaje się pewne zahamowanie trendu spadkowego w ostatnich latach, tj. od 2010 r., a niekiedy nawet wzrost udziału. W przypadku kobiet od 2010 r. obserwuje się ok. 13% zwiększenie wpływu tytoniu na zgony i ok. 9% na DALY.

Wysokie ciśnienie krwi w latach 1990-2019 zmniejszyło swój udział w utracie DALY o ok. 30%, a w zgonach o ok. 15% (w przypadku kobiet i mężczyzn łącznie). Korzystnych zmian nie zaobserwowano w przypadku wysokiego BMI – udział tego czynnika w DALY zwiększył się od 1990 r. o ok. 2%, a w zgonach o ok. 7%. Zważywszy na to, że jest to trzeci z kolei najbardziej wpływający na utratę DALY czynnik ryzyka pożądanym byłby trend spadkowy.

Dodatkowo warto wspomnieć, że w Polsce na przestrzeni ostatnich 30 lat (w przypadku kobiet i mężczyzn łącznie) znacząco zwiększył się wpływ używania narkotyków na utratę DALY i zgony (odpowiednio o ok. 31% i ok. 51%). Znacząco zmniejszył się udział niedożywienia matek w ciąży (o ok. 72% mniejszy wpływ na DALY i ok. 85% na zgony).

Zróźnicowanie regionalne występowania czynników ryzyka w Polsce

Województwem, w którym czynniki ryzyka miały największy wpływ na utratę DALY i zgony, jest województwo łódzkie. Najmniejszy udział czynników ryzyka w zgonach występuje w województwie pomorskim, a w DALY - w województwie podkarpackim.

Analizując zróżnicowanie regionalne, istotny jest przegląd województw pod kątem czynników ryzyka, które najbardziej przyczyniają się do utraty lat życia w zdrowiu. W przypadku tytoniu najwyższy wpływ na utratę DALY (u kobiet i mężczyzn łącznie) występuje w województwie łódzkim i osiąga wartość o ok. 17% wyższą od wartości dla kraju. Najlepsza sytuacja pod tym względem jest w województwie podkarpackim, w którym traci się o ok. 20% mniej DALY niż w Polsce. Wysokie ciśnienie krwi najwyższy udział w utracie DALY ma w województwie łódzkim (o ok. 21% wartość wyższa od wartości dla kraju), a najmniejszy w województwie pomorskim (o ok. 17% mniej niż średnio w Polsce). Najwięcej lat życia w zdrowiu z powodu wysokiego indeksu BMI traci się w województwie śląskim (o ok. 14% więcej niż w Polsce), a najmniej w województwie podkarpackim (o ok. 15% mniej niż średnio w Polsce).

Analizując zróżnicowanie regionalne czynników ryzyka, warto zwrócić uwagę na spożycie alkoholu. Województwem, gdzie czynnik ten ma zdecydowanie największy wpływ na DALY, jest łódzkie (o ok. 32% więcej niż w Polsce i o ok. 17% więcej niż w województwie śląskim znajdującym się na drugim miejscu). Sytuacja wygląda podobnie w przypadku zgonów – największy wskaźnik występuje w województwie łódzkim i jest o ok. 35% wyższy od wartości dla kraju. Najmniejszy wpływ spożycia alkoholu na DALY i zgony jest w województwie małopolskim (wartości odpowiednio o ok. 22% i ok. 28% niższe od wartości dla kraju).

3.2. Działania z zakresu zdrowia publicznego w celu poprawy, promowania, ochrony i przywracania zdrowia społeczeństwa

Istotny wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa ma prowadzenie spójnej i efektywnej polityki państwa w zakresie zdrowia publicznego. To dziedzina nauki i praktyki, która do realizacji celu wydłużania i poprawy jakości życia obywateli wymaga zbiorowego wysiłku społecznego i współpracy międzysektorowej. Warto podkreślić, że działania z zakresu medycyny naprawczej, czyli zapewnienie dostępu do systemu ochrony zdrowia polegające na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, mogą przyczynić się w ograniczonym stopniu do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Istotne jest zmniejszenie oddziaływania głównych czynników ryzyka, wczesne wykrywanie stanów chorobowych, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych, kreowanie warunków umożliwiających zachowanie i poprawę zdrowia. Interwencje w zakresie zdrowia publicznego to nie tylko programy polityki zdrowotnej, programy zdrowotne oraz kampanie społeczne, lecz także zmiany dotyczące środowiska pracy, nauki i odpoczynku, przyczyniające się do prozdrowotnego stylu życia. Istotne jest zachęcanie do zachowań poprawiających stan zdrowia, zmniejszanie narażenia na czynniki ryzyka. Oprócz edukacji i promocji zdrowia znaczącą rolę odgrywają działania regulacyjne, czyli wszelkie zakazy i nakazy oraz rozwiązania o charakterze fiskalnym. Kluczowa jest jakość tych działań i monitorowanie ich skuteczności w niwelowaniu szkód

zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych powodowanych przez następstwa problemów zdrowotnych.

W związku z tym, że zdrowie publiczne jest dziedziną interdyscyplinarną konieczne jest prowadzenie dialogu i uzyskanie konsensusu różnych środowisk i interesariuszy w uzgodnieniu polityki na rzecz zdrowia. Z powyższych powodów działania z zakresu zdrowia publicznego mają szerszy i bardziej złożony charakter w porównaniu ze świadczeniami zdrowotnymi realizowanymi przez podmioty lecznicze³⁷.

Monitorowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183, z późn. zm.) narzuciła na organy władzy publicznej obowiązek raportowania działań z zakresu zdrowia publicznego do MZ, które działa jako koordynator realizacji NPZ. NPZ to podstawowy dokument zdrowia publicznego, a jego głównymi celami strategicznymi są przede wszystkim: wydłużenie życia Polaków, poprawa jakości ich życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Cele strategiczne można osiągnąć dzięki realizacji celów operacyjnych z zakresu profilaktyki, edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, itp. Działania te mają zmniejszyć największe zagrożenia dla zdrowia społeczeństwa³⁸.

Według przeprowadzonego monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego w 2018 r. podmioty centralne zrealizowały 13 590 zadań, z czego większość była zrealizowana przez stacje sanitarno-epidemiologiczne (ok. 92%). Najwięcej zadań dotyczyło celu operacyjnego NPZ nr 4, tj. *Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki* (ok. 48%), najczęściej trwały one rok (ok. 83%) i były realizowane głównie na poziomie powiatu lub kilku powiatów (ok. 71%). Może to wynikać z faktu, że najczęściej występującym podmiotem realizującym były stacje sanitarno-epidemiologiczne działające lokalnie. Grupą docelową najczęściej były osoby, które można zaliczyć do grupy osób wyselekcjonowanych (ok. 45%), a więc osoby o ściśle określonych cechach, np. osoby narażone na negatywny wpływ miejsca pracy. Podejmowane działania, najczęściej klasyfikowane jako „inne” (ok. 61%) to kontrole, wizytacje, inspekcje oraz działania legislacyjne, ale podejmowano także działania promocyjno-edukacyjne (ok. 44%). Podmiotem finansującym była najczęściej instytucja publiczna inna niż jednostki samorządu terytorialnego (ok. 94%) (w grupie tej najczęściej pojawiającym się realizatorem były stacje sanitarno-epidemiologiczne), a źródłem finansowania był budżet państwa (ok. 99%). Średnio kwota finansowania wynosiła nieco ponad 211 tys. PLN. Podmiotem współfinansującym najczęściej były jednostki samorządu terytorialnego (ok. 44%), a na realizację zadań

³⁷ Uzasadnienie do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916). [http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/Projekty/7-020-1415-2015/\\$file/7-020-1415-2015.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/Projekty/7-020-1415-2015/$file/7-020-1415-2015.pdf), dostęp w dniu 20.06.2020 r.

³⁸ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia-ogloszenia>, dostęp w dniu 22.06.2020 r.

przeznaczono średnio około 790 tys. PLN. Najczęściej wskazywanym źródłem finansowania były własne zasoby finansowe (ok. 76%). Całkowita kwota środków finansowych przeznaczona na działania z zakresu zdrowia publicznego wyniosła ponad 3,1 mld PLN. Największe średnie koszty zostały sprawozdane w przypadku celu operacyjnego nr 5, tj. Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się, które wyniosły blisko 22 mln PLN. Jednostki samorządu terytorialnego zrealizowały w sumie 19 386 zadań, które dotyczyły najczęściej celu operacyjnego NPZ nr 2, tj. *Profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi*. Były to przede wszystkim działania profilaktyczne (ok. 65%), które najczęściej trwały cały rok (ok. 49%). Działania podejmowane przez samorządy przeważnie dotyczyły pojedynczego miasta (ok. 54%) i były skierowane do osób młodych, tj. do dzieci i młodzieży (ok. 26%). Podmiotem finansującym były jednostki samorządu terytorialnego (ok. 87%), a źródłem finansowania były głównie środki własne (ok. 95%). Najczęstszym podmiotem współfinansującym były organizacje pozarządowe (ok. 56%), wskazujące również środki własne jako główne źródło finansowania (ok. 93%). Łączna kwota wydatkowana w 2018 r. przez jednostki samorządu terytorialnego na działania z zakresu zdrowia publicznego to blisko 2,5 mld PLN (na podstawie sprawozdanych danych), a największe koszty zostały poniesione w ramach zadań realizowanych w odniesieniu do celu operacyjnego nr 1, tj. *Poprawy sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa*.

W pierwszej połowie grudnia 2019 r. NIZP-PZH-PIB przeprowadził badanie ankietowe w ramach NPZ na lata 2016-2020. Badanie przeprowadzono wśród realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego, tj. jednostek samorządu terytorialnego, stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz jednostek centralnych. Celem było m.in. wskazanie trudności w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. Większość ankietowanych (48%) określiła te zadania jako trudne w realizacji, najczęściej z powodu ograniczonych środków finansowych, a następnie z powodu ograniczonych zasobów ludzkich i braku zainteresowania ze strony grupy docelowej.

Proces monitorowania i ewaluacji wyżej analizowanych działań, za który odpowiedzialne jest Ministerstwo Zdrowia, prowadzony jest z wykorzystaniem wskaźników dostępnych w ramach systemu statystyki publicznej, przygotowanych w oparciu o dokumenty międzynarodowe. W NPZ wskazano listę wskaźników uniwersalnych, które nie są przyporządkowane do konkretnego celu operacyjnego oraz takie, które są przyporządkowane. Niestety ograniczona jest możliwość wykorzystania większości wskaźników ze względu na czas i brak danych do analizy, co wynika z cyklu prowadzenia badań lub gromadzenia danych. Poza czasem potrzebnym na samą interwencję potrzebny jest również czas na ujawnienie się efektów promocji zdrowia i kształtowania zachowań zdrowotnych. Ocena skuteczności tych działań powinna odbywać się na koniec okresu trwania NPZ lub nawet po jego zakończeniu. Przydatna byłaby również ocena porównawcza

tożsamych działań podejmowanych w poprzednich NPZ, co mogłoby być pomocne w obserwacji długofalowych efektów działań z zakresu zdrowia publicznego³⁹.

Wytyczne dla realizacji programów polityki zdrowotnej

Aby działania z zakresu zdrowia publicznego były jak najbardziej efektywne, zasadnym jest tworzenie dokładnych wytycznych w zakresie metod ich realizacji. Za przykład mogą posłużyć wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej opracowane przez AOTMiT. Rekomenduje się, aby proces planowania rozpocząć od analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikowania obszarów, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie danych problemów zdrowotnych w regionie oraz przedstawiają jego sytuację na tle kraju. Konieczne jest zidentyfikowanie przyczyn zaistniałej sytuacji, a następnie wybranie problemu zdrowotnego, na którym należy skupić dany program. Ważne jest także wstępne określenie populacji docelowej tak, aby odpowiadała ona charakterowi zaplanowanych interwencji oraz określenie możliwości danej jednostki realizującej program. Kolejnym krokiem jest określenie celów oraz wskaźników, które umożliwiają obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Oprócz ewaluacji kluczowe jest także bieżące monitorowanie procesu, co pozwala na kontrolowanie czy program przebiega zgodnie z założonym planem. Miernikiem, który określa utrzymanie korzyści dla zdrowia po zakończeniu realizacji programu, jest trwałość efektów zdrowotnych. Przykładem mogą być regularne cykliczne szczepienia ochronne wśród dzieci, obejmujące całą populację docelową, które pozwolą na uzyskanie trwałej odporności populacyjnej. Jednostki samorządu terytorialnego, projektując programy polityki zdrowotnej, powinny mieć przede wszystkim na uwadze lokalne potrzeby społeczeństwa i w wyniku ich identyfikacji odpowiednio dostosować zakres tematyczny programu⁴⁰.

Wyżej wymienione zasady powinny dotyczyć nie tylko programów realizowanych przez samorządy, lecz także innych działań z zakresu zdrowia publicznego. W dokonaniu rzetelnej ewaluacji i oceny efektywności prowadzonych działań pomocne byłoby jednoznaczne określenie obowiązków i uprawnień administracji publicznej i samorządu terytorialnego w zakresie profilaktyki chorób i promowania zdrowia oraz integracja narzędzi do gromadzenia danych⁴¹. Oparte na dowodach naukowych wytyczne pozwalają na lepsze planowanie działań i efektywniejsze wydatkowanie funduszy, co docelowo prowadzić będzie do poprawienia stanu zdrowia ludności. Aktualnie w NIZP-PZH-PIB budowany jest system

³⁹ E. Bandurska i in., *Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego. Raport za rok 2018 oraz porównanie z latami 2016-2018*, NIZP-PZH, red. A. Czerw, Warszawa 2019, s. 8-85.

⁴⁰ http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/2016/08/Instrukcja_PPZ.pdf, dostęp w dniu 22.06.2020 r.

⁴¹ Rekomendacje dla systemu zdrowia publicznego z Debaty „Wspólnie dla Zdrowia” 2019 r.

“ProfiBaza”, w którym od 2021 r. gromadzone będą dane o realizowanych w Polsce interwencjach zdrowia publicznego, co ułatwi ich planowanie, monitorowanie i ocenę efektów.

3.3. Programy profilaktyczne

Jednym z działań z zakresu zdrowia publicznego przyczyniającego się do redukcji wpływu niektórych czynników ryzyka na zdrowie są programy profilaktyczne. Według danych sprawozdawanych przez realizatorów MZ w 2019 r. przeprowadzono 3 764 programy profilaktyczne. Najwięcej programów w Polsce (909) dotyczyło profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, a ich działaniem objęto średnio ok. 154 tys. osób⁴².

Programy profilaktyczne z zakresu najbardziej obciążających czynników ryzyka

Mając na uwadze znaczenie behawioralnych czynników ryzyka, istotne jest przeanalizowanie programów ukierunkowanych na ich ograniczenie. Działania obejmujące m. in. poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa, a także profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi zostały określone w celach operacyjnych podstawowego dokumentu polityki zdrowia publicznego, tj. Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020⁴³. Poniżej przedstawiono najistotniejsze działania profilaktyczne oddziałujące na styl życia i minimalizujące wpływ najbardziej obciążających zdrowie czynników ryzyka.

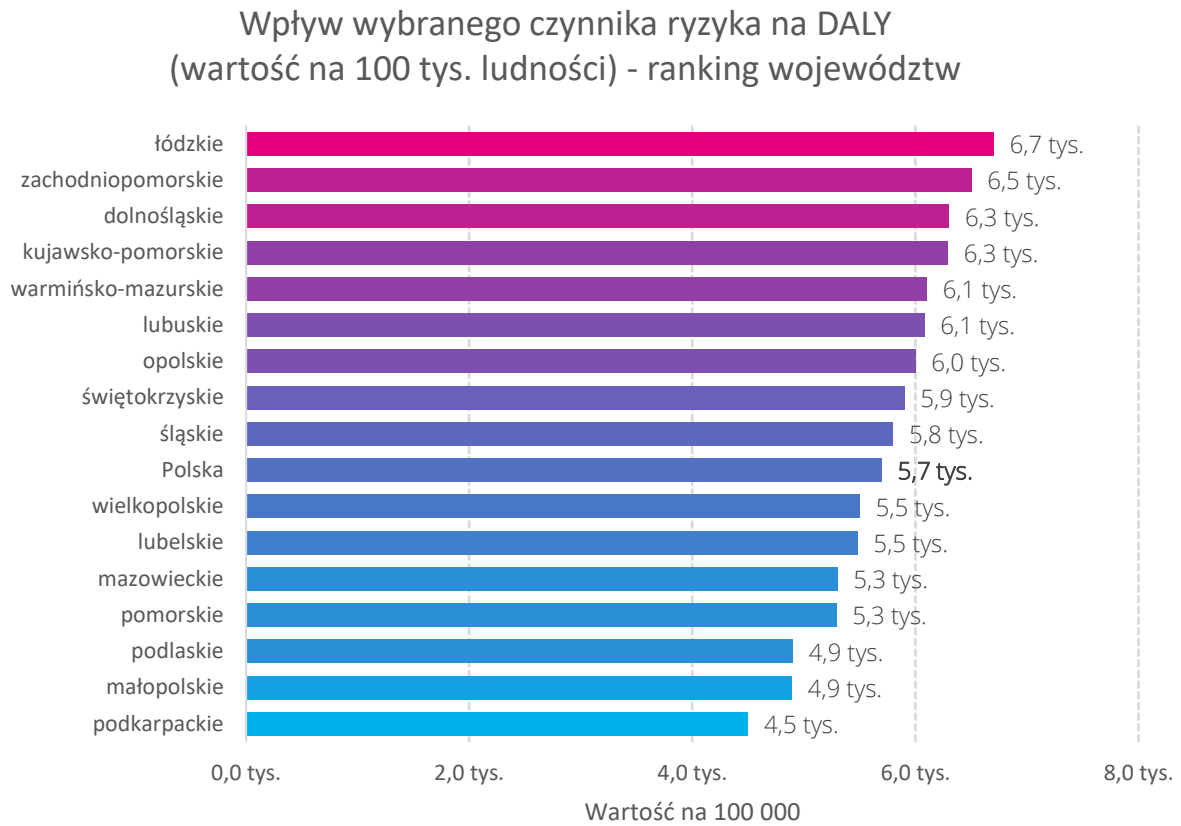
Tytoń jest czynnikiem ryzyka odpowiadającym za najwyższą utratę lat życia w zdrowiu w Polsce, dlatego tak ważne jest podjęcie odpowiednich działań ukierunkowanych na ten problem. Istotne jest przeanalizowanie, jak zabezpieczono poszczególne województwa, a w szczególności te regiony, gdzie udział tytoniu w DALY i w zgonach jest najwyższy.

W województwie podkarpackim, w którym traci się najmniej DALY z powodu palenia tytoniu, w 2019 r. przeprowadzono 79 programów z zakresu profilaktyki palenia tytoniu, których działaniami objęto średnio ok. 9 tys. osób (4. miejsce w kraju). W województwie łódzkim, w którym traci się najwięcej DALY z powodu palenia tytoniu, przeprowadzono tylko jeden taki program. Województwem, w którym działaniami z zakresu profilaktyki tytoniu została objęta największa liczba osób, było województwo dolnośląskie (średnio ok. 25 tys. osób).

⁴² Jest to średnia ważona, gdzie wagą jest liczba programów wybranej kategorii podzielona przez liczbę programów wszystkich kategorii na danym obszarze. Waga została pomnożona przez sumę osób objętych działaniem profilaktycznym z danego zakresu. Pokazuje to jak duży zasięg miał dany program względem wszystkich programów przeprowadzonych na danym obszarze. Działanie to zastosowano, ponieważ jedna osoba mogła być objęta przez kilka programów z danej kategorii i tym samym zostałaby policzona więcej niż jeden raz.

⁴³ A. Poznańska i in., *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania*, NIZP-PZH, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa 2018, s. 388.

Rysunek 30. Wpływ palenia tytoniu na DALY w województwach (kobiety i mężczyźni łącznie) w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Tabela 2. Liczba osób objętych programem z zakresu profilaktyki palenia tytoniu w województwach w 2019 r.

Województwo	Zasięg – średnia liczba osób
dolnośląskie	24 563
małopolskie	21 859
mazowieckie	10 157
podkarpackie	9 492
lubelskie	5 080
lubuskie	1 665
wielkopolskie	637
zachodniopomorskie	477
świętokrzyskie	475
podlaskie	382
warmińsko-mazurskie	140
pomorskie	35
opolskie	9
kujawsko-pomorskie	0
śląskie	0
łódzkie	0

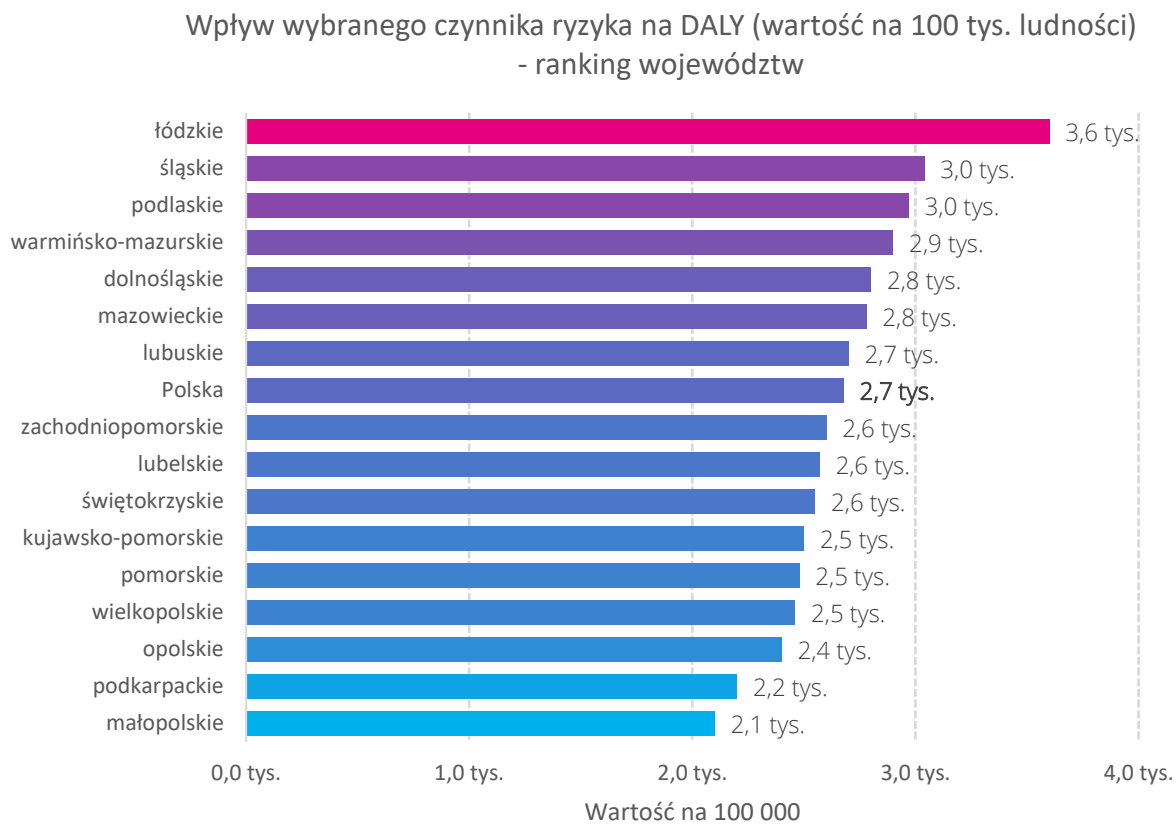
Źródło: opracowanie MZ

Omawiając programy profilaktyczne, należy zwrócić uwagę na działania przyczyniające się do ograniczenia spożycia alkoholu, co jest istotnym problemem w Polsce. W całym kraju przeprowadzono 909 programów z kategorii programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, których działaniami objęto ok. 154 tys. osób. W odniesieniu do palenia tytoniu i spożywania alkoholu warto wspomnieć, że w Polsce przeprowadzono także 370 programów z obszaru profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych, obejmujących swoim działaniem średnio ok. 119 tys. osób.

W województwie małopolskim, w którym udział spożywania alkoholu w DALY jest najniższy, przeprowadzono 48 programów skierowanych tylko w obszar uzależnienia od alkoholu, obejmujących swoim działaniem ok. 3 tys. osób (6 najniższa wartość w kraju) oraz 23 programy profilaktyczne uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych. Programami objęto ok. 2 tys. osób, co stanowi siódmą wartość wśród wszystkich województw.

W województwie łódzkim, gdzie udział tego czynnika w DALY jest najwyższy, przeprowadzono 100 programów z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Ich działaniem objęto ok. 18 tys. osób i jest to trzeci wynik w kraju. Z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych przeprowadzono 26 programów, a ich działaniem objęto ok. 625 osób, co daje jedenaste miejsce w kraju.

Województwem, w którym działaniami z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych objęta została największa liczba osób, było województwo śląskie, a z zakresu programów profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych – województwo warmińsko-mazurskie. Wpływ alkoholu na DALY i zgony w województwie warmińsko-mazurskim był wyższy niż średni notowany w Polsce o ok. 9% i 8%, a w województwie śląskim o ok. 13% i 16%.

Rysunek 31. Wpływ spożywania alkoholu na DALY w województwach (kobiety i mężczyźni łącznie) w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Tabela 3. Liczba osób objętych programem z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwach w 2019 r.

Województwo	Zasięg – średnia liczba osób
śląskie	31 910
mazowieckie	30 624
łódzkie	15 566
lubelskie	11 920
warmińsko-mazurskie	7 774
wielkopolskie	7 377
podlaskie	7 068
podkarpackie	6 405
opolskie	6 228
pomorskie	6 026
małopolskie	2 996
świętokrzyskie	819
dolnośląskie	792
zachodniopomorskie	522
lubuskie	468
kujawsko-pomorskie	127

Źródło: opracowanie MZ

Tabela 4. Liczba osób objętych programem z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych w województwach w 2019 r.

Województwo	Zasięg – średnia liczba osób
warmińsko-mazurskie	246 838
lubelskie	13 585
pomorskie	8 583
kujawsko-pomorskie	7 429
mazowieckie	4 201
śląskie	3 856
małopolskie	2 094
podlaskie	1 960
podkarpackie	1 801
dolnośląskie	1 055
łódzkie	625
świętokrzyskie	498
opolskie	411
zachodniopomorskie	371
lubuskie	288
wielkopolskie	201

Źródło: opracowanie MZ

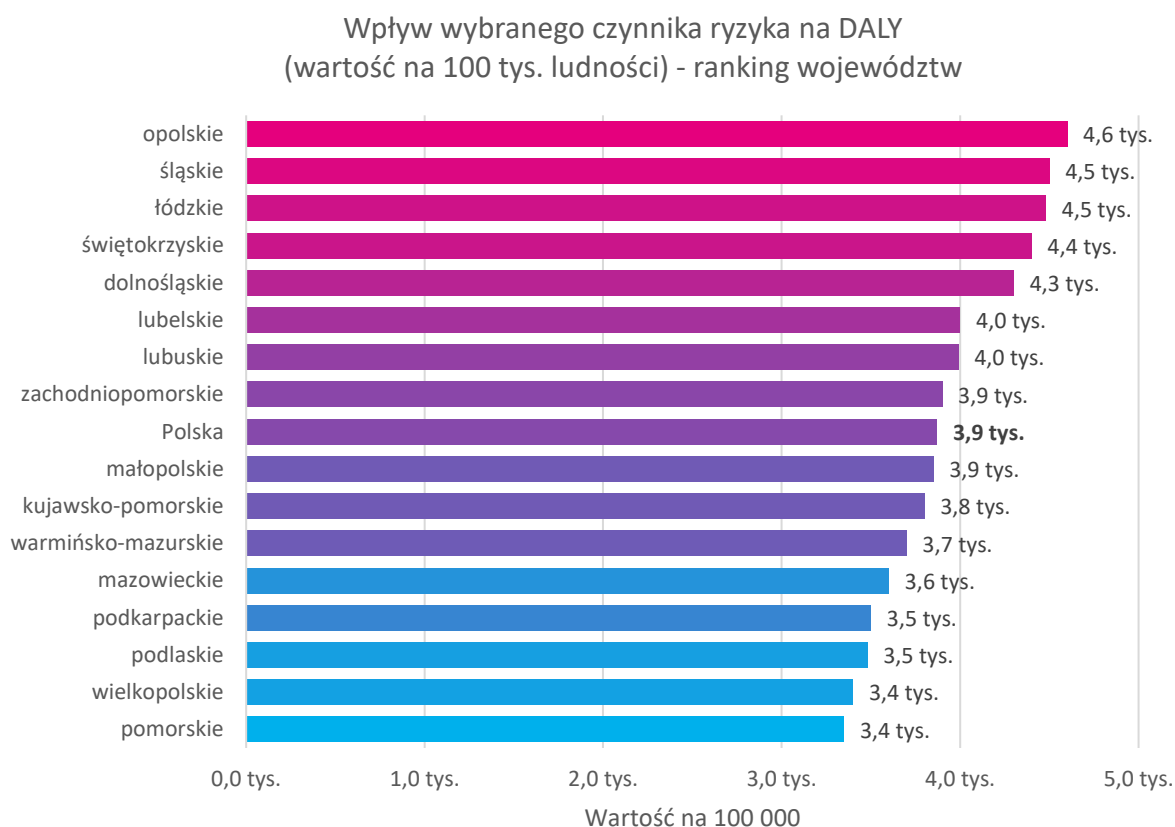
W związku z tym, że ryzyka żywieniowe oraz wysoki BMI są bardzo ważnymi czynnikami, istotne jest prowadzenie działań z zakresu prawidłowego odżywiania. W 2019 r. w Polsce przeprowadzono 251 programów z zakresu nadwagi i otyłości, których działaniem objęto ok. 41 tys. osób.

W województwie pomorskim, w którym ryzyka żywieniowe mają najmniejszy udział w DALY wśród wszystkich województw, działaniami z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości objęto ok. 14 osób (trzecie województwo w kraju z najgorszym wynikiem). W województwie

opolskim, w którym traci się najwięcej DALY z tego powodu, działaniami objęto ok. 2,8 tys. osób (6. miejsce w kraju).

Województwem, w którym działaniami z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości została objęta największa liczba osób, było województwo mazowieckie (średnio ok. 11,4 tys. osób). Jest to trzynaste województwo pod względem najmniejszego udziału ryzyka żywieniowego w utracie DALY.

Rysunek 32. Wpływ ryzyka żywieniowego na DALY w województwach (kobiety i mężczyźni łącznie) w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Tabela 5. Liczba osób objętych programem z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości w województwach w 2019 r.

Województwo	Zasięg – średnia liczba osób
mazowieckie	11 419
podlaskie	9 934
lubelskie	6 110
małopolskie	4 500
łódzkie	3 287
opolskie	2 758
podkarpackie	1 878
śląskie	1 111
dolnośląskie	553
lubuskie	373
zachodniopomorskie	215
wielkopolskie	60
świętokrzyskie	39
pomorskie	14
warmińsko-mazurskie	12
kujawsko-pomorskie	11

Źródło: opracowanie MZ

Analizując działania z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości, warto wspomnieć o działaniach prowadzonych w ramach Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej, czyli projektu realizowanego obecnie przez NIZP-PZH-PIB ze środków NPZ na lata 2016-2020. Są to działania edukacyjne prowadzone poprzez portal internetowy, aplikacje, warsztaty kulinarne dla dzieci, a także bezpłatną internetową poradnię dietetyczną, dzięki której pacjenci z całego kraju mogą od początku 2018 r. korzystać, bez wychodzenia z domu,

z profesjonalnej konsultacji dietetycznej⁴⁴. Warto podkreślić, że prawidłowe nawyki żywieniowe powinny być kształtowane od najmłodszych lat, dlatego bardzo ważne są również działania skierowane do dzieci i młodzieży.

Wśród innych programów profilaktycznych realizowanych w Polsce można np. wymienić programy profilaktyki uzależnień od narkotyków (114 programów, których działaniem objęto ok. 2,6 tys. osób), a także wiele innych programów ukierunkowanych na konkretne problemy zdrowotne np.: choroby nowotworowe, choroby układu sercowo-naczyniowego, WZW, choroby płuc, choroby pasożytnicze, choroby odkleszczowe.

3.4. Badania przesiewowe

Szczególnie ważnym rodzajem profilaktyki wtórnej są badania przesiewowe, które polegają na wczesnym wykrywaniu chorób w celu powstrzymania ich rozwoju. Są to m.in badania w kierunku raka piersi (mammografia) czy szyjki macicy (cytologia), które zostały przeanalizowane poniżej⁴⁵.

Cytologia

Rak szyjki macicy to choroba będąca poważnym problemem na całym świecie. Pomimo znajomości etiologii choroby, dynamiki jej rozwoju, czynników ryzyka, metod diagnostycznych i leczniczych w zbyt wielu przypadkach nowotwór ten jest wykrywany w późnym stadium zaawansowania klinicznego, kiedy leczenie jest mało skuteczne⁴⁶. W Polsce program profilaktyki raka szyjki macicy adresowany jest do kobiet w wieku 25-59 lat, które nie wykonały badania cytologicznego w ciągu ostatnich 3 lat. U kobiet, które są obciążone czynnikami ryzyka, tj. zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV – typem wysokiego ryzyka, badanie wykonuje się co 12 miesięcy⁴⁷.

W 2019 r. w Polsce zostało poddanych badaniom 17,3% rocznej populacji do przebadania w kierunku raka szyjki macicy. Od 2017 r. wartość ta zmniejszyła się o ok. 5%. W 2019 r. do etapu pogłębionej diagnostyki skierowano cztery razy więcej kobiet niż 2 lata wcześniej (wartości te wynosiły: 2017 r. – 128 na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem; 2019 r. – 524 na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem).

W 2019 r. największy odsetek kobiet przebadanych występował w województwie świętokrzyskim (ok. 29 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania) – było to ok. 65%

⁴⁴ <https://ncez.pl/>, dostęp w dniu 26.06.2020 r.

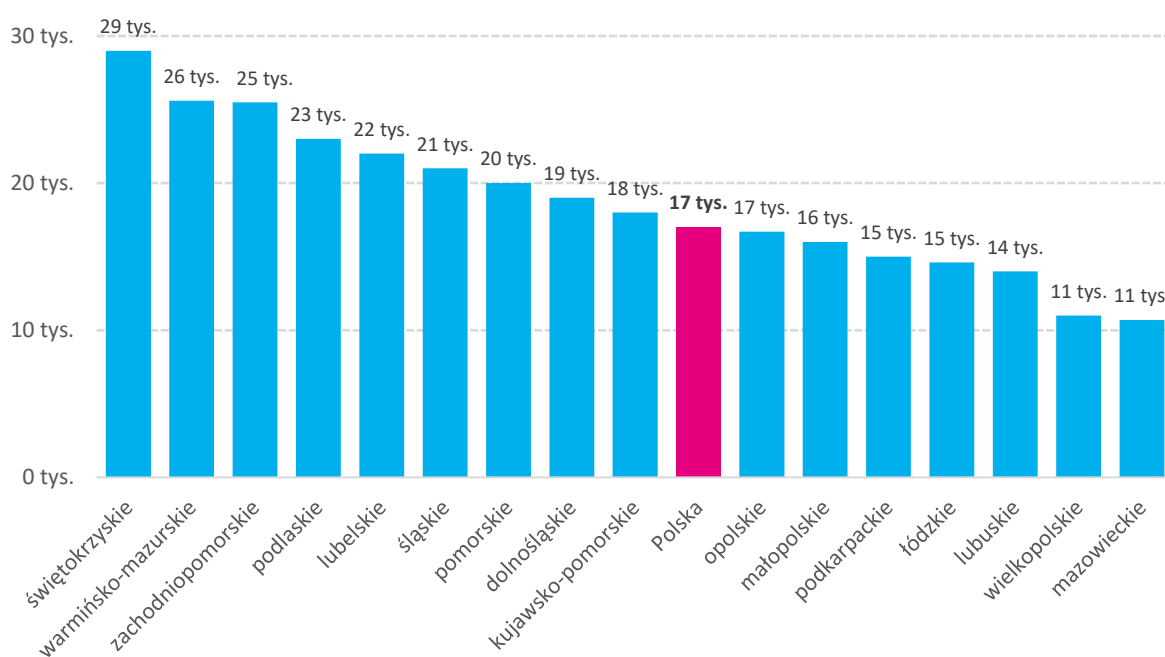
⁴⁵ <https://www.pzh.gov.pl/profilaktyka-chorob-definicja/>, dostęp w dniu 28.04.2020 r.

⁴⁶ O. Adamczyk-Gruszka i in., *Rola badań cytologicznych w profilaktyce raka szyjki macicy*, [w:] *Studia Medyczne*, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, red. S. Głuszka, Kielce 2012, s. 31.

⁴⁷ <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/co-kazdy-pacjent-wiedziec-powinien/profilaktyczne-programy-zdrowotne/>, dostęp w dniu 12.05.2020 r.

więcej niż średnia krajowa. Najmniej kobiet przebadano w województwie mazowieckim - ok. 1,5 razy mniej niż w świętokrzyskim i ok. 55% mniej niż średnia ogólnopolska. Najwięcej kobiet skierowano do etapu pogłębionej diagnostyki w województwie śląskim (ok. 1,8 tys. kobiet na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem) i było to ok. 3,5 razy więcej niż średnia w Polsce, a najmniej w województwie podlaskim (ok. 5 kobiet na 100 tys. przebadanych ogółem)⁴⁸. Analiza danych epidemiologicznych ukazuje, że najwyższą zapadalność i śmiertelność na raka szyjki macicy w 2019 r. zaobserwowano w województwie lubuskim (odpowiednio ok. 19,9 i 12,8 przypadków na 100 tys.), a najniższą w województwie podkarpackim (odpowiednio ok. 12,1 i 8,2 przypadków na 100 tys.).

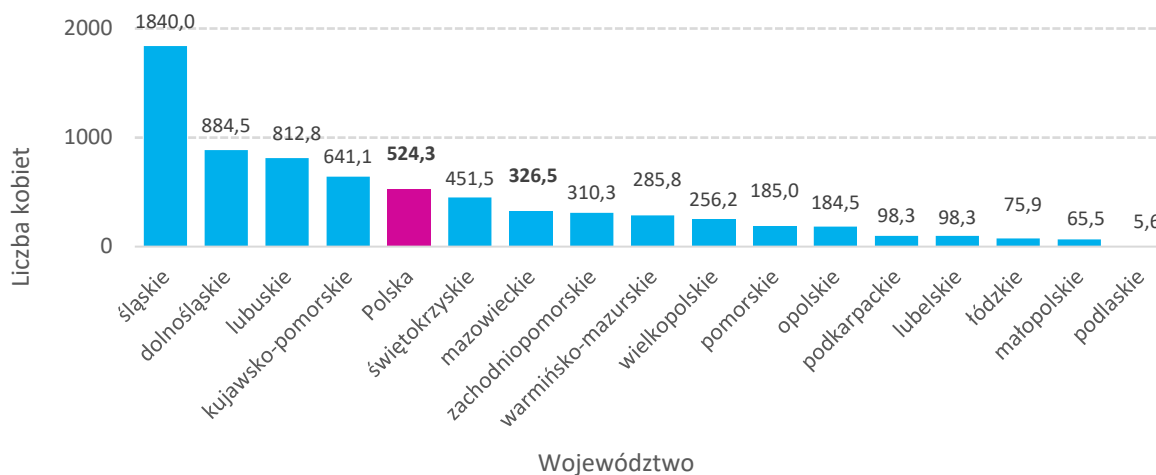
Rysunek 33. Liczba kobiet przebadanych w kierunku raka szyjki macicy w województwach w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SIMP NFZ

⁴⁸ SIMP NFZ.

Rysunek 34. Liczba kobiet przebadanych w kierunku raka szyjki macicy w województwach w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SIMP NFZ

Mammografia

Mammografia jest badaniem umożliwiającym rozpoznanie zmian patologicznych w piersi, co pozwala na wykrycie nowotworu we wczesnym etapie rozwoju. W Polsce prowadzony jest program badań przesiewowych w kierunku raka piersi, który adresowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat, które nie korzystały z programu w ciągu ostatnich 2 lat. W przypadku kobiet, u których rak piersi wystąpił wśród członków rodziny (u matki, siostry lub córki) oraz wykryto mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA, badanie wykonuje się raz w roku. Program realizowany jest w dwóch trybach, tj. w trybie ambulatoryjnym i w trybie mobilnym (mammobusy)⁴⁹.

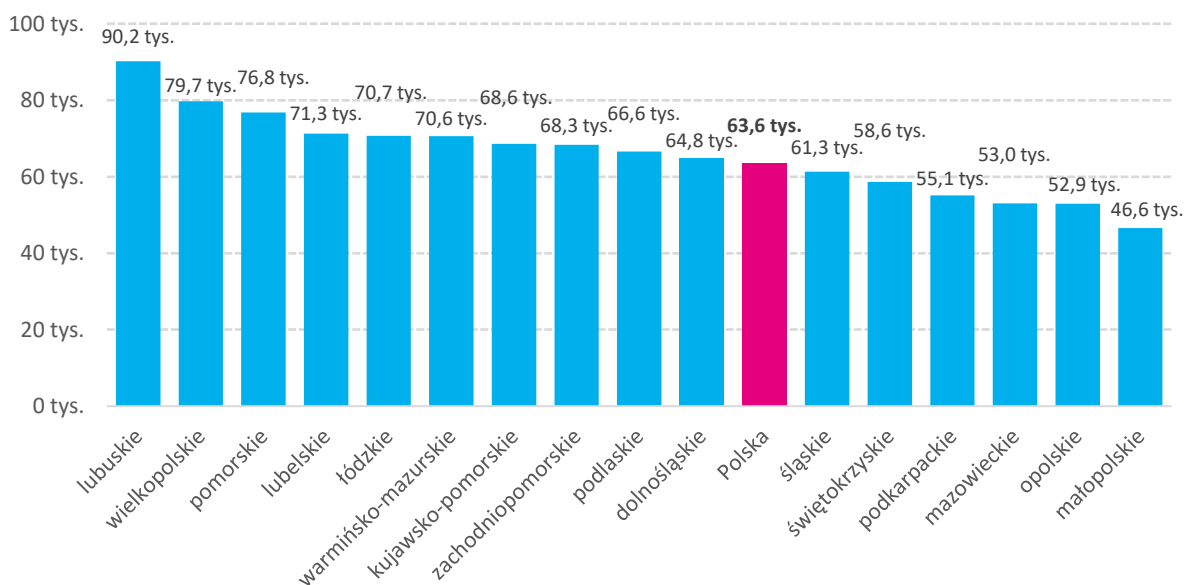
W 2019 r. w kierunku nowotworu piersi przebadano prawie 64% rocznej populacji klasyfikowanej do przebadania (odsetek zgłaszalności wyższy niż w przypadku badań cytologicznych). Od 2017 r. wartość ta zmniejszyła się o ok. 1%. W 2019 r. do etapu pogłębionej diagnostyki skierowano o ok. 3% mniej przebadanych niż 2 lata wcześniej (wartości te wynosiły: 2017 r. - 3,3 tys. na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem; 2019 r. – 3,2 tys. na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem).

W podejściu regionalnym w 2019 r. najwięcej kobiet zgłosiło się do screeningu w województwie lubuskim (90,2 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania) i jest to wartość o ok. 42% wyższa od średniej dla kraju. Najmniej kobiet przebadano w województwie małopolskim – ok. 27% mniej niż średnio w Polsce i ok. 48% mniej niż w województwie lubuskim. Najwięcej kobiet skierowano do etapu pogłębionej diagnostyki

⁴⁹ <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/co-kazdy-pacjent-wiedziec-powinien/profilaktyczne-programy-zdrowotne/>, dostęp w dniu 12.05.2020 r.

w województwie podkarpackim (ok. 5,1 tys. kobiet na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem) i było to ok. 60% więcej niż średnia krajowa, a najmniej w województwie zachodniopomorskim (ok. 2 tys. kobiet na 100 tys. przebadanych ogółem, co stanowi wartość o ok. 36% mniejszą niż średnio w kraju i prawie 2,5 razy mniejszą niż w województwie podkarpackim)⁵⁰. Dane epidemiologiczne wskazują, że najwyższą zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w 2019 r. zaobserwowano w województwie łódzkim (ok. 111,8 przypadków na 100 tys.) a najniższą w województwie podlaskim (ok. 72,6 przypadków na 100 tys.). Największy odsetek zgonów wystąpił w województwie kujawsko-pomorskim (ok. 43,6 przypadków na 100 tys.), a najmniejszy, podobnie jak w przypadku zapadalności, w województwie podlaskim (ok. 31,1 przypadków na 100 tys.). Prognozuje się, że w 2028 r. zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w Polsce będzie o ok. 16% wyższa niż w 2019 r., a odsetek zgonów wzrośnie o ok. 9%.

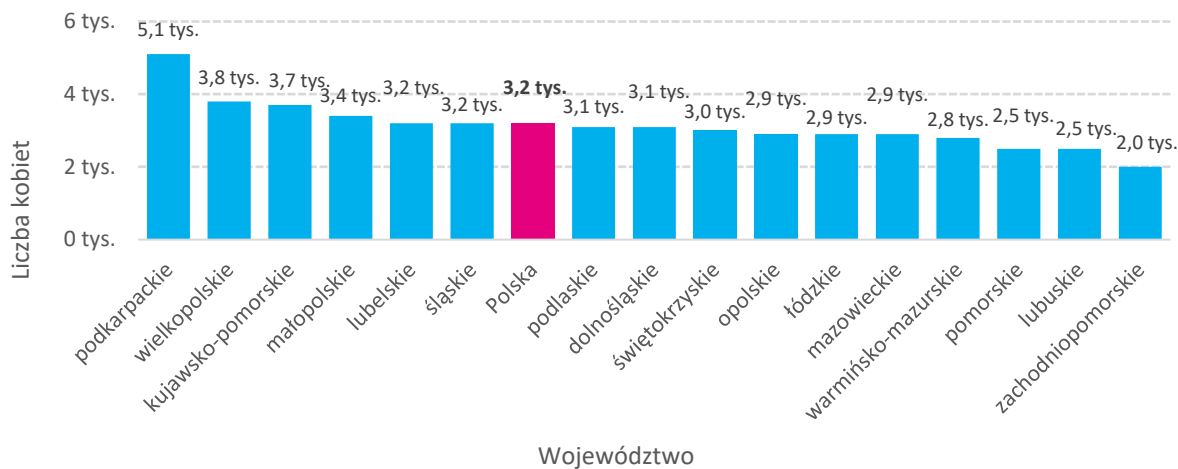
Rysunek 35. Liczba kobiet przebadanych w kierunku raka piersi w województwach w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SIMP NFZ

⁵⁰ SIMP NFZ.

Rysunek 36. Liczba kobiet badanych w etapie pogłębionej diagnostyki w województwach w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SIMP NFZ

3.5. Podsumowanie

Analizując czynniki ryzyka, należy podkreślić, że istotne jest podjęcie odpowiednich działań mających na celu ograniczenie udziału czynników behawioralnych w DALY i zgonach. Działania te powinny obejmować m.in. propagowanie zdrowego stylu życia, poprawę sposobu odżywiania, zwiększenie aktywności fizycznej, a także profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami. Ważnym elementem jest efektywna edukacja zdrowotna polskiego społeczeństwa – należy uświadamiać, jakie zachowania mogą pozytywnie wpłynąć na stan zdrowia, a które mogą zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia danego problemu zdrowotnego.

Pozostałe grupy czynników ryzyka mają również bardzo istotny wpływ na stan zdrowia. Występuje szereg powiązań pomiędzy różnymi rodzajami czynników, np. wysokie ciśnienie krwi, wysoki BMI czy wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo jest związane z czynnikami behawioralnymi. Tym samym należy podjąć interwencje ukierunkowane również na grupę metabolicznych i środowiskowo/zawodowych czynników ryzyka. W analizach szczegółowych należy przede wszystkim zwrócić uwagę na problem palenia tytoniu. Pomimo zmniejszającego się znaczenia oraz realizacji znacznej liczby programów profilaktyki jest to czynnik, który w dalszym ciągu odpowiada za największą część utraconych lat życia w zdrowiu Polaków.

Istotnymi problemami są także spożywanie alkoholu (szczególnie przez mężczyzn) oraz nieprawidłowe odżywianie, które znacząco wpływają na utratę lat życia w zdrowiu. Dlatego też tak istotnym jest przeciwdziałanie tym problemom. Odpowiedzią na negatywny wpływ czynników ryzyka są działania z zakresu zdrowia publicznego, polegające na profilaktyce oraz promocji zdrowia, których cele sprowadzają się do wydłużenia życia i życia w zdrowiu polskiego społeczeństwa. Przykładem takich działań są prawidłowo rozlokowane i dopasowane do potrzeb zdrowotnych programy profilaktyczne. Jeżeli chodzi o profilaktykę

wtórna, to jej istotnym elementem są badania przesiewowe, które zapobiegają konsekwencjom chorób poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie. W zakresie cytologii i mammografii analiza wskazała, że konieczne jest podjęcie działań, które poprawią zgłaszalność kobiet na badania. Pozwoliłoby to na częstsze diagnozowanie nowotworów piersi oraz szyjki macicy we wczesnych stadiach i tym samym zwiększyłoby szansę kobiet na powrót do zdrowia.

3.6. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Dominującą grupą czynników ryzyka wpływającą na DALY i zgony w Polsce są czynniki behawioralne, które są związane ze stylem życia. Ich negatywny wpływ na zdrowie może zostać ograniczony przez świadome działania człowieka. Wyniki ankiety przeprowadzonej przez NIZP-PZH-PIB w 2018 r. pokazują, że społeczeństwo nie jest świadome, że własne zachowanie jest najważniejszym czynnikiem decydującym o stanie zdrowia. W 2019 r. czynniki behawioralne miały o ok. 26% mniejszy wpływ na utratę DALY w UE niż w Polsce. Natomiast w Polsce w 2019 r. grupa tych czynników odpowiadała za utratę ok. 49% lat przeżytych w zdrowiu oraz ok. 44% zgonów.

Ze względu na to, że działanie większości czynników ryzyka można określić jako wielowymiarowe, istotne jest ograniczenie wpływu dwóch pozostałych grup, tj. czynników metabolicznych oraz środowiskowo/zawodowych.

Obecnie problem palenia tytoniu jest jednym z najistotniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego. Tytoń jest czynnikiem ryzyka najbardziej wpływającym na DALY – jego udział jest o ok. 35% wyższy niż udział wysokiego ciśnienia krwi znajdującego się na drugim miejscu. Stanowi też znaczny udział w zgonach (na drugim miejscu w rankingu, ale udział nieznacznie mniejszy niż wysokie ciśnienie krwi znajdujące się na 1. miejscu). W porównaniu do UE udział tytoniu w DALY w 2017 r. był o 50% wyższy. W przypadku mężczyzn tytoń wpływa ponad dwa razy bardziej na utratę DALY i zgony niż w przypadku kobiet. Udział tego czynnika w omawianych wskaźnikach rośnie w przypadku kobiet od 2010 r. W odpowiedzi na problem palenia tytoniu, w 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej przeprowadzono 381 programów z zakresu profilaktyki palenia tytoniu.

Alkohol jest drugim dominującym czynnikiem ryzyka w utracie DALY u mężczyzn – jego udział jest prawie ośmiokrotnie wyższy niż w przypadku kobiet. W odpowiedzi na ten czynnik przeprowadzono w 2019 r. 1 279 działań profilaktycznych obejmujących swoim zakresem problem nadużywania alkoholu. Kluczowymi czynnikami ryzyka są również nieprawidłowa dieta oraz wysoki BMI, które istotnie przyczyniają się do wystąpienia lub nasilenia licznych problemów zdrowotnych.

Działania z zakresu zdrowia publicznego są bardzo liczne, podejmowane przez wiele instytucji administracji rządowej i samorządowej. Podmioty realizujące działania z zakresu zdrowia publicznego określają te zadania jako trudne w realizacji, najczęściej z powodu

ograniczonych środków finansowych, a następnie z powodu ograniczonych zasobów ludzkich i braku zainteresowania ze strony grupy docelowej.

Luki w działaniach profilaktycznych na poziomie lokalnym ograniczają realizację celu zapewnienia równego dostępu do profilaktyki. Niektóre województwa są niezabezpieczone w działania profilaktyczne, które byłyby odpowiedzią na regionalne potrzeby zdrowotne.

Zgłaszalność na badania przesiewowe jest niska, a w szczególności na badania cytologiczne (ok. 17,3% w 2019 r.). W latach 2017-2019 zgłaszalność zmniejszyła się o ok. 5%, a na pogłębioną diagnostykę skierowano aż trzy razy więcej kobiet. W mniejszym stopniu, bo o 1%, zmniejszyła się zgłaszalność kobiet na mammografię. Porównując zgłaszalności na oba badania występuje duże zróżnicowanie pomiędzy województwami.

3.7. Rekomendowane kierunki działań

- prowadzenie działań opartych na dowodach naukowych w zakresie promowania zdrowego trybu życia, budowania kompetencji zdrowotnych w celu ograniczenia wpływu behawioralnych czynników ryzyka, ale także pozostałych grup czynników ryzyka na utratę lat życia w zdrowiu i zgony;
- dążenie do uzyskania średnich wartości notowanych dla UE, które są korzystniejsze niż dla Polski;
- dopasowanie działań z zakresu zdrowia publicznego do potrzeb zdrowotnych danego regionu oraz monitorowanie skuteczności tych działań poprzez systematyczne analizowanie wskaźników zdrowotnych i innych, zdefiniowanych efektów takich działań; zapewnienie powszechnego dostępu do tych działań;
- dopasowanie programów profilaktycznych do czynników ryzyka najbardziej obciążających populację danego regionu;
- podjęcie skutecznych działań z zakresu:
 - 1) profilaktyki palenia tytoniu (część z tych programów powinna być skierowana do kobiet, wśród których problem ten narasta oraz do młodzieży),
 - 2) profilaktyki nadmiernego spożywania alkoholu (w szczególności wśród grup najbardziej zagrożonych negatywnym wpływem tego czynnika),
 - 3) promowania prawidłowego sposobu odżywiania i zapobiegania nadwadze i otyłości (szczególnie wśród mężczyzn oraz dzieci i młodzieży);
- przeprowadzanie cyklicznych badań stanu zdrowia na reprezentatywnej grupie społeczeństwa, pozwalające oceniać trendy epidemiologiczne; aby dobrze zaplanować profilaktykę, warto obserwować jak zmieniają się zachowania zdrowotne społeczeństwa;
- wzmacnianie działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz jednostek samorządu terytorialnego poprzez tworzenie jednostek koordynujących lub tworzenie

mechanizmów systemowych pozwalających na koordynowanie działań prozdrowotnych realizowanych w powiatach i gminach;

- zapewnienie spójności i ciągłości pomiędzy działaniami promującymi zdrowie i działaniami profilaktycznymi a działaniami medycyny naprawczej. Bardzo ważną funkcję w profilaktyce i koordynacji powinny pełnić zespoły POZ uzupełnione o specjalistów z zakresu zdrowia publicznego. W zakresie kompetencji tych zespołów powinna znaleźć się promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna;
- zapewnienie odpowiedniego finansowania działań z zakresu zdrowia publicznego. Słusznym rozwiązaniem byłby mechanizm finansowania, który łączyłby istniejące, rozproszone obecnie źródła finansowania tych działań;
- wprowadzenie jasnych wytycznych i określenie obowiązków podmiotów realizujących działania z zakresu zdrowia publicznego. Należy zapewnić im wsparcie w procesie planowania i przeprowadzania działań, a także określić zasady monitorowania procesów i ewaluacji wyników. Istotna jest efektywna współpraca pomiędzy administracją rządową i samorządową. Wsparcia wymagają w szczególności jednostki samorządu terytorialnego (pomocne byłoby np. dostarczenie gotowych do wdrożenia programów (z różnych zakresów zdrowia publicznego) opartych o podstawy naukowe i przynoszących pozytywne wyniki w oparciu o pilotaże);
- podjęcie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe. Przede wszystkim należy poprawić zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne, ale również mammograficzne. Ważne, aby badania były wykonywane regularnie, co w połączeniu z profilaktyką raka szyjki macicy i raka piersi (zdrowy styl życia) pozytywnie wpłynęłoby na wskaźniki epidemiologiczne. Dzięki temu zmniejszyłby się również odsetek kobiet kierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki.

4. Podstawowa opieka zdrowotna

POZ stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub udzielane są mu świadczenia bez wymaganego skierowania lekarskiego, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Lekarz POZ odpowiada również za dalsze pokierowanie pacjenta po systemie – do specjalisty czy na rehabilitację.

Celem POZ jest:

- zapewnienie opieki zdrowotnej nad pacjentem i jego rodziną;
- koordynacja opieki zdrowotnej nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia;
- ocena potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;
- rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
- zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa;
- zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

Każda pełnoletnia osoba ubezpieczona ma prawo do swobodnego wyboru lekarza POZ oraz pielęgniarki i położnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego. Wybór swój potwierdza składając deklarację wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ (każdą z deklaracji pacjent ma prawo złożyć osobno, również w różnych placówkach POZ).

Lekarz POZ planuje i realizuje opiekę lekarską nad ubezpieczonym oraz koordynuje udzielanie świadczeń przez współpracujący z nim personel medyczny. Jeśli stan zdrowia pacjenta wymaga dalszych badań i leczenia u lekarza specjalisty lub leczenia szpitalnego, lekarz wydaje niezbędne skierowania. Świadczenia lekarza mogą być realizowane w gabinecie, jak również w domu pacjenta.

Pielęgniarka POZ planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgnarską w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, świadczeń diagnostycznych, świadczeń leczniczych, świadczeń rehabilitacyjnych nad zdrowymi i chorymi. Na podstawie zleceń lekarza wykonuje zastrzyki i zabiegi w gabinecie pielęgniarki POZ, a także gdy istnieje do tego wskazanie - w domu pacjenta. Od 2014 r. pielęgniarka POZ, po uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji, ma prawo ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki

odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, a także ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty. Te prawa i możliwości w zdecydowany sposób odciążają pracę lekarzy POZ.

Położna POZ realizuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną obejmującą opiekę nad kobietą w każdym okresie jej życia, tj. edukację w zakresie planowania rodziny, opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu, opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem, opiekę w chorobach ginekologicznych. Podejmuje działania w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego.

Pielęgniarka szkolna obejmuje opieką dzieci i młodzież objętą obowiązkiem szkolnym, począwszy od oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych do ostatniej klasy szkoły ponadpodstawowej, z wyłączeniem szkół dla dorosłych, tj. wykonuje i interpretuje testy przesiewowe, kieruje postępowaniem poprzesiewowym oraz sprawuje opiekę nad uczniami z dodatnimi wynikami testów, prowadzi czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi, sprawuje opiekę nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnościami, udziela pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc, prowadzi doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, edukuje m.in. w zakresie zdrowia jamy ustnej, bierze udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

Ubezpieczeni w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia w nocy oraz w dni świąteczne mają prawo bezpłatnie skorzystać ze świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Świadczenia te, realizowane przez lekarzy i pielęgniarki, udzielane są bez skierowania. Ubezpieczeni mogą korzystać z pomocy dowolnego punktu NiŚOZ. Z pomocy lekarza i pielęgniarki w nocy, w dni wolne i święta można skorzystać w razie:

- zaostrzenia dolegliwości znanej choroby przewlekłej (np. kolejny napad astmy oskrzelowej z umiarkowaną dusznością),
- infekcji dróg oddechowych z wysoką gorączką (wyższą niż 39°C), szczególnie u małych dzieci i ludzi w podeszłym wieku,
- bólów brzucha, nieustępujących mimo stosowania leków rozkurczowych,
- bólów głowy, nieustępujących mimo stosowania leków przeciwbólowych,
- biegunki lub wymiotów, szczególnie u dzieci lub osób w podeszłym wieku,
- zatrzymania wiatrów, stolca lub moczu,
- nagłego bólu krzyża, kręgosłupa, stawów, kończyn itp.,
- zaburzeń psychicznych (z wyjątkiem agresji lub dokonanej próby samobójczej – wtedy należy wezwać pogotowie ratunkowe).

Jeśli jest taka potrzeba, poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wydaje pacjentowi zwolnienie lekarskie. Lekarze NiŚOZ nie wydają zwolnienia lekarskiego na zlecenie innego lekarza, np. SOR. Pacjent otrzymuje zwolnienie od lekarza, który zaordynował leczenie.

W pewnych określonych sytuacjach pacjentowi przysługuje bezpłatny lub częściowo płatny transport sanitarny, np. gdy zachodzi konieczność leczenia określonego schorzenia w innej placówce leczniczej lub przewozu z miejsca zamieszkania na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym (do szpitala) lub też przewozu z miejsca zamieszkania w celu wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z leczenia prowadzonego przez lekarza POZ. Ponadto w związku z korzystaniem – z przyczyn losowych – ze świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz w związku z leczeniem na terenie kraju, gdy z przyczyn uzasadnionych medycznie pacjent musi skorzystać ze świadczeń konkretnej poradni specjalistycznej oddalonej od miejsca zamieszkania o więcej niż 120 km, przysługuje mu transport sanitarny „daleki” w POZ. Aby z niego skorzystać, pacjent (lub ktoś z rodziny bądź opiekun prawny) występuje z wnioskiem do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ o przyznanie takiego transportu.

Podstawą finansowania POZ jest kapitacyjna stawka roczna, czyli tzw. ryczałt za osobę na liście aktywnej pacjentów. Od 1 października 2020 r. stawki te wynoszą:

- 1) dla lekarza POZ – 171 PLN,
- 2) dla pielęgniarki POZ - 41,76 PLN,
- 3) dla położnej POZ - 27,60 PLN
- 4) dla pielęgniarki szkolnej - 90,12 PLN.

Dodatkowe źródła finansowania stanowią: budżet powierzony (środki przeznaczone na zapewnienie opieki koordynowanej), opłata zadaniowa (dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej) oraz dodatek motywacyjny za wynik leczenia i jakość opieki.

Sprawdzeniem założeń ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050), dotyczących przede wszystkim opieki skoordynowanej jest realizacja programu pilotażowego POZ PLUS⁵¹ współfinansowanego ze środków UE w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w latach 2014-2020. Projekt realizowany będzie do 31 grudnia 2021 r. Założeniem modelu jest skoncentrowanie działań zespołu pracowników medycznych na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjentów objętych opieką lekarza POZ oraz ich realizacja w sposób kompleksowy, planowany, ciągły i zintegrowany. Udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków europejskich w ramach projektu obejmuje m.in. wykonywanie bilansów zdrowia dla dorosłych oraz prowadzenie szeroko zakrojonych działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki zdrowotnej. Świadczenia finansowane ze środków właściwego oddziału

⁵¹ Pełna nazwa projektu: Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS.

wojewódzkiego NFZ obejmują program zarządzania chorobą w 11 chorobach przewlekłych, dotyczą m.in. astmy, bólu kręgosłupa i cukrzycy, na które najczęściej leczą się Polacy.

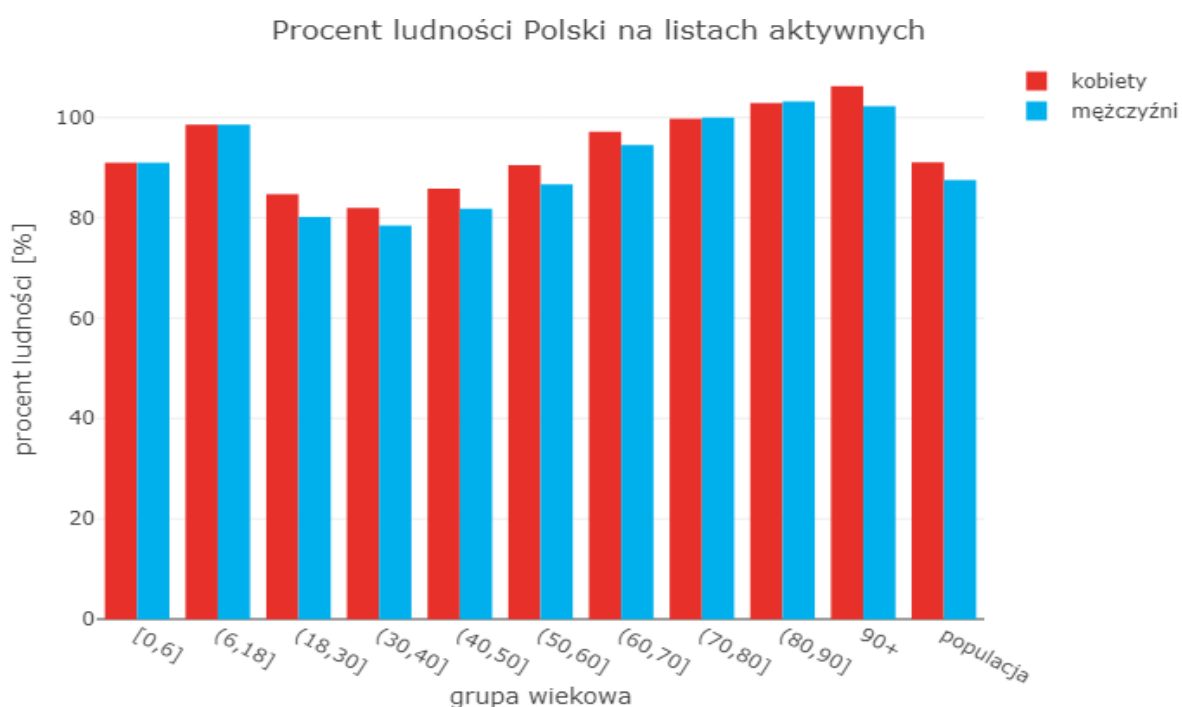
Niezwykle trudne jest porównanie międzynarodowe w przypadku POZ, ponieważ każdy kraj organizuje ten zakres opieki na swój sposób. Państwa UE ze względu na pozycję POZ i jej relację z opieką specjalistyczną można podzielić na dwie grupy: państwa, gdzie POZ stanowi fundament całego systemu i jego pozycja jest ugruntowana, jak np. Wielka Brytania, Finlandia, Dania, Szwecja i Holandia, oraz kraje, w których nie ma wyraźnego podziału między opieką podstawową i opieką specjalistyczną, a pozycja POZ jest wyraźnie słabsza, jak np. Niemcy, Austria, Francja, Belgia.

4.1. Wyniki analiz

Listy aktywne

W ostatnich w latach liczba osób zapisanych do POZ nieznacznie wzrosła. W 2019 r. na listach aktywnych widniało 34,29 mln Polaków, co stanowi 89,35% populacji kraju. Dla porównania w 2016 r. do POZ zapisanych było 34,24 mln osób (89,10% populacji kraju). Rozkład procentowy liczby pacjentów zapisanych do POZ względem wieku i płci nie jest jednostajny. Jedynie 78,42% mężczyzn w grupie wiekowej 30-40 lat pojawia się na liście aktywnej (podobnie jak 81,95% kobiet). Z drugiej strony dla kobiet w wieku 60-70 lat wartość ta sięga 97,13%.

Rysunek 37. Procent ludności na listach aktywnych w podziale na płeć i grupy wiekowe w 2019 r.

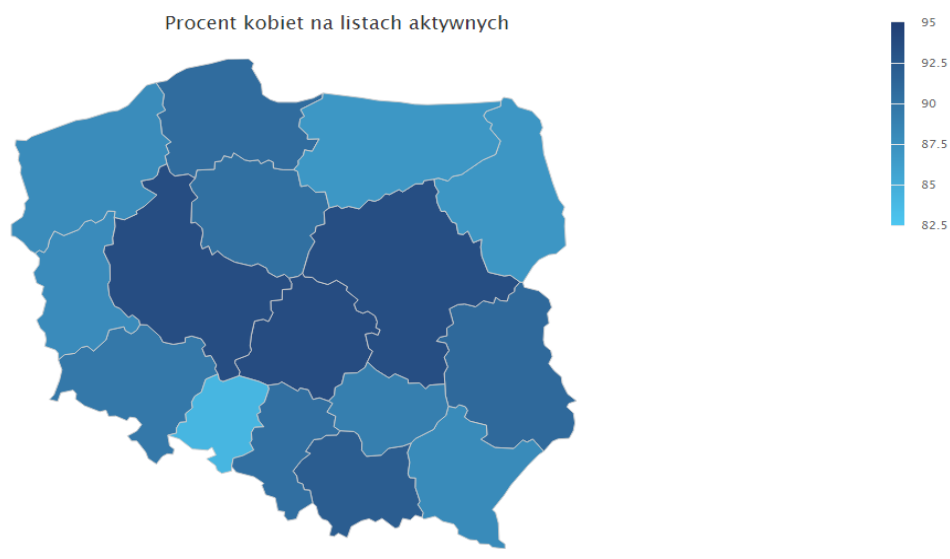


Źródło: opracowanie MZ na podstawie list aktywnych NFZ i danych demograficznych GUS

W przypadku liczby ludności zapisanej do POZ w podziale na wieś i miasto, istnieją zauważalne różnice. 91,47% populacji miejskiej oraz 86,16% populacji zamieszkującej tereny wiejskie widniało na listach aktywnych POZ.

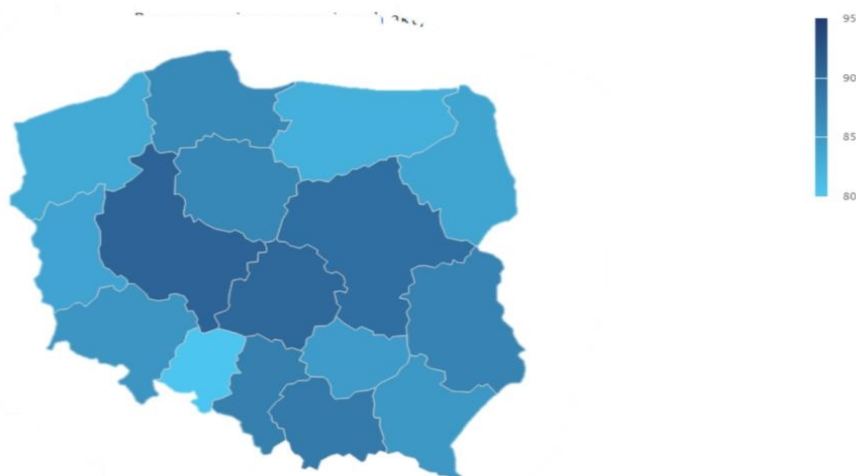
Analizując rozkład względem województw, wartości wahają się w przypadku kobiet od 84,39% w województwie opolskim do 93,82% w województwie łódzkim, a w przypadku mężczyzn od 80,58% w województwie opolskim do 91,29% w województwie wielkopolskim.

Rysunek 38. Procent kobiet na listach aktywnych względem całej populacji według województw w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie list aktywnych NFZ i danych demograficznych GUS.

Rysunek 39. Procent mężczyzn na listach aktywnych względem całej populacji według województw w 2019 r.



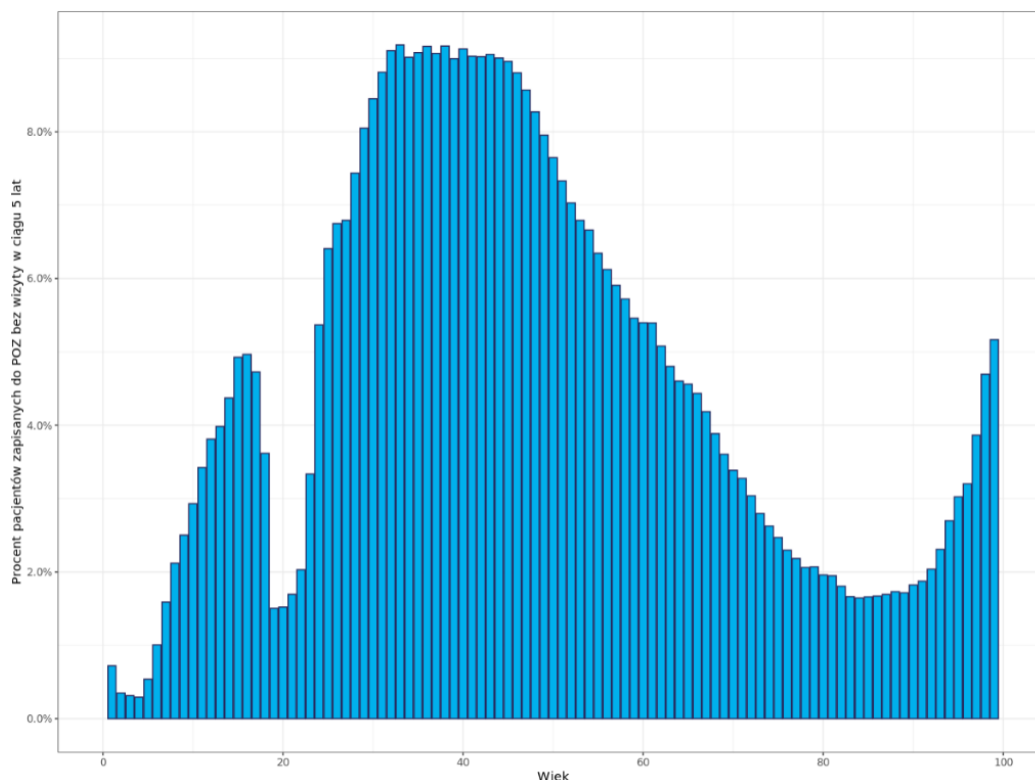
Źródło: opracowanie MZ na podstawie list aktywnych NFZ i danych demograficznych GUS.

Pacjenci w POZ

Świadczenia POZ powinny być udzielane nie tylko w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia czy gorszego samopoczucia w przypadku występowania u pacjenta chorób przewlekłych, lecz także w celach profilaktycznych i edukacyjnych. Z tego względu istotna jest weryfikacja wskaźników dla pacjentów, którzy nie korzystają z POZ w ogóle lub robią to bardzo rzadko (pacjenci *out-of-care*).

Z danych NFZ wynika, że w całej populacji kraju 5,38% pacjentów (6,81% mężczyzn i 4,09% kobiet) zapisanych do POZ w 2019 r. nie skorzystało z żadnej wizyty w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2015–2019. W podziale na wiek odsetek pacjentów zapisanych do POZ, ale niekorzystających z tego rodzaju świadczeń w ciągu 5 lat.

Rysunek 40. Liczba pacjentów *out-of-care* w zależności od wieku pacjentów.



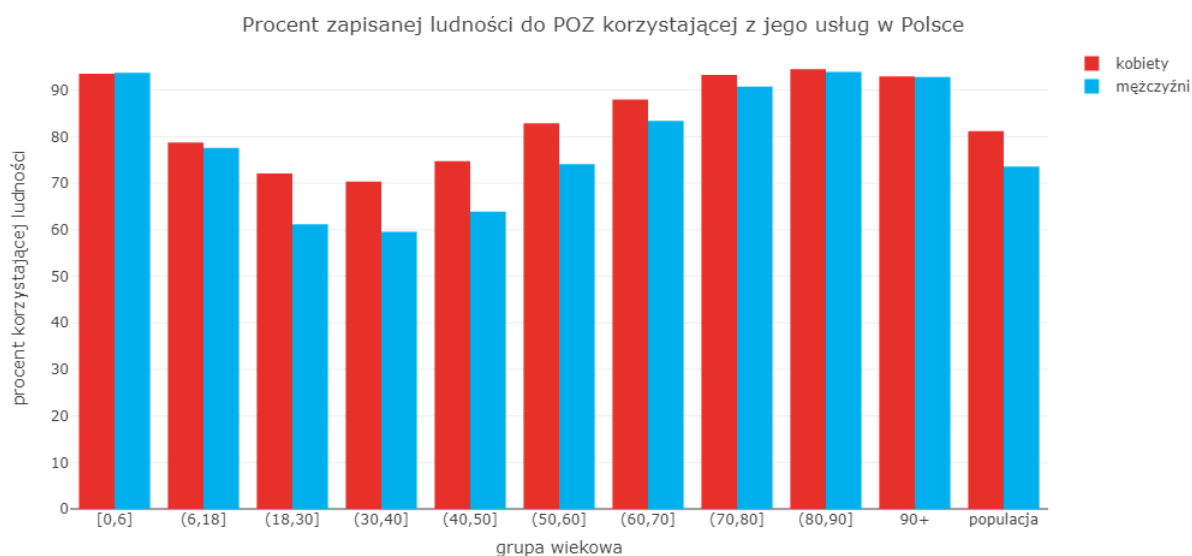
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ.

Obserwuje się bardzo mały odsetek dzieci w wieku do 5 lat, które nigdy nie korzystały z porad w POZ (poniżej 1%). Następnie odsetek osób, które nie korzystały w przeciągu poprzednich 5 lat, rośnie do wieku ok. 30 lat (z punktowym spadkiem w okolicach 20. roku życia). Następnie utrzymuje się na stałym poziomie ok. 8-9% dla osób w wieku ok. 30-50 lat, by potem znowu się zmniejszyć stopniowo aż do osiągnięcia wartości poniżej 2% dla osób w wieku 80 lat. Wśród pacjentów starszych (powyżej 90 lat) ponownie obserwuje się wzrost odsetka osób niekorzystających z POZ. Podsumowując, największą grupę osób niekorzystających ze świadczeń POZ w ciągu ostatnich 5 lat stanowią osoby w wieku 30-50

lat. W związku z tym, istnieje ryzyko, że ta grupa osób nie jest objęta opieką zdrowotną i działaniami profilaktycznymi w wystarczający sposób. Z drugiej strony otrzymane wyniki mogą być uzasadnione faktem, że osoby te w znacznej mierze korzystają ze świadczeń zdrowotnych w ramach sektora prywatnego.

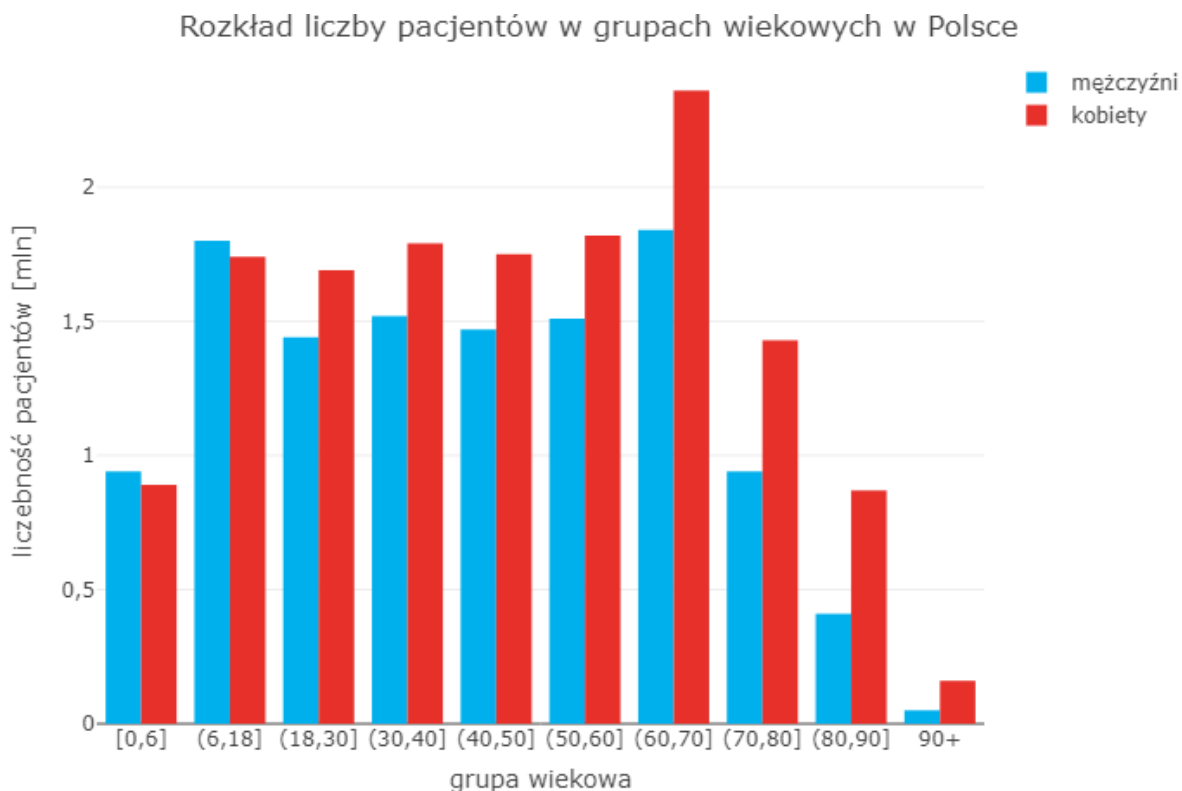
Analizując dane z 2019 r., spośród 34,29 mln Polaków zapisanych do POZ, 77,63% przynajmniej raz pojawiło się w POZ, przy czym 22,37% zapisanych nie pojawiło się ani razu w POZ. Wśród najczęściej korzystających wyróżniają się kobiety i mężczyźni z grupy wiekowej 80-90 lat, odpowiednio 94,53% wśród wszystkich zapisanych kobiet w tej grupie wiekowej oraz 93,93% wśród mężczyzn odbyło co najmniej jedną wizytę w POZ w danym roku. Pacjentami, którzy najmniej licznie pojawiali się w POZ, byli mężczyźni w grupie wiekowej 30-40 lat (59,98%) oraz mężczyźni w grupie wiekowej 18-30 lat (61,21%).

Rysunek 41. Odsetek liczby pacjentów korzystających z POZ w podziale na płeć i grupy wiekowe w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie list aktywnych i bazy świadczeń NFZ

Rysunek 42. Rozkład liczby pacjentów korzystających z POZ według płci i grup wiekowych w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie bazy świadczeń NFZ

Jeśli chodzi o wartość tego wskaźnika według województw, to najniższy odsetek kobiet notowany był w województwie mazowieckim (75,86%), najwyższy zaś w lubelskim (84,89%). W przeciwieństwie do mężczyzn, w przypadku których najwyższa wartość została odnotowana w województwie podlaskim (76,29%), a najniższa w mazowieckim (68,28%).

Pod względem miejsca zamieszkania Polaków, 77,16% osób zapisanych do POZ, zamieszkujących tereny miejskie odbyło co najmniej jedną wizytę w POZ w 2019 r., natomiast dla osób z terenów wiejskich wskaźnik ten wyniósł niewiele więcej, tj. 78,38%.

Podstawowe statystyki i sezonowość

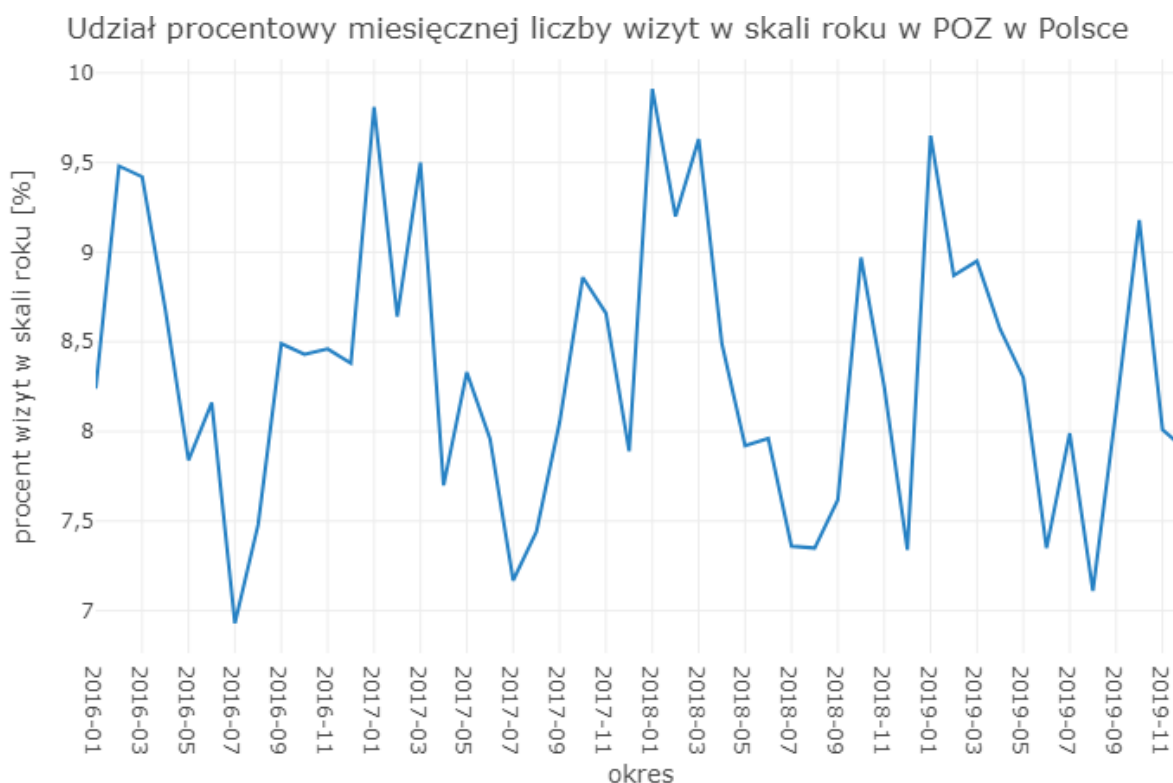
W 2019 r. zrealizowano ponad 156 mln wizyt w POZ. Najwięcej wizyt przypadających na jednego mieszkańca realizowano w województwie łódzkim (4,49), najmniej w mazowieckim (3,59). W przypadku wizyt zrealizowanych w ramach NiŚOZ również zauważalne są różnice na poziomie województw. Najwięcej wizyt na jednego mieszkańca zrealizowano w województwie warmińsko-mazurskim (0,61), najmniej w województwie dolnośląskim (0,38).

Średnio na jednego zapisanego pacjenta na listę aktywną POZ w Polsce przypadało 4,56 wizyt. Wskaźnik ten różni się między województwami, najniższa wartość zauważalna jest

w województwie mazowieckim (3,9), najwyższa zaś w województwie zachodniopomorskim (5,14).

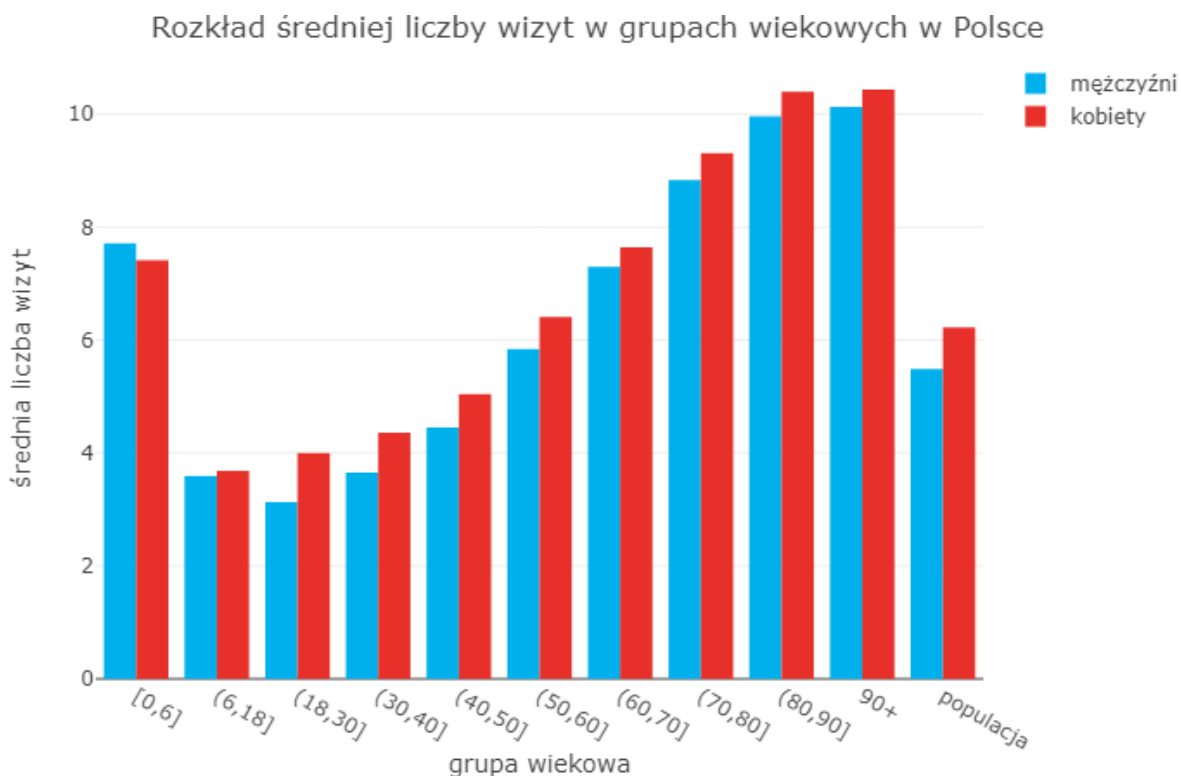
Jednocześnie istnieje sezonowość świadczeń zdrowotnych w ciągu roku. Najmniej wizyt obserwuje się w sierpniu (7,11% wszystkich wizyt), najwięcej w styczniu (9,65% wszystkich wizyt). Jest to związane ze spadkiem temperatury i odporności w sezonie jesienno-zimowym.

Rysunek 43. Rozkład wizyt w ciągu roku w latach 2016–2019.



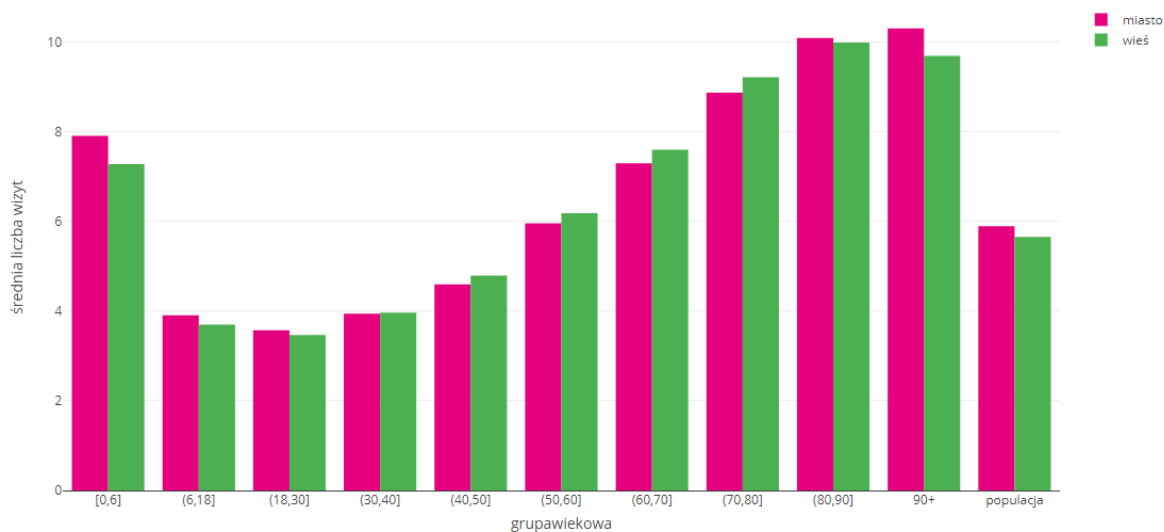
Źródło: opracowanie MZ na podstawie bazy świadczeń NFZ.

Jednocześnie zauważalne są duże rozbieżności w liczbie wizyt względem wieku i płci. Najczęściej z wizytą w POZ pojawiają się kobiety powyżej 70. roku życia (30,19% odbyło więcej niż 1 wizytę miesięcznie) oraz mężczyźni powyżej 80. roku życia. (54,81% odbyło więcej niż 1 wizytę miesięcznie).

Rysunek 44. Rozkład średniej liczby wizyt w grupach wiekowych w podziale na płeć w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie bazy świadczeń NFZ.

Jednocześnie 70,58% ludności miejskiej pojawiło się z wizytą w POZ co najmniej raz w roku, zaś w przypadku osób z terenów wiejskich odsetek ten wyniósł 67,53%.

Rysunek 45. Rozkład średniej liczby wizyt w grupach wiekowych podziale na miasto i wieś

Źródło: opracowanie MZ na podstawie bazy świadczeń NFZ.

Raportowane problemy zdrowotne

W 2019 r. wizyty realizowane w POZ najczęściej sprawozdawane były za pomocą kodu ICD10 z Z-rozszerzeniami, dotyczy to aż 32% wszystkich wizyt w POZ. Kody te w większości odpowiadają za czynności związane z powtórным wypisaniem recepty oraz inne bliżej nieokreślone czynności okołomedyczne. Statystyka ta może być podstawą do rekomendacji dotyczącej poprawy jakości sprawozdawczości w ramach POZ.

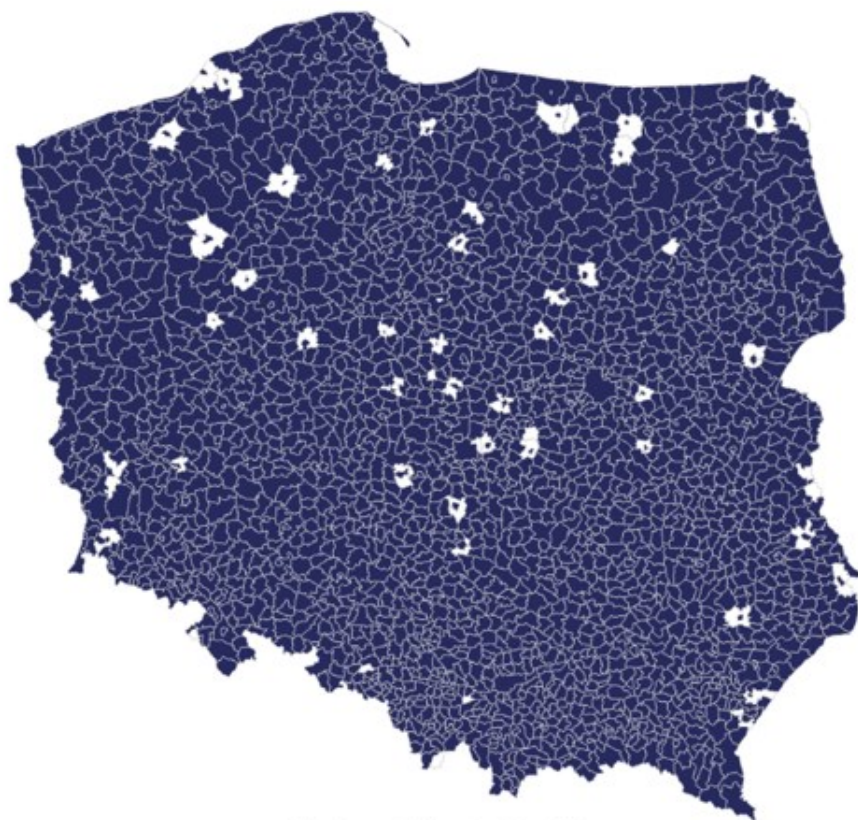
Analizując dane dotyczące wizyt innych od tych z kodem Z, spośród najczęstszych rozpoznań wyróżnia się: samoistne (pierwotne) nadciśnienie (12,68 mln wizyt, 7,64% wizyt ogółem), ostre zakażenie górnych dróg oddechowych (7,73 mln wizyt, 4,66% wizyt ogółem), ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie) (6,5 mln wizyt, 3,9% wizyt ogółem).

Rozpoznania te różnicują się w zależności od wieku. W grupie wiekowej 0-6 lat i 6-18 lat dla obu płci najczęstszym rozpoznaniem było ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie). W grupie wiekowej 18-30 lat i 30-40 lat również dla obu płci najczęstszym rozpoznaniem było ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślone. W pozostałych grupach wiekowych najczęstszym rozpoznaniem było samoistne (pierwotne) nadciśnienie. Rozpoznania dla pozostałych grup wiekowych dodatkowo zależą od płci pacjenta.

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej

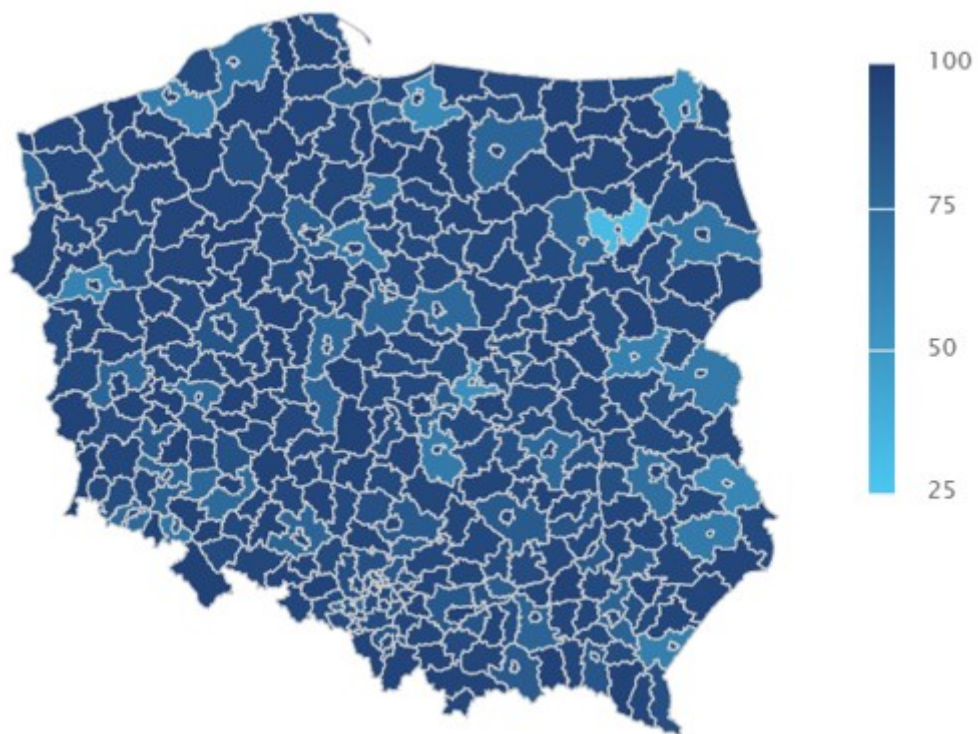
Biorąc pod uwagę fakt, że POZ jest pierwszym etapem opieki medycznej nad pacjentem, dostęp do placówek nie powinien być ograniczony. Przedstawione analizy weryfikują statystyki związane z dostępnością do POZ w Polsce w ujęciu regionalnym. Rozkład odsetka osób zapisanych do POZ w miejscu zamieszkania na poziomie powiatu oraz gminy wskazuje na istnienie 17 powiatów (4,47%), gdzie 25% osób wyjeżdża poza powiat zamieszkania w celu odbycia wizyty w POZ. W 56 gminach (2,26% wszystkich) w 2019 r. nie funkcjonował ani jeden POZ.

Rysunek 46. Gminy bez ośrodka POZ w 2019 r.

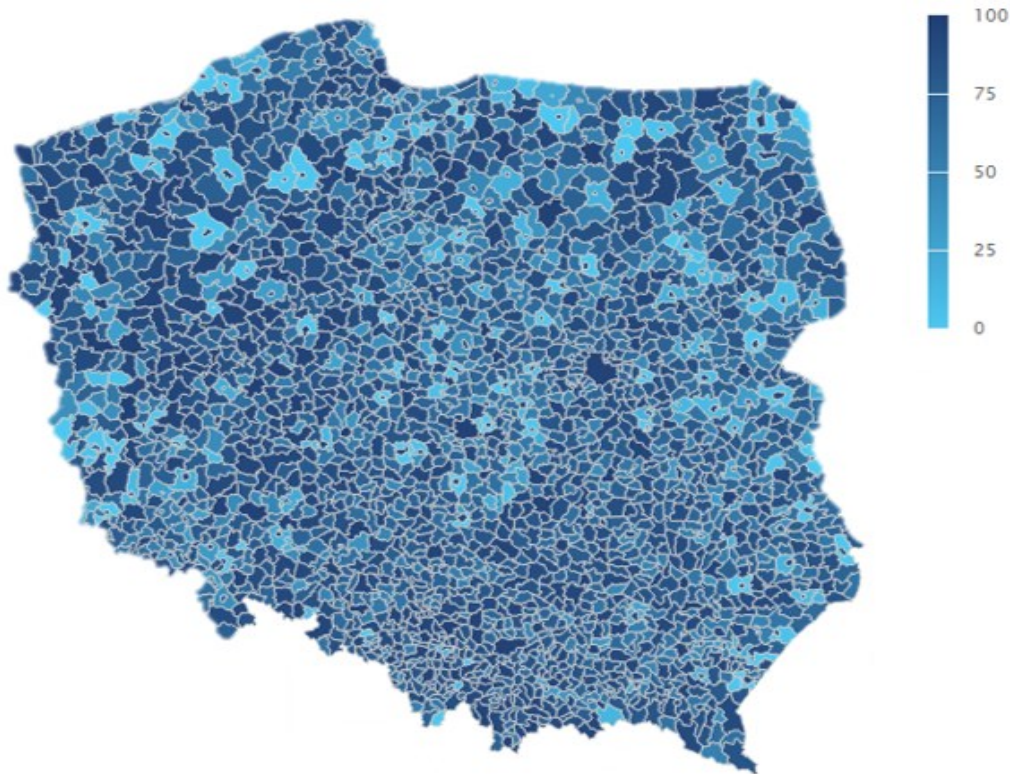


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Rysunek 47. Procent pacjentów zapisanych w powiecie zamieszkania w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie list aktywnych NFZ oraz GUS

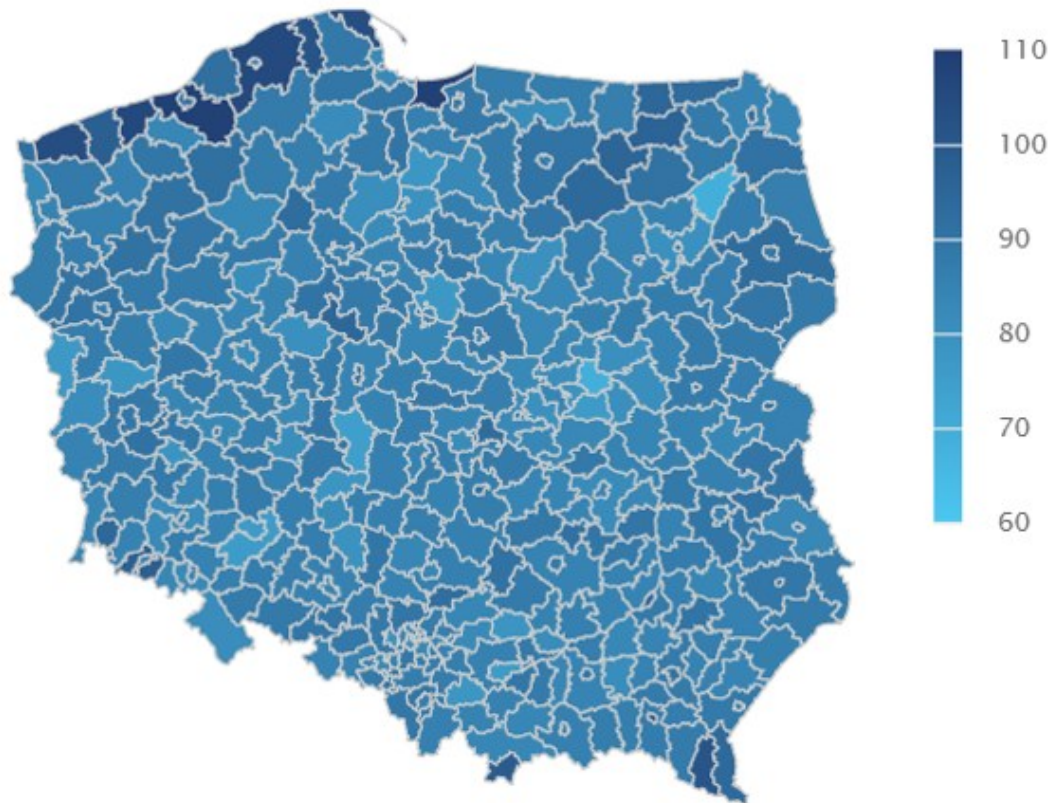
Rysunek 48. Procent pacjentów zapisanych w gminie zamieszkania w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie list aktywnych NFZ oraz GUS

Z poziomu gmin zauważalne jest istnienie tzw. gmin obwarzankowych, z których pacjenci wyjeżdżają do większych miast celem uzyskania świadczenia zdrowotnego w POZ.

W powiatach nadmorskich może uwidaczniać się zjawisko dotyczące zwiększonej liczby wizyt jednorazowych wśród pacjentów jednorazowych — rzeczywista liczba pacjentów w stosunku do zapisanych może przekraczać 100%. W nielicznych górskich powiatach również obserwuje się podobną sytuację.

Rysunek 49. Liczba rzeczywistych pacjentów vs. liczba pacjentów na listach aktywnych w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie list aktywnych i bazy świadczeń NFZ

Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej pacjentów z gmin, w których nie ma POZ

Z uwagi na fakt, że POZ stanowi miejsce pierwszego kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia, a jej celem jest ocena potrzeb i wdrażanie działań profilaktycznych, przeanalizowano, czy w gminach nieobjętych opieką lekarza POZ pacjenci rzadziej korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W tym celu wyliczono liczbę wizyt w POZ na pacjenta w danej gminie (według miejsca zameldowania) w 2019 r. i sprawdzono, czy gminy stanowiące tzw. “białe plamy” różnią się od tych gmin, w których dostęp do POZ został zapewniony.

W pierwszej kolejności porównano liczbę wizyt przypadającą na mieszkańca w gminach będących “białymi plamami” do całego kraju.

Tabela 6. Liczba wizyt na mieszkańca w gminach będących “białymi plamami” oraz w całej Polsce.

		Gminy bez lekarza POZ w 2019 r. (47 gmin)	Gminy w Polsce (2 477)	Gminy bez lekarza POZ / gminy w Polsce	Wartość p
Wizyty w POZ na pacjenta	Ogółem	5,58	5,96	93,62%	< 0,05
	Miasto	5,7	5,97	95,48%	-
	Wieś	5,57	5,76	96,70%	> 0,05
Wizyty w AOS na pacjenta	Ogółem	4,32	4,79	90,19%	> 0,05
	Miasto	4,54	5,15	88,16%	-
	Wieś	4,31	4,32	99,77%	> 0,05
Wizyty w szpitalu na pacjenta	Ogółem	1,85	1,87	98,93%	> 0,05
	Miasto	1,96	1,96	100,00%	-
	Wieś	1,85	1,84	100,54%	> 0,05
Hospitalizacje na pacjenta (bez SOR i izby przyjęć)	Ogółem	1,22	1,26	96,83%	> 0,05
	Miasto	0,91	1,28	71,09%	-
	Wieś	1,24	1,26	98,41%	> 0,05

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Istotną statystycznie różnicę obserwuje się tylko w przypadku liczby wizyt w POZ na mieszkańca. Należy jednak zauważyć, że różnica ta może wynikać z innych czynników, np. struktury wieku i płci lub gęstości zamieszkania. Dla miast nie można przeprowadzić testu statystycznego, ponieważ jest tylko jedno miasto, w którym nie ma POZ.

Aby zniwelować wpływ innych czynników, zdecydowano się na wyznaczenie puli gmin możliwie najbardziej podobnych do “białych plam” pod kątem następujących czynników:

- miejsca zamieszkania, tj. miasto lub wieś,
- udziału kobiet na terenie gminy,

- średniego wieku mieszkańca gminy,
- odchylenia standardowego wieku mieszkańca gminy,
- gęstości zaludnienia.

W tym celu wyliczono powyższe zmienne dla każdej gminy, a następnie zmienne te znormalizowano, aby każda z nich była tak samo istotna.

Dla każdej z gmin spośród “białych plam” wyliczono podobieństwo (pierwiastek sumy kwadratów różnic pomiędzy zmiennymi) wszystkich gmin niebędących “białymi plamami” i najbardziej podobną dodano do grupy “gmin podobnych”. Dobór odbywał się bez zwracania, czyli każda z gmin może być wybrana tylko raz, a następnie jest usuwana z puli. W efekcie powstała pula gmin podobnych o takiej samej liczności, jak liczność gmin “białych plam”.

Tabela 7. Liczba wizyt na mieszkańca w gminach będących “białymi plamami” oraz w gminach do nich podobnych.

	Gminy bez lekarza POZ w 2019 r.	Gminy podobne (47 gmin)	Gminy bez lekarza POZ / gminy podobne	Wartość p (test t)
Wizyty w POZ na pacjenta	5,577	5,879	94,86%	> 0,05
Wizyty w AOS na pacjenta	4,324	4,254	101,65%	> 0,05
Wizyty w szpitalu na pacjenta	1,853	1,824	101,59%	> 0,05
Hospitalizacje na pacjenta (bez SOR i izby przyjęć)	1,224	1,216	100,66%	> 0,05

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Na podstawie analizy można zaobserwować pewne różnice w liczbie wizyt przypadających na pacjenta w gminach bez lekarza POZ oraz w gminach do nich podobnych, jednak nie są one istotne statystycznie.

Podsumowując, nie dowiedziono zależności pomiędzy brakiem lekarza POZ w danej gminie a liczbą wizyt w POZ, AOS, szpitalu oraz liczbą hospitalizacji (z dopuszczalnym błędem I rodzaju 5%). Można więc domniemywać, że taka zależność nie występuje.

Opieka nad dziećmi i młodzieżą

12 kwietnia 2019 r. przyjęto ustawę o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078), która określa zagadnienia niezbędne do zapewnienia kompleksowej i systematycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Ustawa określa koordynującą rolę pielęgniarki/higienistki szkolnej oraz wskazuje obszary współpracy wszystkich podmiotów i osób zaangażowanych w sprawowanie opieki nad uczniem (pielęgniarka/higienistka szkolna, lekarz dentysta, lekarz POZ) oraz odpowiedzialnych za stworzenie warunków organizacyjnych dla realizacji tej opieki w szkole (dyrektor szkoły, organ prowadzący szkołę), a także rodziców, nauczycieli i innych pracowników szkoły (pedagog szkolny). Współpraca ta polega na wymianie informacji i podejmowaniu wspólnych działań, ze szczególnym uwzględnieniem promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Organ prowadzący szkołę zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkole. Jeśli w szkole nie ma gabinetu profilaktyki zdrowotnej, pielęgniarka/higienistka szkolna udziela świadczeń w miejscu wynikającym z umowy z NFZ, tzn. w poradni POZ.

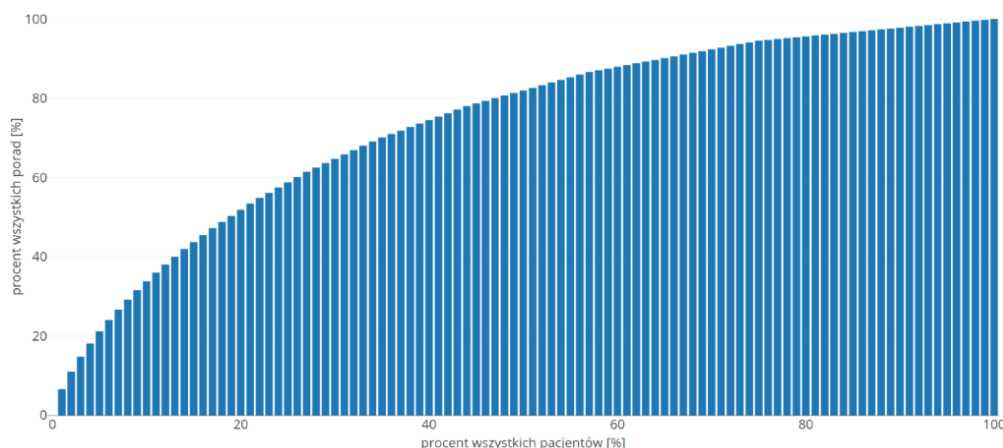
W odniesieniu do opieki stomatologicznej i dostępności gabinetów dentystycznych dla uczniów, ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami stanowi, że organ prowadzący szkołę zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetu dentystycznego. Jeśli w szkole nie ma takiego gabinetu, organ prowadzący szkołę zawiera porozumienie z podmiotem udzielającym świadczeń stomatologicznych dla dzieci, finansowanych ze środków publicznych, tzw. podmiotem współpracującym – nie w każdym bowiem przypadku utworzenie gabinetu dentystycznego w szkole jest rozwiązaniem optymalnym. Uzupełniającym sposobem zapewnienia dostępności świadczeń stomatologicznych są dentobusy – po jednym w każdym województwie.

Jednocześnie w celu usprawnienia pracy pielęgniarki/higienistki szkolnej oraz współpracy z lekarzem POZ planowane jest podjęcie działań w zakresie informatyzacji opieki nad uczniami, w tym wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

Pacjenci POZ w szpitalu i AOS

Ważnym elementem kompleksowej opieki nad pacjentem jest sprawna współpraca POZ z innymi formami opieki, w szczególności z AOS. 34% porad w AOS jest realizowana przez 10% pacjentów POZ, ok. 52% porad w AOS jest realizowana przez 20% pacjentów POZ, a ok. 75% porad w AOS jest realizowana przez 40% pacjentów POZ. Większość porad w AOS jest realizowana jedynie przez niewielki odsetek pacjentów. Innymi słowy istnieje niewielka część pacjentów POZ, którzy korzystają z porad w AOS często, jak również duża część pacjentów POZ, którzy pojawiają się w AOS rzadko.

Rysunek 50. Skumulowany procent porad w AOS w zależności od skumulowanego procentu pacjentów leczonych jednocześnie w POZ.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Analiza pięciu problemów zdrowotnych⁵² obrazuje między innymi ścieżki leczenia pacjentów i przechodzenie pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki w 2017 r. Analizie poddano choroby przewlekłe: udar, schizofrenię, cukrzycę, niewydolność serca oraz przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Spośród tych chorób niewydolność serca była w największym stopniu leczona w POZ. Prawdopodobieństwo, że pacjent odbędzie kolejną wizytę w POZ wynosiło 87,17%, zaś prawdopodobieństwo kolejnej wizyty w AOS 4,24%. Po wizycie w AOS prawdopodobieństwo ponownej wizyty w AOS wynosiło 65,99%. W przypadku cukrzycy typu I prawdopodobieństwo następnej wizyty w POZ wynosiło 56,89%, zaś prawdopodobieństwo następnej wizyty w AOS 35,79%. Jeżeli pacjent już trafił do AOS, to prawdopodobieństwo, że tam będzie mieć kolejną wizytę wynosiło aż 63,63%. Pacjent z cukrzycą typu II miał 81,18% szansy, że kolejna wizyta będzie w POZ, a tylko 17,68% w AOS. Jeśli natomiast odbył już wizytę w AOS, to prawdopodobieństwo ponownej wizyty wynosiło 72,46%. Pacjenci z każdą z tych chorób po przejściu do AOS nie pojawiają się zbyt często w kolejnym kroku w POZ. Może świadczyć to o niskiej współpracy AOS z POZ w przypadku prowadzenia przewlekłe chorych w Polsce.

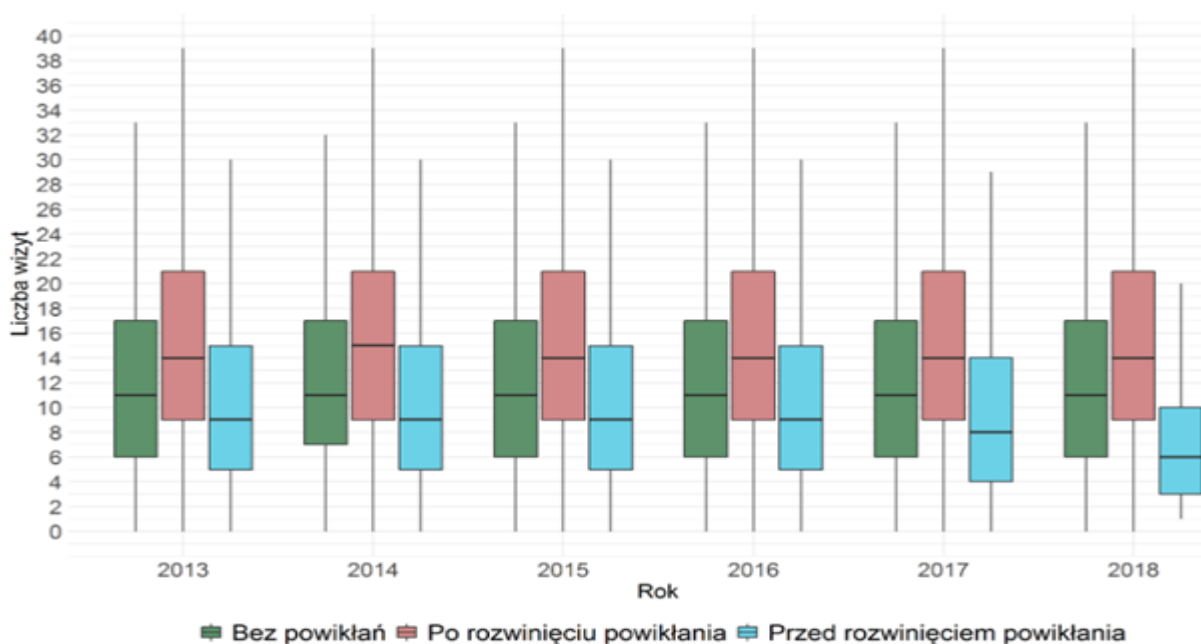
Opieka nad pacjentem z cukrzycą

Cukrzyca to przewlekła choroba wymagająca systematycznej kontroli. Częstość zgłaszania się na wizyty może mieć duży wpływ na rozwinięcie się powikłań oraz hospitalizację spowodowaną pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta. W związku z tym przeanalizowano rozkład liczby wizyt wśród pacjentów z cukrzycą. Ponadto zbadano zależność pomiędzy liczbą wizyt w POZ a LZ, aby móc zidentyfikować obszary w Polsce o gorszej organizacji opieki nad pacjentem z cukrzycą.

⁵² <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3157>, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

Analiza liczby wizyt wśród pacjentów z cukrzycą w latach 2013-2018 wykazała, że pacjenci, u których rozwinęło się powikłanie, zgłaszają się do lekarza częściej niż pacjenci bez powikłań. Zależność ta nie dotyczy okresu choroby, w którym u pacjentów jeszcze nie doszło do powikłania – zgłaszali się oni do lekarza rzadziej niż po rozwinięciu powikłania oraz rzadziej od pacjentów, u których w ogóle nie wystąpiły powikłania. Można zatem uznać częstość odbywanych wizyt za aproksymantę kontrolowania cukrzycy. Pacjenci z powikłaniami przed ich rozwinięciem rzadziej zgłaszają się do lekarza, co może pośrednio przekładać się na pogorszenie stanu zdrowia, a co za tym idzie – do obciążenia systemu opieki zdrowotnej w większym stopniu w późniejszym okresie.

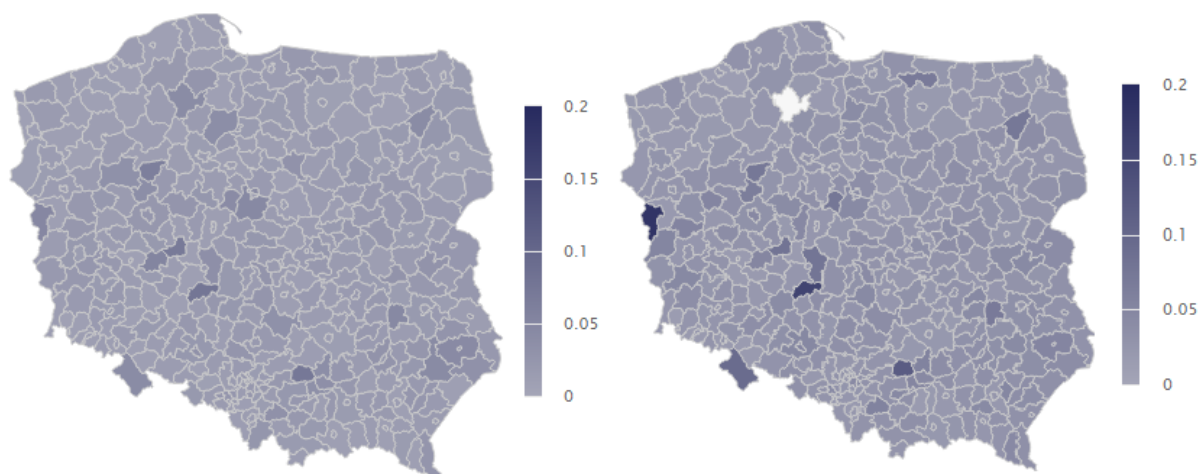
Rysunek 51. Liczba wizyt ogółem realizowanych w roku w zależności od wystąpienia powikłania wśród pacjentów z cukrzycą



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W celu zweryfikowania, czy w Polsce występują obszary, w których opieka nad pacjentem z cukrzycą jest lepiej zorganizowana, opracowano wskaźnik określający stosunek liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy (tzw. hospitalizacji cukrzycowych) do całkowitej liczby wizyt w POZ wśród pacjentów z cukrzycą. Pacjentów przyporządkowano do placówki POZ na podstawie list aktywnych, a następnie wyznaczono wartość średnią wskaźnika w obrębie POZ oraz uśredniono ją dla powiatu.

Rysunek 52. Stosunek liczby hospitalizacji do liczby wizyt w POZ dla pacjentów bez powikłań cukrzycowych (mapa po lewej stronie) oraz dla pacjentów z powikłaniami cukrzycowymi (mapa po prawej stronie) w 2018 r.



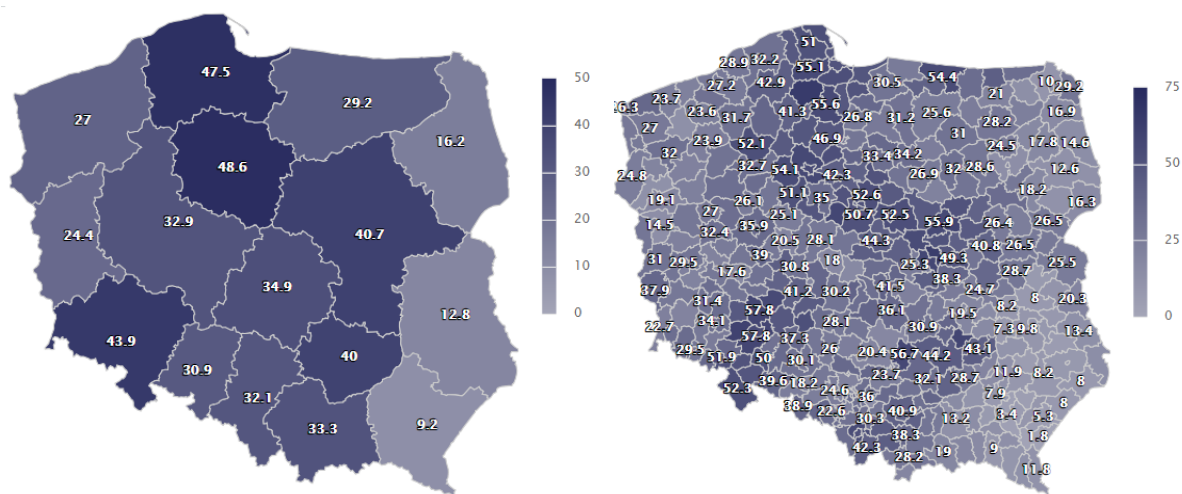
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Nie zaobserwowano znacznych różnic w wartościach wskaźnika pomiędzy grupami pacjentów wyróżnionymi na podstawie występowania powikłań. Powiaty o wyższej wartości wskaźnika dla pacjentów bez powikłań (np. powiat słuwicki, ostrzeszowski) odznaczały się wysokimi wartościami wskaźnika również w przypadku pacjentów z powikłaniami. Na mapie dotyczącej pacjentów z powikłaniami występuje jeden powiat (chojnicki), w którym w 2018 r. nie występowali pacjenci z powikłaniami.

Rola POZ w diagnostyce nowotworowej

W 2015 r. wprowadzony został pakiet onkologiczny, którego podstawowym celem było skrócenie czasu od podejrzenia choroby nowotworowej do rozpoczęcia leczenia oraz zapewnienie kompleksowej opieki na każdym etapie choroby nowotworowej. Kluczową rolę w realizacji pakietu onkologicznego ma odgrywać lekarz POZ, który w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej na podstawie przeprowadzonego wywiadu, badania przedmiotowego oraz podstawowej diagnostyki, został uprawniony do wystawienia karty DiLO. W 2019 r. w poszczególnych województwach występowała prawie trzynastokrotna różnica w liczbie wydawanych kart DiLO w ramach POZ przypadających na 100 tys. pacjentów z list aktywnych. Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w województwach: pomorskim (528) i kujawsko-pomorskim (520), zaś najniższą w podkarpackim (41), podlaskim (59) i lubelskim (69), przy średniej krajowej 268. W 2019 r. w POZ w całej Polsce wydano 91,9 tys. kart DiLO, co stanowiło 35,5% wszystkich wydanych kart w tym roku. Odsetek kart DiLO wystawionych przez lekarzy POZ był zróżnicowany pomiędzy województwami i wyniósł od 9,2% w województwie podkarpackim do 47,5% w województwie pomorskim.

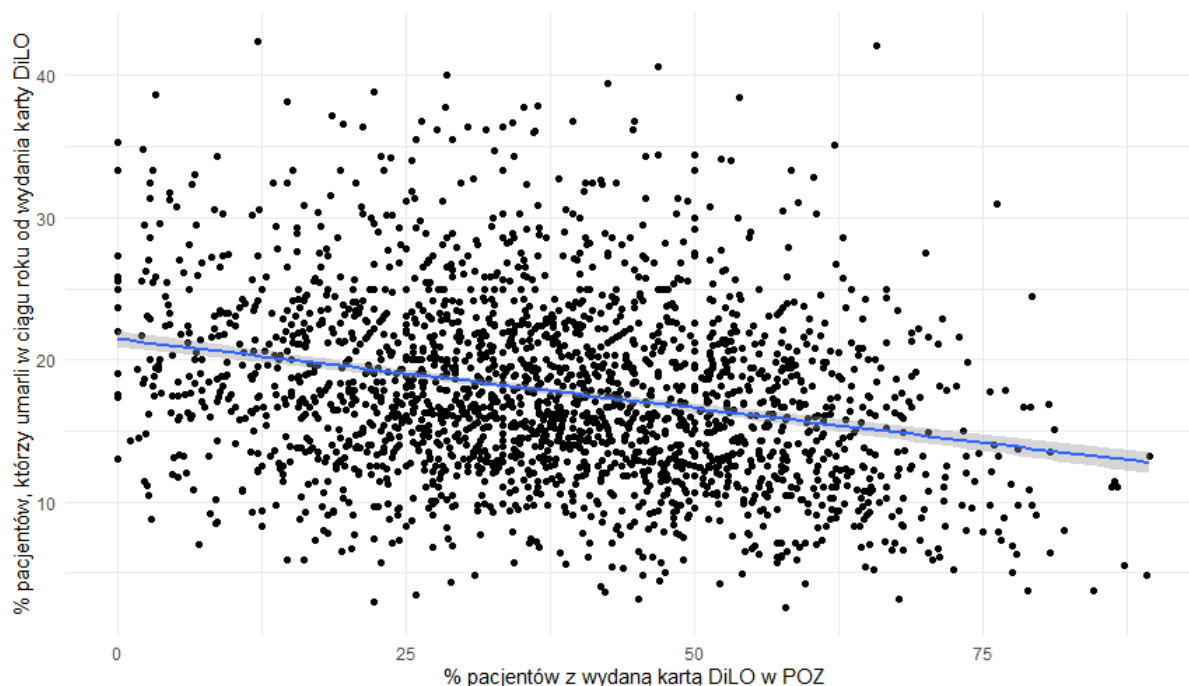
Rysunek 53. Odsetek kart DiLO wydanych w POZ w stosunku do wszystkich wydanych kart DiLO w 2019 r. w poszczególnych województwach (lewa mapa) oraz w poszczególnych powiatach wg list aktywnych (prawa mapa)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

W celu sprawdzenia, czy większy odsetek kart DiLO wydawanych na najwcześniejszym możliwym etapie, tj. przez lekarzy POZ, wpływa na skuteczność procesu diagnostyczno-terapeutycznego wyliczono wskaźnik śmiertelności w ciągu roku od wydania karty DiLO. W 2019 r. 245,6 tys. pacjentów onkologicznych otrzymało kartę DiLO, z czego 17,8% z nich umarło w ciągu roku od jej wydania. Na wykresie przedstawiono zależność pomiędzy odsetkiem pacjentów z danej listy aktywnej, którzy umarli w ciągu roku od wydania karty, a odsetkiem pacjentów z wydaną kartą DiLO w POZ.

Rysunek 54. Zależność pomiędzy odsetkiem pacjentów, którzy umarli w ciągu roku od wydania karty, a odsetkiem pacjentów z wydaną kartą DiLO w POZ (uwzględniono tylko tych świadczeniodawców, którzy na liście aktywnej mieli ponad 30 świadczeniobiorców i usunięto wartości odstające)

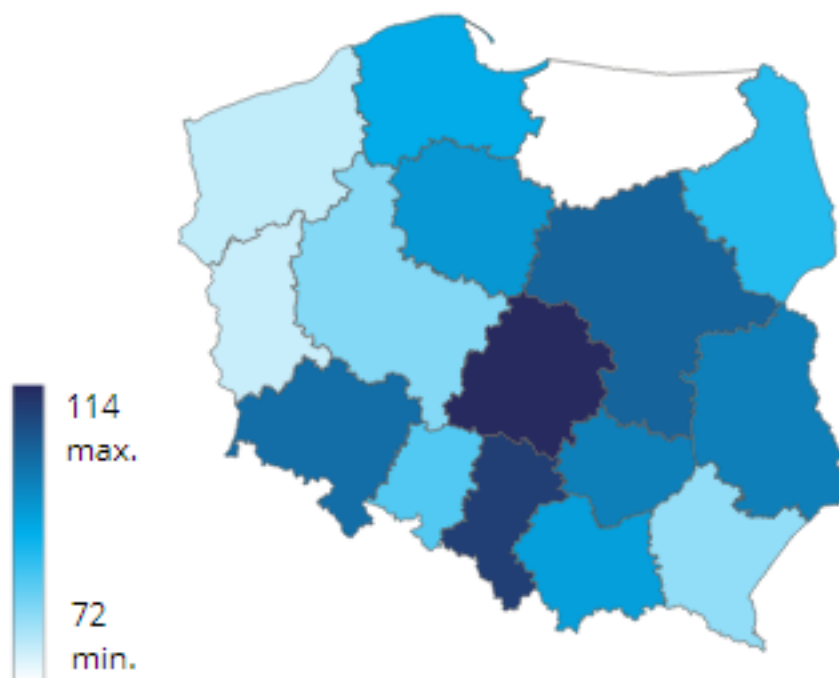


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Zaobserwowano istotną statystycznie ($p < 0,0001$) ujemną zależność pomiędzy zmiennymi – wraz ze wzrostem odsetka pacjentów z wydaną kartą DiLO w POZ o 1 punkt procentowy odsetek pacjentów, którzy umarli w ciągu roku od wydania karty, zmniejsza się o 0,09 punktu procentowego. Powyższe może świadczyć o niepodejmowaniu skutecznych działań mających na celu zapobieganie lub wczesne wykrycie zmiany nowotworowej oraz o niewykazywaniu przez lekarzy POZ wystarczającej czujności onkologicznej w województwach o najniższym odsetku wydanych kart DiLO w POZ.

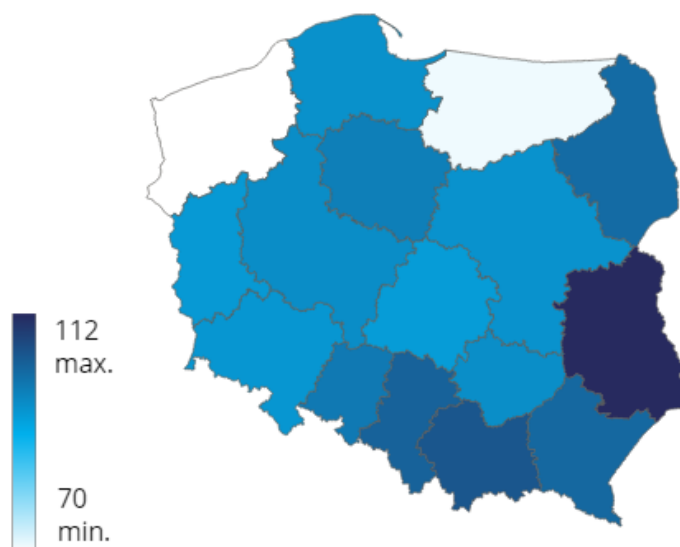
Kadry

W 2019 r. w ramach POZ pracowało 36 094 lekarzy, 37 129 pielęgniarek, 6 748 położnych. Rozkład liczby lekarzy na 100 tys. mieszkańców według województw wskazuje na duże różnice między województwami. Najmniej lekarzy pracowało w województwach warmińsko-mazurskim (72,4 na 100 tys. ludności) i lubuskim (76,8 na 100 tys. ludności), w przeciwieństwie do województw łódzkiego (114,3 na 100 tys. ludności) oraz śląskiego (111,1 na 100 tys. ludności), gdzie odnotowano najwyższy wskaźnik.

Rysunek 55. Liczba lekarzy POZ na 100 tys. ludności według województw w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

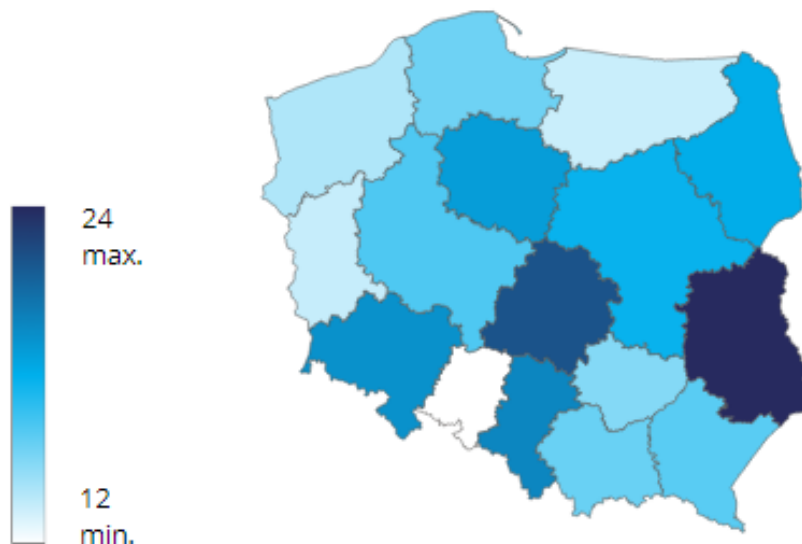
Liczba pielęgniarek i położnych na 100 tys. ludności była także zróżnicowana wśród województw. Najwięcej pielęgniarek pracowało w województwie lubelskim (112 na 100 tys. ludności), najmniej w zachodniopomorskim (70 na 100 tys. ludności).

Rysunek 56. Liczba pielęgniarek POZ na 100 tys. ludności według województw w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W przypadku położnych POZ najwięcej pracowało w województwie lubelskim (24 na 100 tys. ludności), a najmniej w opolskim (12 na 100 tys. ludności).

Rysunek 57. Liczba położnych na 100 tys. ludności według województw w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Gminy bez lekarzy POZ

Lekarze POZ pełnią kluczową rolę w procesie leczenia pacjenta. Dzięki łatwemu dostępowi do lekarza POZ pacjent ma szansę na szybsze rozpoczęcie leczenia. Na terenie większości gmin w Polsce mieszkańcy mają dostęp do lekarza POZ. W poniższej analizie zidentyfikowano gminy, w których w 2019 r. nie był zatrudniony żaden lekarz POZ. Oszacowano także gminy, w których istnieje ryzyko braku lekarzy POZ w 2024 r., zakładając, że nie będzie miał miejsca napływ nowych lekarzy.

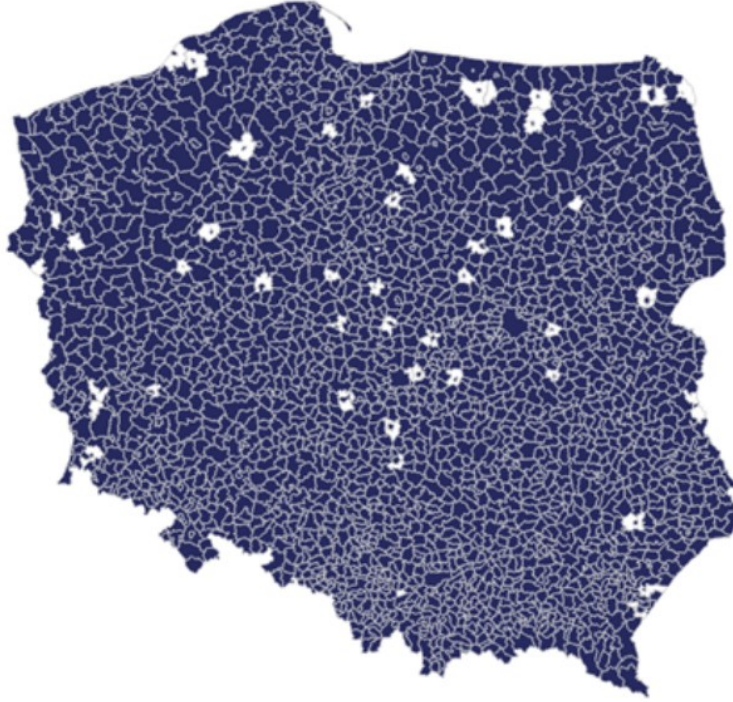
W poniższych analizach wiek został ustalony tylko w oparciu o rok urodzenia lekarza, a nie pełną datę urodzenia (wiek emerytalny dla kobiet – 60 lat, dla mężczyzn – 65 lat).

W 2019 r. w Polsce w 47 gminach (1,9% wszystkich gmin w Polsce) żaden lekarz nie miał zawartej umowy w ramach POZ. W 124 gminach (5% wszystkich gmin w Polsce) nie było lekarza, który miał podpisaną umowę na świadczenia rodzaju POZ, lub lekarz z taką umową osiągnął już wiek emerytalny. Z powyższego wynika, że w 77 gminach istnieje poważne ryzyko nagłego braku lekarzy ze względu na wysokie prawdopodobieństwo odejścia z rynku pracy lekarzy, którzy osiągnęli wiek emerytalny.

Przyjmując uproszczone założenie, że lekarze POZ (lekarze, którzy zawarli umowę na udzielanie świadczeń w rodzaju POZ) po osiągnięciu wieku emerytalnego przestają wykonywać swoją pracę oraz nie zostają zatrudnieni inni lekarze (nie ma zastępowalności pokoleń), prognozuje się, że w 2024 r. będzie 190 gmin (7,7% wszystkich gmin w Polsce) bez lekarza POZ przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Bez napływu młodych lekarzy w 143

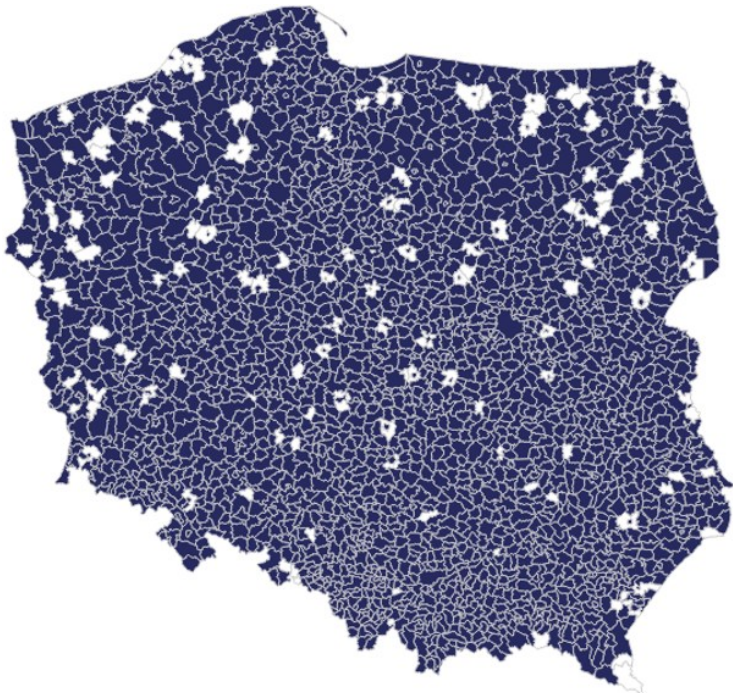
gminach w Polsce może do 2024 r. prowadzić do poważnego zmniejszenia dostępu do świadczeń w ramach POZ.

Rysunek 58. Gminy bez lekarza POZ (wszystkich, w tym powyżej wieku emerytalnego) w 2019 r. (47 gmin)

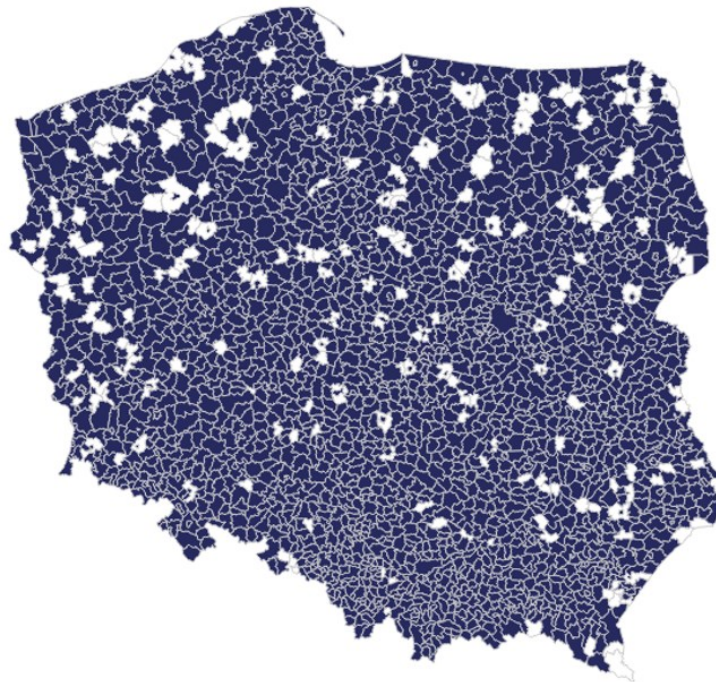


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Rysunek 59. Gminy bez lekarza POZ (do wieku emerytalnego) w 2019 r. (124 gminy)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

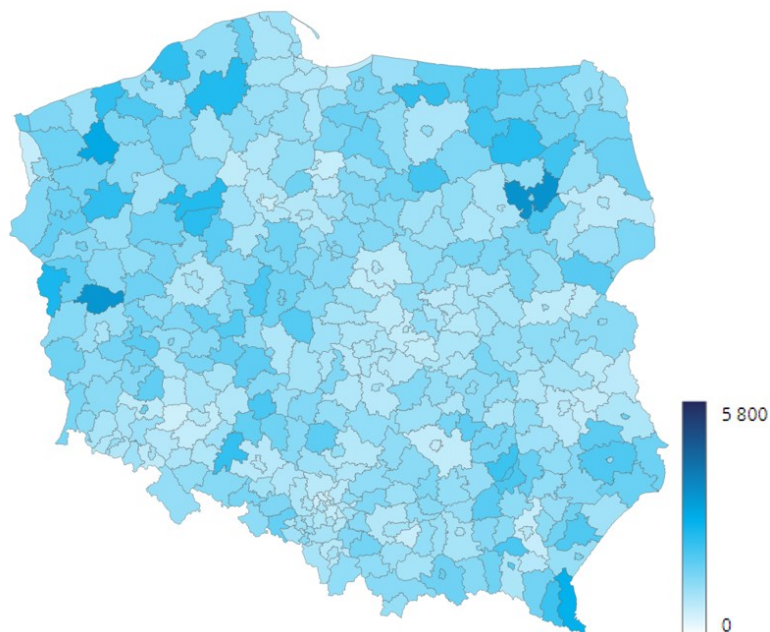
Rysunek 60. Gminy bez lekarza POZ (do wieku emerytalnego) w 2024 r. (190 gmin)

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Zróżnicowanie w liczbie pacjentów przypadającej na jednego lekarza w POZ

Lekarze pracujący w POZ są obciążeni w różnym stopniu liczbą pacjentów do nich przypisanych. Lekarz, który ma pod swoją opieką większą liczbę pacjentów, może być trudniej dostępny dla osób potrzebujących wizyty lekarskiej. W poniższej analizie zidentyfikowano powiaty, w których w 2019 r. na lekarza, który nie osiągnął wieku emerytalnego, przypadała największa liczba pacjentów. Przyjmując założenie, że do 2024 r. na rynek pracy nie wchodzi nowi lekarze oszacowano liczbę pacjentów na lekarza w 2024 r. Pozwoliło to na identyfikację obszarów, w których jest poważne ryzyko utrudnienia dostępu do lekarza POZ.

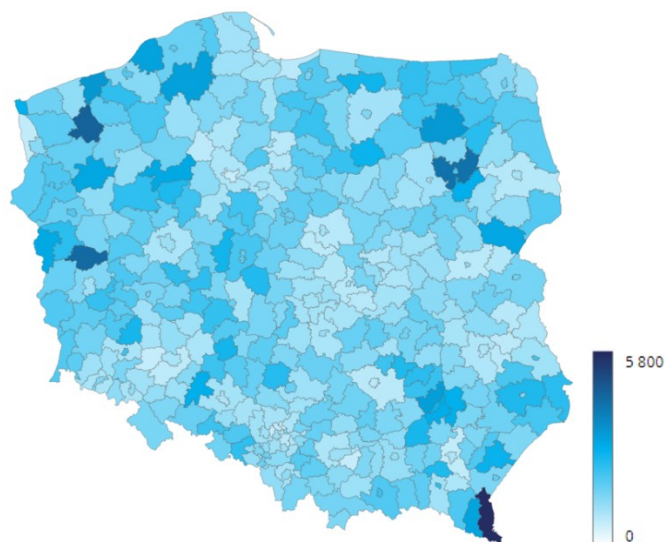
Rysunek 61. Liczba pacjentów na lekarza POZ w 2019 r. w powiatach (dotyczy lekarzy przed osiągnięciem wiekiem emerytalnym)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Obciążenie lekarzy liczbą pacjentów jest silnie zróżnicowane pomiędzy powiatami. Najmniejsza liczba pacjentów na lekarza POZ (lekarz, który zawarł umowę na udzielanie świadczeń rodzaju POZ) w wieku przedemerytalnym w 2019 r. wystąpiła w miastach Sopot (463), Piekary Śląskie (502) oraz w Zabrze (585). Z kolei lekarze najbardziej obciążeni byli w powiatach łomżyńskim (3521), świębodzińskim (3453) i łobeskim (3046). Wartość średnia dla kraju wynosi 1331.

Rysunek 62. Liczba pacjentów na lekarza POZ w 2024 r. w powiatach (dotyczy lekarzy przed osiągnięciem wiekiem emerytalnym)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Przyjmując uproszczone założenie, że lekarze POZ (lekarze, którzy zawarli umowę na udzielanie świadczeń rodzaju POZ) po osiągnięciu wieku emerytalnego przestają wykonywać swoją pracę oraz nie zostają zatrudnieni inni lekarze (nie ma zastępowalności pokoleń) obliczono, że najmniejsza liczba pacjentów na lekarza POZ w wieku przedemerytalnym w 2024 r. będzie w miastach Sopot (536), Piekary Śląskie (596) i Bydgoszcz (638), natomiast największa w powiatach bieszczadzkim (5 736), łobeskim (4 569) i świebodzińskim (4 395). Wartość średnia kraju wyniesie 1 580.

Największy udział lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny do 2024 r. wśród lekarzy pracujących w 2019 r. przed wiekiem emerytalnym stanowią lekarze w powiecie bieszczadzkim (50%), stalowowolskim (39%) oraz siemiatyckim (39%).

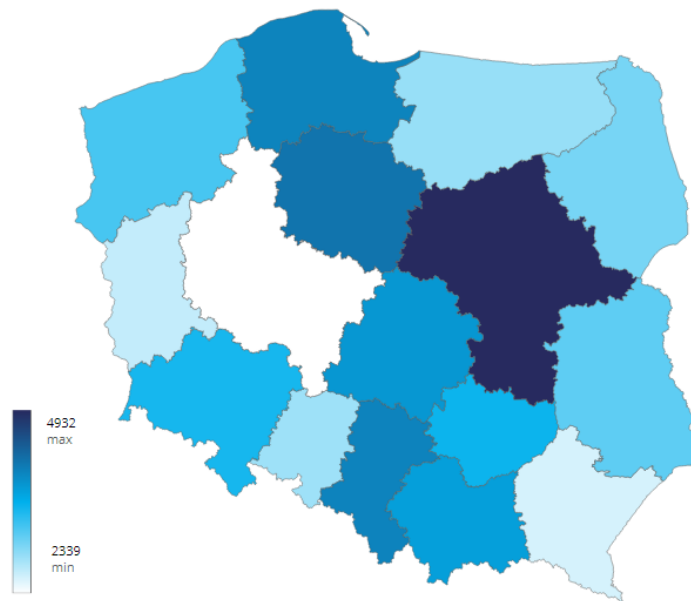
Liczbowo największy wzrost pacjentów na lekarza przed osiągniętym wiekiem emerytalnym w 2024 r. w porównaniu z 2019 r. (przyjmując założenie, że lekarze po osiągnięciu wieku emerytalnego przestają wykonywać swoją pracę oraz nie zostają zatrudnieni inni lekarze) wystąpi w powiecie bieszczadzkim (więcej o 2 868 pacjentów na lekarza), łobeskim (więcej o 1 523 pacjentów na lekarza) oraz w siemiatyckim (więcej o 1 204 pacjentów na lekarza).

Procentowo największy wzrost pacjentów na lekarza przed osiągniętym wiekiem emerytalnym w 2024 r. w porównaniu z 2019 r. (przyjmując uproszczone założenie, że lekarze po osiągnięciu wieku emerytalnego przestają wykonywać swoją pracę oraz nie zostają zatrudnieni inni lekarze) wystąpi w powiecie bieszczadzkim (100% więcej pacjentów na lekarza), stalowowolskim (65% więcej pacjentów na lekarza) oraz w siemiatyckim (64% więcej pacjentów na lekarza).

Podmioty lecznicze

W 2019 r. funkcjonowało w Polsce około 8,19 tys. podmiotów leczniczych POZ, co daje średnio 21,34 na 100 tys. ludności. Średnio na jeden podmiot leczniczy POZ w Polsce przypada 3,45 tys. pacjentów, jednakże w rzeczywistości obserwuje się znaczne różnice między województwami. Średnio najmniejsza liczba pacjentów na jeden podmiot leczniczy przypada w województwie wielkopolskim (2,34 tys.), a największa w województwie mazowieckim (4,93 tys.).

Rysunek 63. Średnia liczba pacjentów na jeden podmiot leczniczy POZ według województw w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie list aktywnych NFZ oraz GUS

W godzinach 18:00–8:00 oraz w dni wolne od pracy świadczenia zdrowotne POZ realizowane są w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. W 14 powiatach nie było ani jednego podmiotu leczniczego funkcjonującego w ramach NiŚOZ. Wszystkie te powiaty należą do grupy powiatów obwarzankowych. W całej Polsce takich podmiotów leczniczych było 518. Najwięcej podmiotów znajdowało się w Warszawie – 22.

Rysunek 64. Liczba podmiotów NiŚOZ w powiatach w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie bazy świadczeń NFZ oraz GUS

Rysunek 65. Średnia liczba ludności na 1 podmiot NiŚOZ [tys.] w 2019 r.

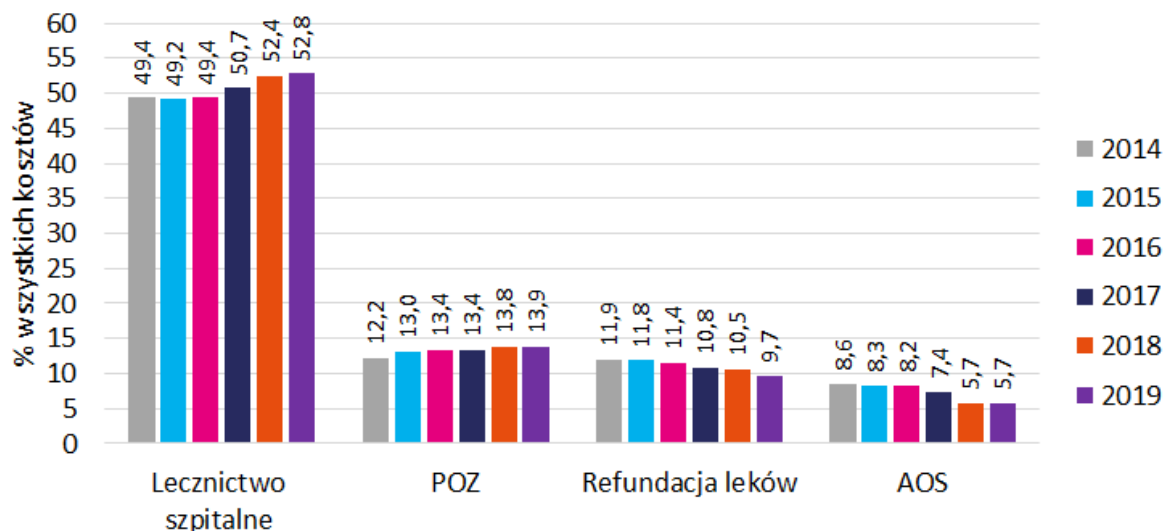
Źródło: opracowanie MZ na podstawie bazy świadczeń NFZ oraz GUS

Białe plamy oznaczają powiaty bez podmiotu (i bez możliwości wyznaczenia wskaźnika). Najwięcej ludności na 1 podmiot przypadało w Gdyni (246 348), najmniej w powiecie sejneńskim (województwo łódzkie, 19 914).

Wydatki

Wydatki na podstawową opiekę medyczną jako procent wszystkich wydatków na świadczenia zdrowotne ponoszone przez NFZ rosły nieznacznie od 2014 do 2019 r., przy równoczesnym wzroście wydatków na leczenie szpitalne. W 2014 r. wydatki NFZ na POZ stanowiły 12,2% wszystkich kosztów, a w 2019 – 13,9%. Budżet POZ uległ zwiększeniu o ponad 61,03%, kwotowo o 4,7 mld PLN. Wydatki na leczenie szpitalne w tym samym okresie wzrosły o 51,92%, a kwotowo o 16,2 mld PLN.

Rysunek 66. Koszty świadczeń zdrowotnych NFZ w latach 2014-2019 - jako % wszystkich kosztów na świadczenia



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Wyzwania i profilaktyka

Biorąc pod uwagę wnioski wynikające z epidemiologii, obecnie najważniejszym wyzwaniem jest wzmocnienie roli POZ w profilaktyce chorób i promocji zdrowia, aby Polacy wymagali leczenia specjalistycznego w jak najpóźniejszym etapie swojego życia. Dostępne dane wskazują, że POZ skupia swoją uwagę na osobach chorych, zapominając, że jednym z ważnych celów z punktu widzenia zdrowia publicznego jest zapewnienie przez POZ profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa.

Głównymi problemami zdrowotnymi Polaków są choroby niezakaźne, przewlekłe, którym przez skuteczne działania edukacyjne i profilaktyczne, można w dużej mierze zapobiegać. Co prawda POZ w zakresie swoich kompetencji realizuje kilka programów profilaktycznych, jak np. profilaktyka chorób układu krążenia, profilaktyka raka szyjki macicy i in., niemniej na przestrzeni kilku lat zmniejsza się liczba udzielonych tego typu porad. Z analiz NIK wynika, że w latach 2012-2014 (I półrocze) liczba porad profilaktycznych w zakresie chorób układu krążenia zmniejszyła się o 26,5%, profilaktyki gruźlicy o 14,5% oraz chorób odtytoniowych o 23,0%.

POZ z zakresu profilaktyki realizuje również szczepienia ochronne, w tym obowiązkowe dzieci i młodzieży oraz dobrowolne jak w przypadku szczepień przeciw grypie dla seniorów. Od kilku lat zwiększa się liczba osób uchylających się od obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce, co w perspektywie najbliższych lat grozi nawrotem epidemii chorób, które udało się zwalczyć za pomocą szczepień.

Niezależnie od powyższego działania profilaktyczne POZ są niewystarczające.

W przeprowadzonych kontrolach systemu opieki zdrowotnej NIK ustaliła, że przesiewowymi badaniami profilaktycznymi objęto mały odsetek osób, dostęp do świadczeniodawców udzielających świadczeń profilaktycznych był ograniczony, zaś NFZ, w procesie planowania i zakupu świadczeń profilaktycznych, nie uwzględnił danych epidemiologicznych oraz potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych. NIK oceniła działania lekarzy POZ jako niewystarczające w zakresie udzielania i dokumentowania świadczeń w obszarze profilaktyki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem schorzeń układu krążenia oraz chorób nowotworowych. W innej kontroli NIK stwierdziła wręcz, że zaniechanie przez lekarzy POZ wykonywania i dokumentowania badań lekarskich w celu wczesnego rozpoznania chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem schorzeń układu krążenia oraz chorób nowotworowych, jest działaniem niezgodnym z obowiązującymi przepisami.

Koordinacja i współpraca

Kolejnym wyzwaniem w POZ jest koordynacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą. Koordinacja ta polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji i może odbywać się wewnątrz POZ jak i z pozostałymi elementami systemu opieki zdrowotnej – AOS i lecznictwem szpitalnym, rehabilitacją, lecznictwem uzdrowiskowym i in.

Koordinację w obrębie POZ zapewnia lekarz POZ we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ. Realizacja opieki koordynowanej w POZ według nowych założeń określonych w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej odbywa się w ramach projektu POZ PLUS. Istotą opieki koordynowanej i wdrażanej w ramach modelu POZ PLUS jest prowadzenie przez świadczeniodawcę aktywnej opieki nad pacjentem w zdrowiu i chorobie. Pacjent staje się aktywnym partnerem we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących postępowania w zdrowiu i chorobie w oparciu o wypracowany razem z nim indywidualny plan opieki medycznej. W realizacji planu opieki pacjent uzyskuje wsparcie zespołu profesjonalistów medycznych, w skład którego wchodzi, oprócz lekarza i pielęgniarki, również dietetycy i edukatorzy zdrowotni oraz fizjoterapeuci. Ze względu na trwanie projektu efekty jego realizacji będą znane po jego zakończeniu.

Kolejnym zadaniem lekarzy POZ jest także kierowanie pacjentów do innych części systemu opieki zdrowotnej, tj. do specjalistycznej opieki medycznej, szpitalnej, uzdrowiskowej i innej. Niemniej ważnym elementem działania POZ jest także monitorowanie i prowadzenie pacjentów przewlekle chorych ze stabilną postacią choroby. Koordinacja systemu w ramach działania POZ oraz AOS jest nieodłącznym elementem sprawnego działania całego systemu ochrony zdrowia. Rola POZ w tym aspekcie powinna sprowadzać się do okresowego badania tych pacjentów i prowadzeniu pacjentów ustabilizowanych według zaleceń lekarzy specjalistów. Mechanizm ten pozwala kontrolować stan zdrowia pacjenta tak, aby uniknąć jego drastycznego pogorszenia, co często wiąże się z uruchomieniem leczenia szpitalnego.

Obecnie sprawowanie opieki nad pacjentem przewlekle chorym ogranicza się w POZ głównie do wystawiania recept. Zgodnie z wynikami analizy powodami, dla których pacjenci najczęściej zgłaszają się do POZ, były prośby o receptę. Średnia liczba wizyt w POZ przypadająca na pacjentów korzystających aktywnie (czyli przynajmniej 1 wizyta w danym roku) i rosła od 20. do 86. roku życia. Powyżej 10 wizyt w roku odbywali pacjenci od 83. roku życia. Jest to o tyle niepokojący fakt, że lekarze mogą wystawiać recepty na 12 miesięcy. Również coraz więcej pielęgniarek uzyskuje prawo do wystawiania recept, co powinno odciążyć lekarzy od pracy administracyjnej, by mogli skupić swoją uwagę na zdrowiu pacjenta i jego monitorowaniu.

Innym wyzwaniem związanym ze współpracą POZ z pozostałymi częściami systemu opieki zdrowotnej jest opieka nad osobami pracującymi. Współpraca na linii lekarz POZ - medycyna pracy praktycznie nie istnieje.

Informatyzacja

Od kilku lat zauważalny jest proces informatyzacji ochrony zdrowia, w tym również POZ. Wprowadzane są usługi online, w tym rejestracja online, teleporady, telemedycyna. W 2016 r. wprowadzono e-zwolnienia lekarskie (w formie pilotażu), później również w formie pilotażu od 2018 r. e-skierowania i e-recepty.

Proces cyfryzacji ochrony zdrowia został przyspieszony w związku z pandemią COVID-19. Wprowadzono m.in. możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu POZ w warunkach ambulatoryjnych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, tj. teleporadę i telewizytę. Niemniej wymagany jest dalszy rozwój tego kierunku działań, szczególnie w zakresie przyspieszenia i wsparcia wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej w praktykach POZ i jej wymiany między poszczególnymi szczeblami systemu opieki zdrowotnej oraz pełnego dostępu pacjenta do swojej dokumentacji medycznej.

Nowoczesna telemedycyna należy do stosunkowo młodych gałęzi medycyny, przynajmniej w Polsce, a w chwili obecnej w polskim POZ praktycznie nie jest wykorzystywana. Problemy, na jakie napotyka system zdrowia, to brak regulacji prawnych, rozwiązań finansowych i odpowiedniej infrastruktury. Ograniczeniem w tej kwestii jest także niewystarczająca wiedza i umiejętności personelu medycznego w zakresie posługiwania się tego rodzaju rozwiązaniami nowej generacji. Jeszcze nie tak dawno zarówno lekarze, jak i pielęgniarki nie były kształcone w zakresie stosowania procedur telemedycznych.

Pozytywnym przejawem jest działanie NFZ, który umożliwił dofinansowanie informatyzacji placówek POZ w 2020 r. W ramach tej puli mogą one skorzystać z 80% dofinansowania na zakup urządzeń, oprogramowania lub usług wykorzystywanych do obsługi elektronicznej dokumentacji medycznej.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

Od wielu lat pojawiają się głosy, że szpitalne oddziały ratunkowe przeciążone są obsługą pacjentów, u których doszło do nagłego załamania zdrowotnego, ale niewymagających ratowania życia. Pacjenci ci powinni być w pierwszej kolejności obsłużeni przez POZ i AOS w godzinach ich pracy, a w porze nocnej i okresie świątecznym przez NiŚOZ.

Wyniki kontroli NIK w zakresie funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego wykazały, że znaczna część pacjentów, którzy zgłaszali się do SOR działającego w strukturze szpitali lub ZRM, nie znajdowała się w stanie zagrożenia zdrowotnego. A tylko ta grupa pacjentów kwalifikuje się do udzielenia im świadczeń ratowniczych. Skala tego zjawiska została oceniona jako bardzo duża. Według analiz NIK w SOR w skrajnych przypadkach dotyczyło ono nawet 80% wszystkich zgłaszających się pacjentów, a w odniesieniu do ZRM – 30%. Osobom tym powinny być udzielone świadczenia zdrowotne w ramach POZ, poradni specjalistycznych lub NiŚOZ.

Innym problemem jest kwestia zgłaszania się do NiŚOZ pacjentów z dolegliwościami, które nie powstały w czasie, gdy inne formy pomocy medycznej są zamknięte i trwały już od dłuższego czasu. Głównym powodem takiego zachowania pacjentów jest niemożność uzyskania świadczenia zdrowotnego w POZ czy AOS ze względu na długie kolejki oczekiwania. A przecież ze świadczeń NiŚOZ powinni korzystać pacjenci w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub nagłego zachorowania.

W kontroli NIK przytoczono wyniki badań ankietowych pacjentów, którzy korzystali z tego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Część ankietowanych pacjentów (27,7%) zgłosiła się do NiŚOZ z przyczyn niezwiązanych ze zdarzeniem nagłym, dolegliwości trwały niekiedy powyżej tygodnia i mogły być leczone przez lekarza POZ w trakcie normalnego dnia roboczego.

Pielęgniarki szkolne

Sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży w Polsce nie jest satysfakcjonująca. Niestety system medycyny szkolnej, który funkcjonuje w Polsce, nie gwarantuje pełnego bezpieczeństwa zdrowotnego tej populacji. W wynikach innego postępowania kontrolnego NIK wskazała, że system opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, szczególnie w zakresie opieki profilaktycznej, nie jest dostosowany do potrzeb tej grupy odbiorców. Wskazano, że uczniowie nie mają zapewnionej spójnej i kompleksowej opieki zdrowotnej, zarówno z uwagi na niewystarczające współdziałanie podmiotów funkcjonujących w ochronie zdrowia oraz brak koordynacji w tym zakresie, jak również niewystarczającą współpracę lekarza i pielęgniarki z rodzicami w trosce o zdrowie ich dzieci. Stwierdzono brak przepływu informacji pomiędzy lekarzem POZ a pielęgniarką lub higienistką szkolną udzielającymi świadczeń zdrowotnych w różnych podmiotach, m.in. w zakresie wykonanych badań bilansowych, obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zwrotnej informacji w zakresie dodatnich testów przesiewowych.

Rozproszenie opieki zdrowotnej nad uczniami, która jest sprawowana przez różne podmioty, a także brak opieki lekarskiej i dentystycznej na terenie większości szkół, uniemożliwia zapewnienie kompleksowej opieki nad uczniami. Ponadto ograniczony był dostęp do gabinetów profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych, ponieważ znacząca liczba szkół ich nie posiadała. W ocenie NIK duża liczba wypadków na terenie szkoły, w szczególności wśród dzieci w szkołach podstawowych, wymaga obecności pielęgniarki szkolnej, tak aby w trakcie zajęć lekcyjnych możliwe było szybkie udzielenie fachowej pomocy medycznej.

Ponadto dostępność do odpowiednich działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w szkole była ograniczona. Zapewnienie dzieciom i młodzieży dostępu do ochrony zdrowia polegające przede wszystkim na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. medycyny naprawczej) może przyczynić się jedynie w niewielkim stopniu do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji. W obecnie funkcjonującym systemie ochrony zdrowia główną rolę w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami powinna pełnić głównie pielęgniarka lub higienistka szkolna, ponieważ obejmuje ona opieką uczniów w szkołach, pracując na jej terenie. W większości szkół jest jedyną osobą z przygotowaniem medycznym.

Jednym z działań mających na celu poprawę opieki nad dziećmi i młodzieżą był zakup pojazdów medycznych, w których mają być udzielane świadczenia (tzw. dentobusy). Zakupione pojazdy mają umożliwić zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole ani w najbliższej okolicy.

4.2. Podsumowanie

Ze względu na swoją funkcję, POZ powinna pełnić najważniejszą rolę w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Deklaracja z Ałma-Aty z 1978 r. po raz pierwszy usystematyzowała i podkreśliła jej znaczenie jako najważniejszego segmentu systemu ochrony zdrowia i pierwszego szczebla procesu ciągłej opieki zdrowotnej. Wynika to z funkcji POZ dotyczącej sprawowania opieki nad pacjentem przez cały okres jego życia. POZ powinien dbać nie tylko o organizację leczenia, ale i pełnić rolę wspierającą w postaci edukacji zdrowotnej i profilaktyki, ponieważ POZ ma bardzo różnorodne cele do realizacji.

Poza głównym celem polegającym na zapewnieniu opieki zdrowotnej nad pacjentem i jego rodziną, co w Polsce jest realizowane na dość wysokim poziomie, pozostałe w praktyce nie są równie ważnym aspektem działania POZ. Nakierowanie działań na profilaktykę i zapobieganie chorobom, jak również koordynacja opieki nad pacjentem i towarzyszenie pacjentowi w poruszaniu się po systemie opieki zdrowotnej, współpraca wszystkich poziomów opieki zdrowotnej nie jest realizowane na wysokim poziomie.

Pomimo, że od kilku lat wprowadzane są zmiany w funkcjonowaniu POZ, jak i w całej opiece zdrowotnej, podejmowane są różne rozwiązania w celu usprawnienia podstawowej opieki nad pacjentem, wydaje się, że należy te działania wzmocnić i przyspieszyć, tak aby Polska

mogła dorównać krajom rozwiniętym w zakresie opieki zdrowotnej, zwłaszcza w zakresie profilaktyki i koordynacji opieki nad pacjentem.

4.3. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Niecałe 90% ludności kraju według danych GUS (stan na 31 grudnia 2019 r.) było na listach aktywnych w POZ. 67,5% ludności co najmniej raz w roku skorzystało ze świadczeń POZ, choć jest to uzależnione od wieku. W grupach wiekowych powyżej 70. roku życia około 80% ludności korzysta co najmniej raz w roku ze świadczeń zdrowotnych POZ. Największa średnia wizyt przypada na osoby powyżej 80. roku życia – więcej niż jedna wizyta miesięcznie.

W każdym województwie ponad 97% osób z list aktywnych POZ mieszka w tym samym województwie, w którym znajduje się podmiot leczniczy, natomiast sytuacja w powiatach i gminach jest bardzo odmienna. 92% pacjentów zapisanych było w podmiocie na terenie swojego powiatu, natomiast analogicznie dla gmin było 83,1%. W 132 gminach (5,3% wszystkich gmin) nie było żadnego POZ. Zazwyczaj w powiatach i gminach obwarzankowych procent zapisanych pacjentów do podmiotu na terenie jednostki był niższy od pozostałych typów jednostek. Natomiast w miastach na prawach powiatu będących siedzibą powiatu obwarzankowego na listach aktywnych znajduje się bardzo wielu pacjentów, w skrajnych przypadkach nawet więcej o 25% od ludności danego miasta.

Wśród pacjentów przeważają kobiety w większym stopniu niż wynikałoby to z demografii. U mężczyzn średnia liczba wizyt jest mniejsza prawie we wszystkich grupach wiekowych. Zestawiając te dane z danymi epidemiologicznymi, choćby w zakresie przeciętnego dalszego trwania życia czy oczekiwanej długości życia w zdrowiu, oznacza to, że kobiety bardziej dbają o swoje zdrowie. Zatem należy wzmocnić działania nakierowane na edukację zdrowotną mężczyzn, co jest zadaniem POZ oraz działania przełamujące bariery przed aktywnym korzystaniem z pomocy opieki zdrowotnej przez mężczyzn zanim nastąpi kryzys zdrowotny.

Nie ma większych różnic w skali kraju pomiędzy miastem a wsią, jeżeli chodzi o procent zapisanych pacjentów korzystających z POZ.

Widoczne są różnice w leczeniu chorób przewlekłych w POZ. Na przykładzie cukrzycy i niewydolności serca można wywnioskować, że w POZ prowadzenie pacjentów z cukrzycą nie odbywa się na wysokim poziomie. O ile w przypadku niewydolności serca POZ ma wypracowaną praktykę, szansa że kolejna wizyta odbywa się w POZ wynosiła ponad 87%. Diabetycy zaś dość często byli kierowani do lekarza specjalisty. Szansa kolejnej wizyty w POZ wynosiła niecałe 57%.

W POZ zatrudnionych było 37 tys. pielęgniarek POZ, 36 tys. lekarzy POZ, 6,75 tys. położnych POZ. Mimo dużej liczby kadry medycznej POZ w Polsce zauważalne są znaczące różnice na poziomie województw.

Spośród wizyt w POZ tylko 4,91% stanowiły wizyty w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zestawiając to z danymi dotyczącymi liczby pacjentów, którym udzielono

pomocy na SOR oraz analizie grup rozpoznań, z jakimi zgłaszają się pacjenci na SOR, można wywnioskować, że NiŚOZ nie jest należycie wykorzystywaną formą pomocy.

W POZ notowany jest problem z jakością sprawozdawczości. Wśród 163 mln wizyt w POZ aż 32% sprawozdano jako Z (wg klasyfikacji ICD10). Kody, które w większości nie odnoszą się jednoznacznie do konkretnych jednostek ani stanów chorobowych. Wskazuje to na niską jakość sprawozdawczości w POZ. Dodatkowo zauważalna jest niska sprawozdawczość w ramach programów profilaktycznych w POZ⁵³.

4.4. Rekomendowane kierunki działań

- wdrożenie proaktywnej opieki nad pacjentami w POZ, co oznacza, że wizyty w poradni POZ lub kontakty POZ powinny być inicjowane nie tylko przez pacjenta, ale również przez świadczeniodawcę, wzmocnienie opieki nad pacjentem zdrowym, zwiększenie działań profilaktycznych, badań przesiewowych, opieki nad pacjentem z grup ryzyka, wzmocnienie komunikacji między POZ a pacjentem, np. przez dedykowany portal, system powiadomień pacjenta w zakresie bilansów,
- opracowanie motywacyjnego systemu celem zwiększenia częstotliwości zlecenia badań diagnostycznych przez lekarzy POZ, poszerzenie diagnostyki na poziomie POZ i odciążenie AOS oraz diagnostycznego leczenia szpitalnego z ewentualnym dostosowaniem sposobu finansowania,
- wzmocnienie edukacji zdrowotnej, aby pacjent był aktywnym partnerem personelu medycznego we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących działań w chorobie i zdrowiu, zwiększenie prowadzenia edukacji zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania przez pielęgniarki szkolne, dalsza współpraca z ministrem właściwym ds. edukacji, dotycząca wprowadzenia przedmiotu Zdrowie do nauczania podstawowego i średniego,
- ulepszanie mechanizmów koordynacyjnych w zakresie współpracy POZ z AOS i lecnictwem szpitalnym, NiŚOZ, medycyną pracy, wymiany (elektronicznej) dokumentacji medycznej, informacji o stanie pacjenta i jego potrzebach w związku z leczeniem specjalistycznym i hospitalizacją, badaniami na potrzeby pracodawcy, opracowanie i wdrożenie systemu pozwalającego na rzetelną i efektywną współpracę pomiędzy lekarzem POZ, pielęgniarką lub higienistką szkolną oraz lekarzem dentystą,
- zwiększenie roli POZ w opiece nad ustabilizowanymi w AOS przewlekle chorymi pacjentami, którzy nie wymagają bieżącej opieki specjalistycznej, w tym również współpraca z lekarzem psychiatrą, geriatrą, pielęgniarką szkolną nad pacjentem w miejscu ich zamieszkania, współpraca z rodziną pacjenta przewlekle chorego,

⁵³ <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13788,vp,16224.pdf>, dostęp w dniu 01.10.2020 r.

- wzmocnienie roli i zwiększenie aktywności pielęgniarki POZ i położnej POZ, dalsze przekazywanie kompetencji lekarza POZ personelowi pomocniczemu, zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych POZ z ukończonym kursem specjalistycznym „Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych”,
- promowanie rozwoju telemedycyny, wdrożenie teleporad medycznych jako stałego elementu poradnictwa w POZ (w wyniku którego pacjent uzyska zalecenia, e-recepty, e-zwolnienia),
- wzmocnienie roli NiŚOZ celem poprawy zgłaszalności pacjentów do tej formy pomocy i odciążenia SOR z przypadków niewymagających ratowania zdrowia i życia, a tym samym skupienia uwagi personelu SOR na tych pacjentach, którzy najbardziej wymagają ich pomocy,
- poszerzenie i zapewnienie poprawy jakości sprawozdawczości POZ, w tym usprawnianie działania systemu sprawozdawczego NFZ dzięki rozliczeniom finansowym i zgłaszaniu danych medycznych i epidemiologicznych, poprawa jakości danych wprowadzanych i zbieranych w systemie.

5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

AOS obejmuje świadczenia medyczne, takie jak porady specjalistyczne, badania diagnostyczne oraz procedury zabiegowe, które nie są dostępne POZ. Zaspokajają tym samym potrzeby zdrowotne pacjentów, którzy wymagają kontaktu z lekarzem specjalistą, ale nie wymagają hospitalizacji. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki specjalistycznej może odbywać się w izbach przyjęć szpitala, w pogotowiu ratunkowym czy w przychodniach i poradniach lekarskich. Zakres AOS reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.).

W większości przypadków dostęp do świadczeń AOS wymaga skierowania od lekarza POZ. Skierowanie nie jest wymagane w przypadku wizyty m.in. u ginekologa, położnika, wenerologa, dentystry, onkologa, psychiatry, w poradni dla osób chorych na gruźlicę oraz w poradni dla osób zakażonych wirusem HIV, a także w przypadku innych osób z określonych grup. Lekarz kierujący określa tylko rodzaj poradni, decyzja o wyborze placówki należy do pacjenta. Lekarz wydający skierowanie kwalifikuje pacjenta jako przypadek pilny lub stabilny (na podstawie dynamiki procesu chorobowego), a placówka AOS wyznacza termin przyjęcia do poradni wpisując na odpowiednią listę osób oczekujących. Pacjenci wymagający okresowego leczenia, w ściśle ustalonych terminach wykonywania kolejnych etapów świadczenia zdrowotnego, są przyjmowani zgodnie z planem leczenia⁵⁴.

Polski system opieki zdrowotnej charakteryzuje się brakiem równowagi w strukturze świadczeń zdrowotnych: leczenie pacjentów w nadmiernym stopniu opiera się na opiece stacjonarnej zamiast na ambulatoryjnej. Wskaźnik możliwych do uniknięcia hospitalizacji w przypadku chorób przewlekłych, odzwierciedlający dostępność i jakość podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej w Polsce, należy do jednych z najwyższych w Europie (3 miejsce wśród 24 krajów UE w 2017 r.)⁵⁵. Zwiększenie udziału AOS w strukturze świadczeń zdrowotnych jest korzystne, zarówno z ekonomicznego punktu widzenia (ze względu na wysokie koszty hospitalizacji), jak i z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta (ze względu na występowanie lekoopornych bakterii w środowisku szpitalnym⁵⁶). AOS zazwyczaj wiąże się również z krótszym czasem leczenia i lepszą dostępnością. Warto zaznaczyć, że liczba procedur diagnostycznych i zabiegowych możliwych do przeniesienia z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnego rośnie wraz z postępem technologicznym.

Istotnym problemem jest również brak pełnej koordynacji pomiędzy AOS a POZ, która pozwoliłaby na kontynuację leczenia pacjentów ze stabilnymi postaciami chorób

⁵⁴ NFZ, Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/co-kazdy-pacjent-wiedziec-powinien/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 01.10.2020 r.

⁵⁵ *Profil systemu ochrony zdrowia 2019*, OECD and World Health Organization.

⁵⁶ *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, NIK, Warszawa 2019, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>, dostęp w dniu 01.10.2020 r.

przewlekłych przez lekarzy POZ i dzięki temu odciążenie poradni specjalistycznych. Brakuje m.in. elektronicznej dokumentacji pacjenta. Obecnie duży odsetek porad w poradniach specjalistycznych jest udzielanych pacjentom, którzy pojawili się trzy lub więcej razy w roku w danej poradni, a duża część tych porad ogranicza się tylko do porady lekarskiej lub wystawienia recepty⁵⁷. Nadmierne obciążenie poradni specjalistycznych przez pacjentów z chorobami przewlekłymi można zaobserwować podczas analizy ich ścieżki leczenia. W przypadku cukrzycy typu II wśród pacjentów, którym zostały udzielone świadczenia zdrowotne w AOS w latach 2009-2018, 72,5% chorych następnie świadczenie również udzielono w AOS, a jedynie 27% z nich w POZ. W przypadku przewlekłej obturacyjnej choroby płuc odsetki te wynoszą odpowiednio 74,7% oraz 22%, a w przypadku niewydolności serca – 66% oraz 25,2%⁵⁸.

Od lat jednym z najbardziej dotkliwych problemów AOS jest długi czas oczekiwania na świadczenia medyczne. Na wskaźnik ten może mieć wpływ wiele czynników leżących zarówno po stronie świadczeniodawców (nieefektywna organizacja pracy w placówce leczniczej), płatnika (niski budżet, wycena świadczeń zdrowotnych), organizatora opieki zdrowotnej (niewystarczające działania restrukturyzacyjne i inwestycyjne, niewystarczające działania na rzecz zwiększenia kadry medycznej o określonej specjalności, brak działań na rzecz informatyzacji systemu kolejkowego, która ułatwiłaby pacjentom zapisywanie się i odwoływanie wizyt), jak i samych świadczeniobiorców (nieuzasadnione korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, zapisywanie się do wielu placówek i nieodwoływanie wizyt)⁵⁹. Długi czas oczekiwania na świadczenia AOS może powodować odwlekanie leczenia, a przez to ostatecznie prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, a w konsekwencji do hospitalizacji lub zgonu.

Konieczność długiego oczekiwania na świadczenia zdrowotne realizowane w ramach NFZ skłania też pacjentów o wyższych dochodach do korzystania z usług prywatnej opieki medycznej, co z kolei prowadzi do pogłębiania się różnic w dostępie do świadczeń zdrowotnych i przez to w stanie zdrowia i długości życia między osobami o różnym stopniu zamożności. Według badania opinii publicznej przeprowadzonego w 2018 r. przez CBOS, jako główną przyczynę korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia społecznego respondenci wskazywali możliwość uzyskania szybkiego terminu wizyty (74%).

Dużym wyzwaniem dla całego systemu opieki zdrowotnej, w tym również dla AOS, jest postępujące się starzenie społeczeństwa. Prognozowane zmiany w strukturze wiekowej populacji Rzeczypospolitej Polskiej powinny wiązać się ze zmianami w systemie AOS, w tym

⁵⁷ Mapy dla 30 grup chorób, Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2018.

⁵⁸ Analizy wybranych problemów zdrowotnych w Polsce, Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2019.

⁵⁹ K. Nyczaj, D. Wasilewski, M. Dzięgielewski, *Problematyka pomiaru dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*, Nauki o Zarządzaniu, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, 2017.

ze wzrostem liczby lekarzy (szczególnie geriatrów), liczby placówek leczniczych (szczególnie opieki długoterminowej) oraz nakładów finansowych w specjalnościach medycznych zajmujących się schorzeniami osób w podeszłym wieku.

Warto odnotować, że od kilku lat podejmowane są działania mające na celu poprawienie dostępności do wybranych specjalności AOS, w szczególności skrócenie czasu oczekiwania. W 2015 r. wprowadzono pakiet onkologiczny obejmujący m.in. kartę DiLO, dzięki któremu osoby z podejrzeniem lub diagnozą nowotworu mają dostęp do diagnostyki i leczenia poza kolejkami. W kwietniu 2019 r. zniesiono limity na świadczenia tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. W marcu 2020 r. zniesiono limity na porady pierwszorazowe w poradniach: kardiologicznych, endokrynologicznych, chirurgiczno-urazowych oraz neurologicznych.

5.1. Analiza AOS w Polsce

Przedmiotem analiz są świadczenia zdrowotne realizowane w ramach umowy zawartej z NFZ w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opartej o dane z NFZ dotyczące świadczeń zdrowotnych sprawozdanych w latach 2015-2019. Przedstawione w tych rozdziałach statystyki nie uwzględniają zatem porad udzielonych poza NFZ.

Pacjenci

Na przestrzeni ostatnich pięciu lat można zaobserwować postępujący spadek liczby pacjentów korzystających z AOS. W 2019 r. przyjęto 17,1 mln pacjentów w ramach 81,1 mln wizyt, podczas gdy w 2015 r. przyjęto 17,9 mln pacjentów w ramach 86,2 mln wizyt. Trend spadkowy jest obserwowany również przy uwzględnieniu spadku liczby ludności kraju. Między rokiem 2015 a 2019 liczba osób korzystających z AOS w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski spadła z 0,465 na 0,445 (-4,4%), tym samym w ciągu tych pięciu lat na każde 1 000 mieszkańców ubyło 20 osób korzystających z AOS. Liczba wizyt przypadająca na jednego mieszkańca kraju spadła z 2,24 do 2,11 (-5,8%).

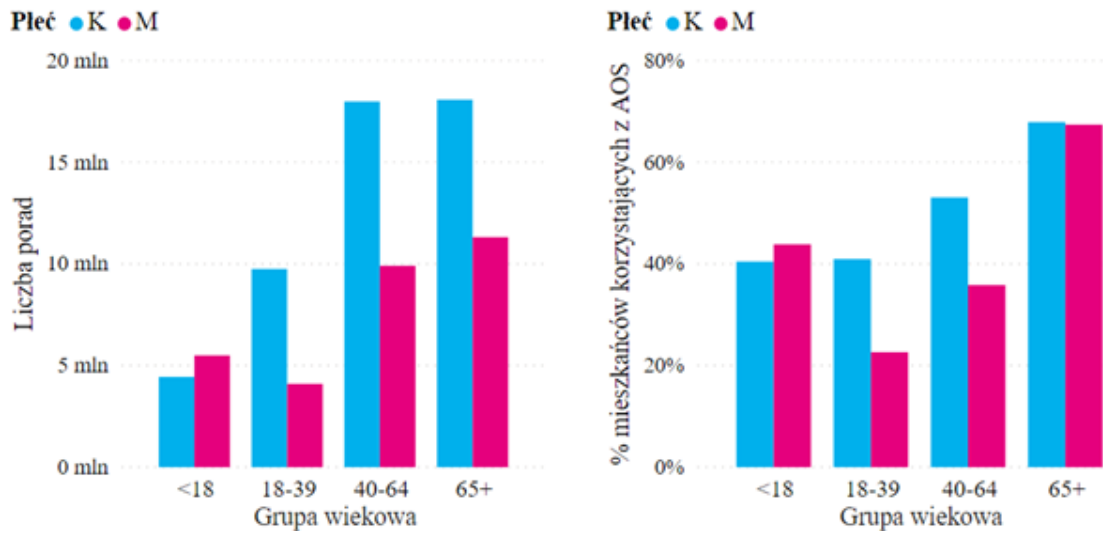
Tabela 8. Liczba pacjentów i liczba wizyt w AOS w latach 2015-2019.

Rok:	2015	2016	2017	2018	2019
Liczba porad (tys.)	86 207	85 471	83 451	81 932	81 066
Różnica do ubiegłego roku (tys.)		-736	-2 020	-1 518	-866
Różnica do ubiegłego roku (%)		-0,9	-2,4	-1,8	-1,1
Różnica między 2015 a 2019 (tys.)	-5 141				
Różnica między 2015 a 2019 (%)	-6,0				
Liczba pacjentów (tys.)	17 885	17 747	17 531	17 264	17 072
Różnica do ubiegłego roku (tys.)		-138	-216	-267	-191
Różnica do ubiegłego roku (%)		-0,8	-1,2	-1,5	-1,1
Różnica między 2015 a 2019 (tys.)	-813				
Różnica między 2015 a 2019 (%)	-4,5				
Porad na mieszkańca	2,243	2,224	2,171	2,133	2,112
Różnica do ubiegłego roku (%)		-0,8	-2,4	-1,8	-1,0
Różnica między 2015 a 2019 (%)	-5,8				
Pacjentów na mieszkańca	0,465	0,462	0,456	0,449	0,445
Różnica do ubiegłego roku (%)		-0,8	-1,2	-1,5	-1,0
Różnica między 2015 a 2019 (%)	-4,4				

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Największą grupą osób korzystających z AOS są kobiety w wieku 40-64 lat, następnie kobiety w wieku 65 i więcej lat oraz kobiety w wieku 18-39 lat. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców z uwzględnieniem ich wieku i płci z AOS korzystają w największym stopniu kobiety i mężczyźni w wieku od 65 lat wzwyż (odpowiednio 0,68 i 0,67 pacjenta na jednego mieszkańca kraju z tej samej grupy wiekowo-płciowej), a w najmniejszym stopniu mężczyźni w wieku 18-39 lat (0,23 pacjenta na jednego mieszkańca kraju z tej samej grupy wiekowo-płciowej).

Rysunek 67. Liczba wizyt w przeliczeniu na liczbę mieszkańców należących do tej samej grupy wiekowo-płciowej w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ (2019)

Tabela 9. Struktura wieku i płci pacjentów korzystających z AOS w 2019 r.

Grupa wiekowa:	<18		18-39		40-64		65 lat i więcej		Ogółem
	Płeć: K	M	K	M	K	M	K	M	
Liczba pacjentów (mln)	1,37	1,56	2,30	1,31	3,52	2,30	2,84	1,87	17,07
% wszystkich pacjentów	8,01	9,16	13,48	7,70	20,62	13,48	16,61	10,93	100
Liczba pacjentów w przeliczeniu na mieszkańca	0,41	0,44	0,41	0,23	0,53	0,36	0,68	0,67	0,45
Liczba porad (mln)	4,44	5,50	9,75	4,10	17,99	9,91	18,07	11,31	81,93
% wszystkich porad	5,48	6,78	12,03	5,06	22,19	12,22	22,30	13,96	100
Liczba wizyt w przeliczeniu na mieszkańca	1,31	1,54	1,73	0,71	2,71	1,54	4,33	4,09	2,13
Średnia liczba wizyt na 1 pacjenta	3,2	3,5	4,2	3,1	5,1	4,3	6,4	6,1	4,8

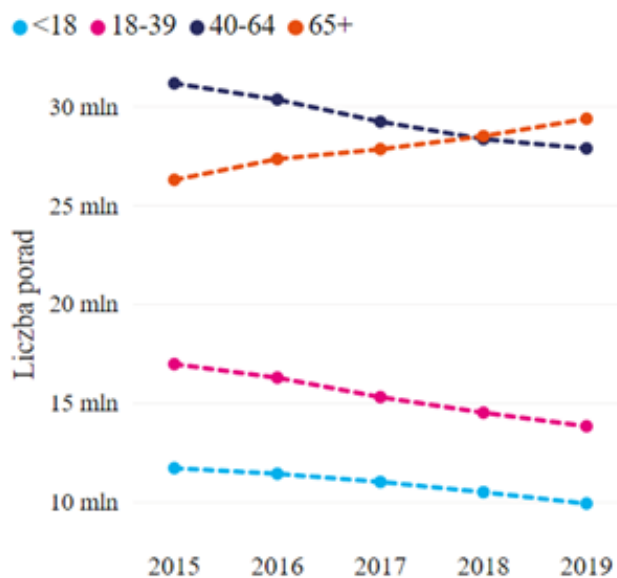
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W ostatnich latach następuje wzrost liczby pacjentów w wieku 65 i więcej lat oraz porad im udzielanych przy jednoczesnym spadku liczby pacjentów oraz liczby porad udzielanych osobom poniżej 65. roku życia. Trendy te są związane ze starzeniem się społeczeństwa i przestają być widoczne przy uwzględnieniu liczby mieszkańców z danej grupy wiekowo-płciowej. Warto jednak zaznaczyć, że osoby w wieku ponad 65 lat są jedyną grupą wiekową, u której nie obserwuje się trendu spadkowego w odsetku osób korzystających z AOS.

Struktura wiekowo-płciowa pacjentów jest bardzo zróżnicowana między poradniami. Poza poradnią geriatryczną, w której 96,5% wizyt przypada na osoby w wieku od 65 lat i więcej, do poradni o szczególnie dużym odsetku wizyt pacjentów z tej grupy wiekowej należą również

m.in. poradnia osteoporozy (67,7% wizyt przypada na osoby 65 lat wzwyż), poradnia urologiczna (65,7%), poradnia nefrologiczna (64,1%), poradnia chirurgii naczyniowej (62,2%), poradnia chorób naczyń (61,2%) oraz poradnia kardiologiczna (61,9%).

Rysunek 68. Liczba porad w latach 2015-2019 z uwzględnieniem wieku pacjentów.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ (2019)

Z kolei do poradni, z których korzystają głównie osoby w wieku 18-39 lat, należą poradnie: USG (91,7% wizyt przypada na osoby w wieku 18-39 lat), patologii ciąży (75,5%), leczenia niepłodności (69,6%), położniczo-ginekologiczne (51,9%), endokrynologiczno-ginekologiczne (50,2%) oraz ginekologiczne (48,7%).

W tym rozdziale omówiono choroby, problemy zdrowotne i inne przyczyny kontaktu z AOS zgodnie z klasyfikacją stosowaną w badaniu GBD. Rozpoznanie główne ICD-10 przypisane do każdej porady zostały przełożone na problemy zdrowotne GBD za pomocą słownika opracowanego przez IHME. Klasyfikacja GBD posiada kilka poziomów szczegółowości, w rozdziale uwzględniono poziom 2 i 3.

Najczęstsze problemy zdrowotne będące przyczyną kontaktu z AOS w latach 2015-2019 to choroby układu mięśniowo-szkieletowego (10,9% wszystkich porad), choroby narządów zmysłów (10,8%, w tym ślepota i upośledzenie wzroku – 7,3% wszystkich wizyt) oraz nowotwory (9,2%).

Tabela 10. Problemy zdrowotne i inne przyczyny kontaktu z AOS w latach 2015-2019 zgodnie z klasyfikacją stosowaną w GBD⁶⁰.

Problem zdrowotny GBD	Odsetek wszystkich wizyt
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	10,9%
Choroby narządów zmysłu	10,8%
w tym ślepotą i upośledzenie wzroku	7,3%
Nowotwory	9,2%
Przewlekłe choroby układu oddechowego	8,1%
w tym astma	2,2%
Choroby skóry i tkanki podskórnej	7,3%
Choroby układu krążenia	7,2%
Choroby układu nerwowego	5,0%
Choroby układu trawiennego	3,3%
Cukrzyca i choroby nerek	3,3%
w tym cukrzyca	2,8%
Inne choroby niezakaźne	13,9%
w tym:	
choroby układu moczowego, niepłodność u mężczyzn	7,7%
choroby układu wydzielania wewnętrznego, przemiany materii, krwi i układu odpornościowego	3,6%
Schorzenia matki i noworodków	2,8%
w tym schorzenia matki	2,6%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

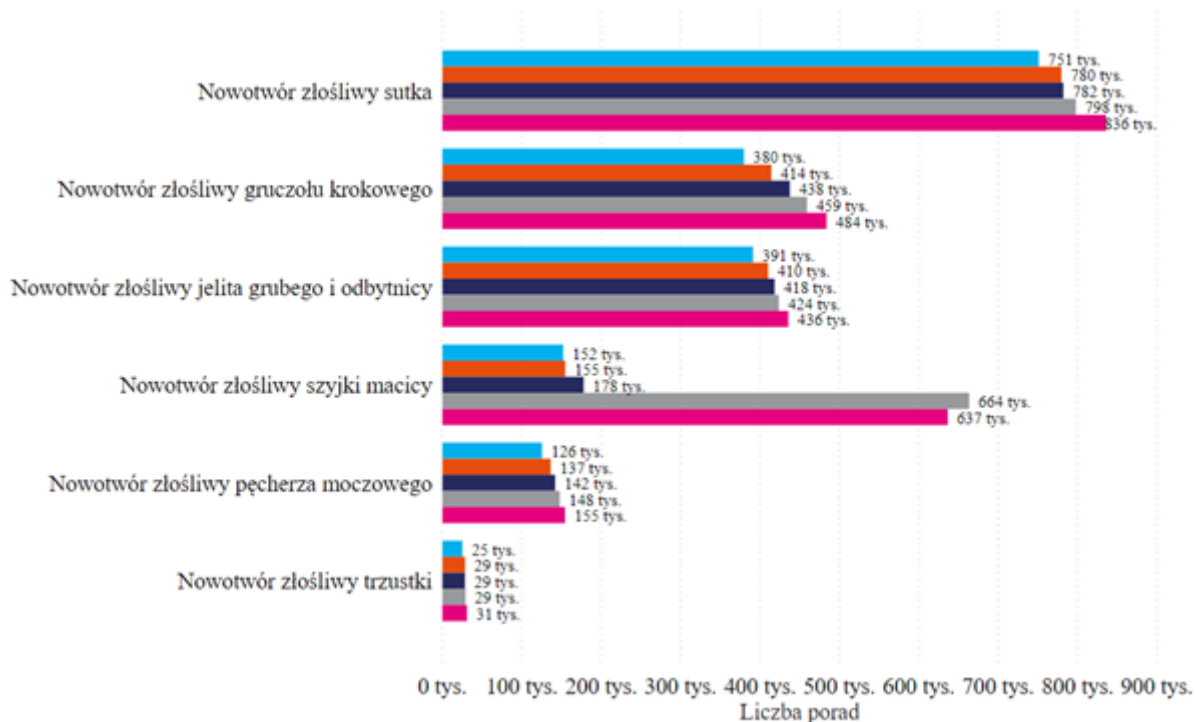
⁶⁰ W tabeli pokazano tylko problemy będące przyczyną co najmniej 2% wszystkich porad; pokazane problemy odpowiadają w sumie za ok. 85% wszystkich porad.

Pomiędzy 2015 r. a 2019 r. nastąpił duży wzrost liczby porad związanych z nowotworami, w tym szczególnie z nowotworami złośliwymi (nowotwór złośliwy szyjki macicy: wzrost liczby porad o 318,2%, gruczołu krokowego: 27,3%, pęcherza moczowego: 23%, trzustki: 22,3%). Skokowy wzrost liczby porad związanych z nowotworem złośliwym szyjki macicy w 2018 r. wynika z wprowadzenia przesiewowych badań cytologicznych w tym kierunku. Postępujący wzrost porad związanych z większością innych nowotworów wynika z wprowadzanych zmian w diagnostyce i leczeniu onkologicznym, w tym wprowadzenia pakietu onkologicznego, a także zniesienia limitów świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.

Wzrost liczby porad zaobserwowano również w przypadku zaburzeń ze spektrum autyzmu (37,2%), zaniechywanych chorób tropikalnych (35,2%), tętniaka aorty (22,2%) oraz HIV i AIDS (22%). Duży spadek w liczbie porad między 2015 r. a 2019 r. zaobserwowano natomiast w przypadku świerzbu (64,3%), zakażeń przenoszonych drogą płciową z wyłączeniem HIV (37,4%) oraz zakażeń górnych dróg oddechowych (36,3%).

Rysunek 69. Zmiany w liczbie porad związanych z wybranymi nowotworami w AOS w latach 2015-2019.

● 2015 ● 2016 ● 2017 ● 2018 ● 2019

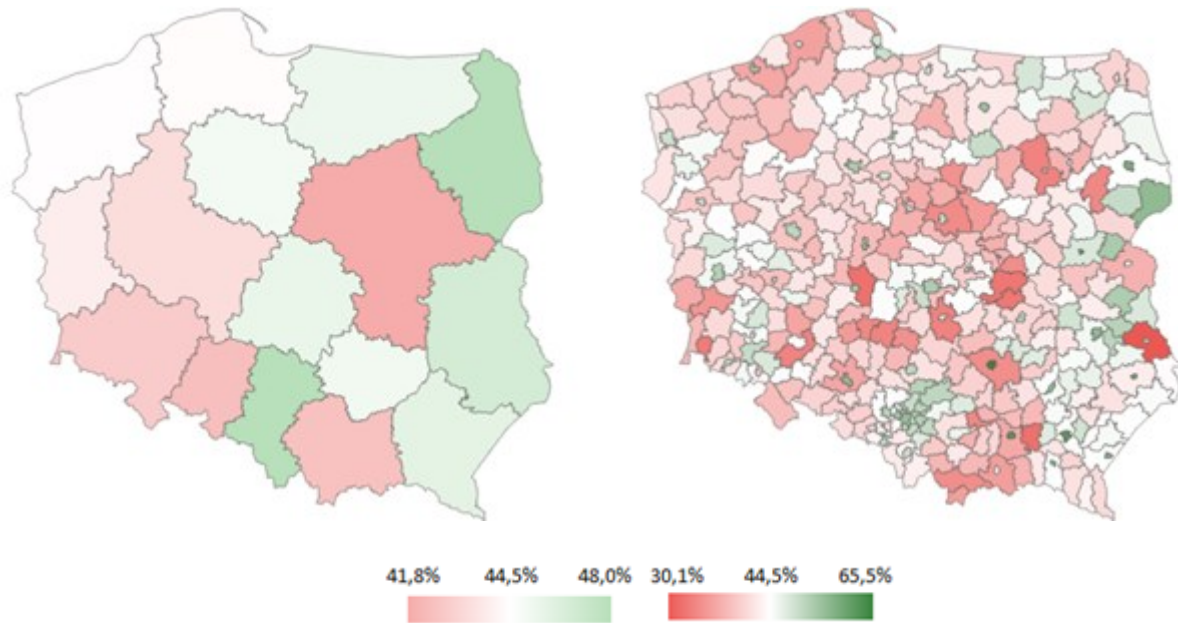


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Mieszkańcy poszczególnych województw i powiatów nie korzystają z AOS w podobnym stopniu. Największy odsetek osób korzystających z AOS obserwuje się w województwie podlaskim i śląskim (odpowiednio 48% i 47,9%), najmniejszy w województwie mazowieckim (41,8%).

Różnice w odsetku osób korzystających z AOS pomiędzy powiatami są niekiedy nawet ponad dwukrotne: na 100 mieszkańców Siedlec, Kielc, Tarnowa i Rzeszowa przypada ponad 60 osób, które skorzystały z AOS w 2019 r., natomiast na 100 mieszkańców powiatu chełmskiego, dębickiego, kaliskiego, grójeckiego i białobrzeskiego przypada 30-33 osoby.

Rysunek 70. Odsetek mieszkańców danego województwa lub powiatu, którzy skorzystali z AOS w 2019 r. (niezależnie od miejsca realizacji porady)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ (2019)

Tabela 11. Odsetek osób korzystających z AOS oraz liczba porad na mieszkańca w 2019 r. z uwzględnieniem podziału na województwa.

Województwo	% osób korzystających z AOS	Liczba porad na 1 mieszkańca
podlaskie	48,0%	2,43
śląskie	47,9%	2,48
lubelskie	46,6%	2,26
podkarpackie	45,8%	2,19
łódzkie	45,5%	2,17
warmińsko-mazurskie	45,4%	2,09
świętokrzyskie	45,2%	2,08
kujawsko-pomorskie	45,1%	2,09
zachodniopomorskie	44,5%	2,11
pomorskie	44,4%	2,11
lubuskie	44,0%	1,92
wielkopolskie	43,4%	1,95
dolnośląskie	42,8%	1,87
małopolskie	42,5%	2,11
opolskie	42,4%	1,86
mazowieckie	41,8%	1,96

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Tabela 12. Powiaty z największą i najmniejszą liczbą pacjentów w przeliczeniu na liczbę ludności oraz liczba porad w 2019 r.

Powiat	Województwo	% mieszkańców korzystających z AOS	Porad na 1 mieszkańca
chełmski	lubelskie	30,10%	1,22
dębicki	podkarpackie	32,20%	1,34
kaliski	wielkopolskie	32,20%	1,37
grójecki	mazowieckie	32,70%	1,22
białobrzeski	mazowieckie	32,80%	1,19
lubański	dolnośląskie	33,20%	1,2
ostrołęcki	mazowieckie	33,70%	1,28
piotrkowski	łódzkie	33,80%	1,3
wrocławski	dolnośląskie	33,80%	1,37
wieluński	łódzkie	33,80%	1,27
wysokomazowiecki	podlaskie	34,20%	1,46
wieruszowski	łódzkie	34,30%	1,3
[...]			
m. Opole	opolskie	55,30%	2,76
hajnowski	podlaskie	56,10%	3,04
m. Lublin	lubelskie	56,30%	3,36
m. Tarnobrzeg	podkarpackie	56,30%	3,29
m. Przemyśl	podkarpackie	56,90%	3,06
m. Zamość	lubelskie	58,10%	3,03
m. Krosno	podkarpackie	58,20%	2,96
m. Białystok	podlaskie	58,50%	3,3
m. Siedlce	mazowieckie	61,90%	3,53

m. Rzeszów	podkarpackie	62,00%	3,37
m. Tarnów	małopolskie	62,50%	3,46
m. Kielce	świętokrzyskie	65,50%	3,32

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ (2019)

Spadek liczby pacjentów i udzielonych porad w latach 2015-2019 nastąpił we wszystkich województwach – największy w województwie lubuskim, najmniejszy w lubelskim.

Tabela 13. Zmiana w liczbie pacjentów i porad w przeliczeniu na liczbę ludności w latach 2015-2019 w województwach.

Województwo:	% mieszkańców korzystających z AOS				Liczba porad na 1 mieszkańca			
	2015	2018	2019	2015 vs. 2019	2015	2018	2019	2015 vs. 2019
lubuskie	47,3%	44,6%	44,0%	-3,3%	2,2	1,96	1,92	-0,28
dolnośląskie	45,5%	43,4%	42,8%	-2,7%	2,01	1,89	1,87	-0,14
wielkopolskie	45,8%	43,9%	43,4%	-2,4%	2,07	1,96	1,95	-0,12
kujawsko-pomorskie	47,5%	45,7%	45,1%	-2,4%	2,23	2,12	2,09	-0,14
mazowieckie	44,1%	42,3%	41,8%	-2,3%	2,1	1,97	1,96	-0,14
warmińsko-mazurskie	47,7%	46,0%	45,4%	-2,3%	2,23	2,13	2,09	-0,14
śląskie	50,1%	48,5%	47,9%	-2,2%	2,63	2,51	2,48	-0,15
małopolskie	44,6%	43,1%	42,5%	-2,1%	2,3	2,16	2,11	-0,19
pomorskie	46,3%	45,0%	44,4%	-1,9%	2,22	2,13	2,11	-0,11
zachodniopomorskie	46,4%	44,7%	44,5%	-1,9%	2,22	2,11	2,11	-0,11
opolskie	44,2%	42,9%	42,4%	-1,8%	1,95	1,86	1,86	-0,09
podlaskie	49,8%	48,2%	48,0%	-1,8%	2,56	2,45	2,43	-0,13
podkarpackie	47,2%	46,2%	45,8%	-1,4%	2,27	2,21	2,19	-0,08
łódzkie	46,8%	45,9%	45,5%	-1,3%	2,23	2,18	2,17	-0,06
świętokrzyskie	46,1%	45,2%	45,2%	-0,9%	2,22	2,09	2,08	-0,14
lubelskie	47,1%	46,7%	46,6%	-0,5%	2,31	2,27	2,26	-0,05

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

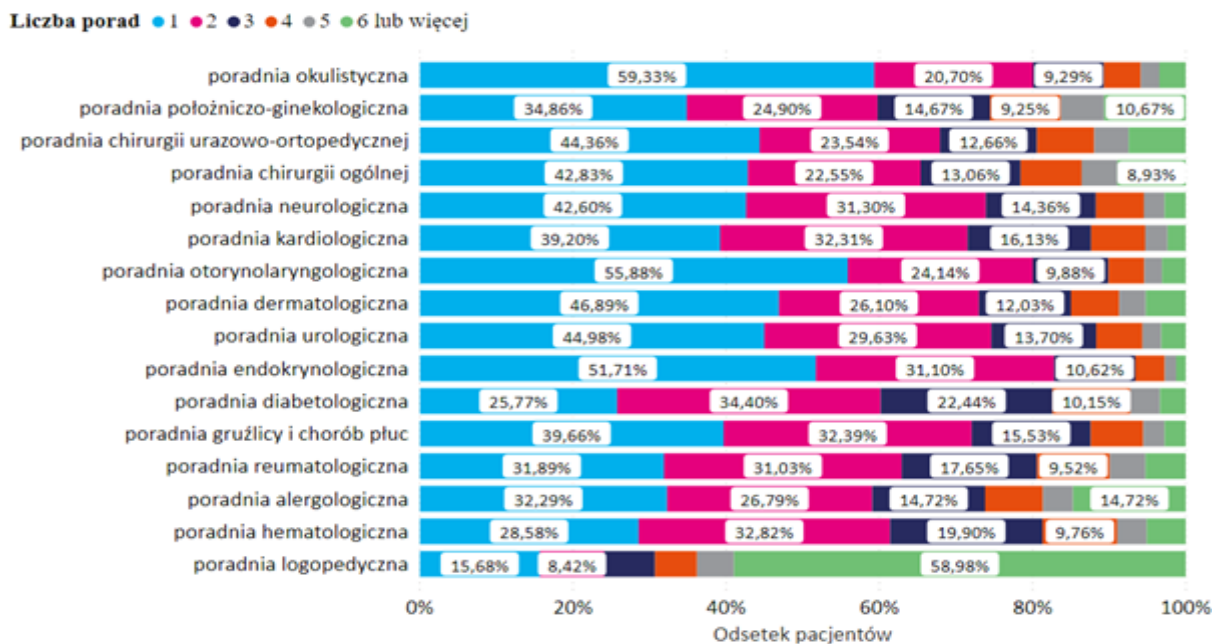
Świadczenia zdrowotne

Pomiędzy 2015 a 2018 r. liczba poradni udzielających świadczeń w ramach NFZ spadła o 2,4% (z 23 991 do 23 404), ale w 2019 r. świadczeń udzielało już 23 406 poradni. Największa liczba poradni udzielających świadczeń w ramach NFZ w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców była w województwie śląskim (7,99) i świętokrzyskim (7,10), a najmniejsza w pomorskim (4,76) i małopolskim (5,00).

Spadek liczby poradni poszczególnych rodzajów w latach 2015-2019 odnotowano w przypadku większości rodzajów poradni, z wyjątkiem pracowni endoskopii, pracowni tomografii komputerowej, pracowni rezonansu magnetycznego oraz poradni onkologicznej. Duży spadek nastąpił w przypadku poradni okulistycznych (spadek o 7% między 2015 a 2019 r.), reumatologicznych (7,6%) i alergologicznych (7,5%).

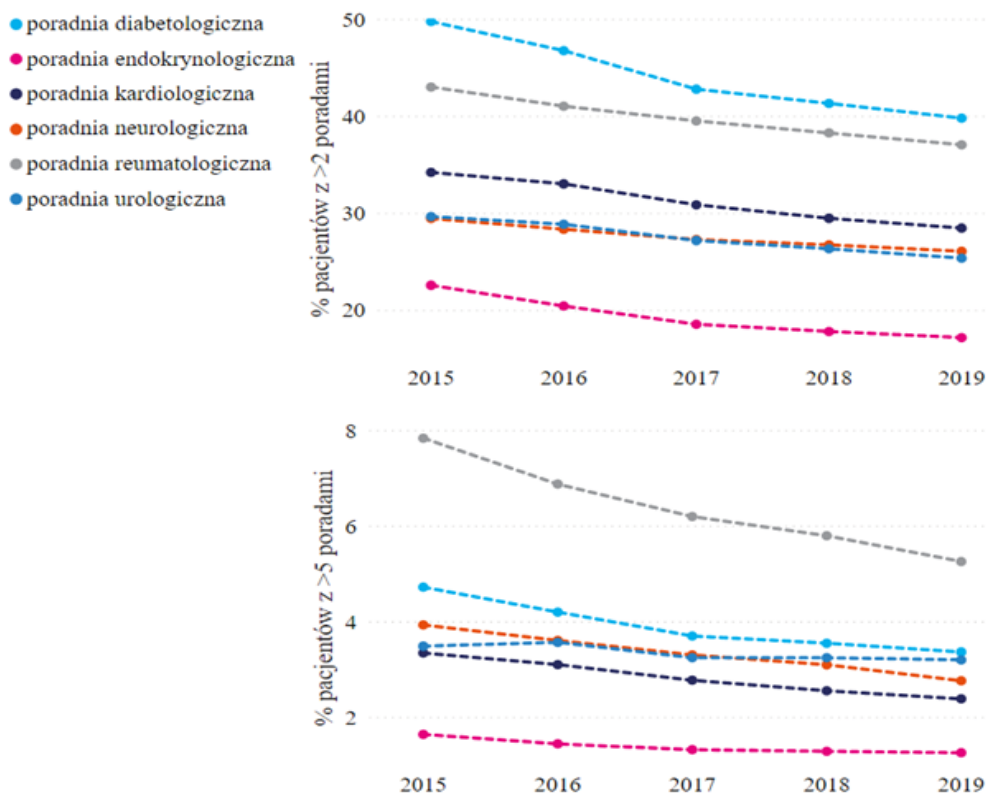
Większości pacjentów udzielono 1 lub 2 porady w danym rodzaju poradni w ciągu roku. Do poradni o wyjątkowo dużym odsetku pacjentów, którym udzielono porady więcej niż dwa razy w ciągu roku, należą poradnie: logopedyczne, diabetologiczne, alergologiczne, położniczo-ginekologiczne, reumatologiczne i hematologiczne. Różnice w liczbie porad udzielanych pojedynczym pacjentom są związane ze specyfiką leczenia chorób, z którymi zgłaszają się pacjenci. Jednak w przypadku niektórych poradni dużą część pacjentów stanowią osoby z chorobami przewlekłymi, których leczenie może być w sposób bezpieczny i skuteczny kontynuowane przez lekarzy POZ. Wysoki odsetek porad udzielonych pacjentom, którzy pojawili się w poradni trzy lub więcej razy w danym roku, może świadczyć o zbyt małym udziale POZ w leczeniu pacjentów z postaciami przewlekłymi choroby. Odsetek ten spadł w ciągu ostatnich kilku lat w przypadku większości poradni.

Rysunek 71. Odsetek pacjentów z uwzględnieniem liczby porad, których im udzielono w poradni danego typu w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rysunek 72. Odsetek pacjentów, którzy pojawili się w danym rodzaju poradni ponad dwa razy (górny wykres) lub ponad pięć razy (dolny wykres) w ciągu roku.



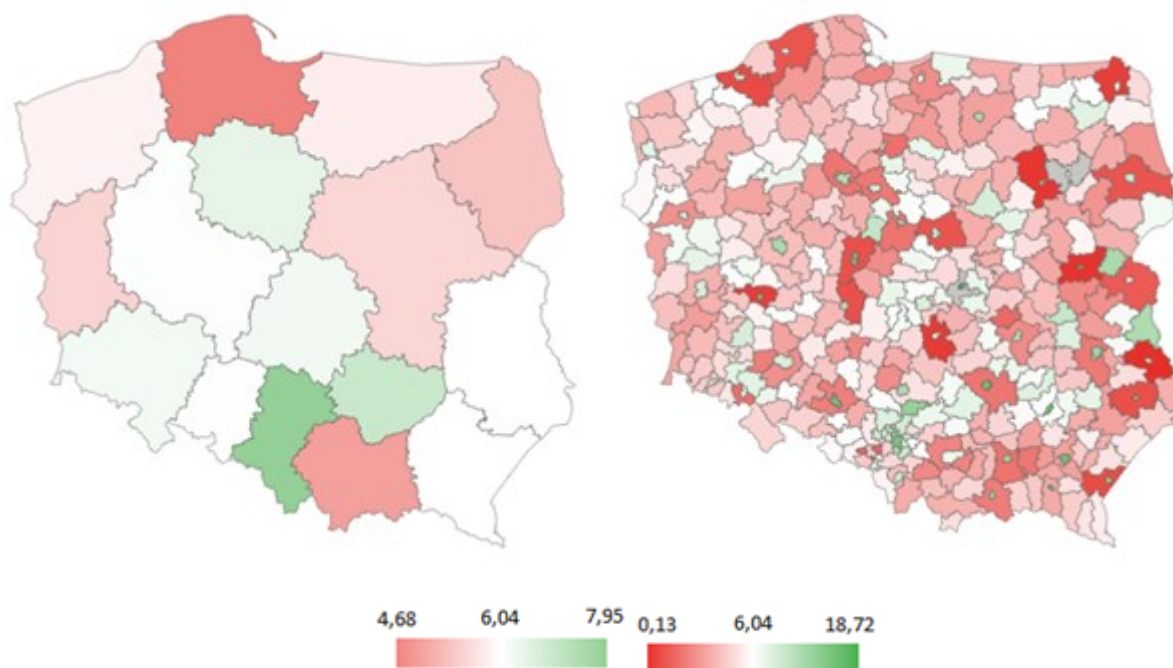
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Największa liczba poradni ogółem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców występuje w województwie śląskim (8,0) i świętokrzyskim (7,0), najmniej w województwie pomorskim (4,7) oraz małopolskim (5,0).

Przy uwzględnieniu podziału na powiaty największe zagęszczenie poradni w przeliczeniu na 10 tys. ludności występuje głównie w miastach na prawach powiatu: w Skierniewicach (18,7), Krośnie (17,5), Tarnobrzegu (16,7), Siedlcach (16,0), Kielcach (15,9). Poza miastami na prawach powiatu dużą wartością tego wskaźnika charakteryzuje się również powiat myszkowski (13,4; województwo śląskie), łosicki (12,0, województwo mazowieckie) i włodawski (11,7; województwo lubelskie).

Najmniejsza liczba poradni na 10 tys. ludności występuje w powiatach: chełmskim (0,1), siedleckim (0,3), ostrołęckim (0,3), piotrkowskim (0,4) i leszczyńskim (0,5). W przypadku dwóch powiatów – skierniewickiego oraz łomżyńskiego – w latach 2015-2018 nie było żadnej poradni świadczącej usługi AOS w ramach kontraktu z NFZ. Wśród 20 powiatów z najniższą liczbą poradni (lub pozbawionych poradni) w przeliczeniu na populację 18 stanowi tzw. powiaty obwarzankowe otaczające miasta na prawach powiatu, w których liczba poradni jest dużo wyższa.

Rysunek 73. Liczba poradni ogółem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców danego województwa lub powiatu w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

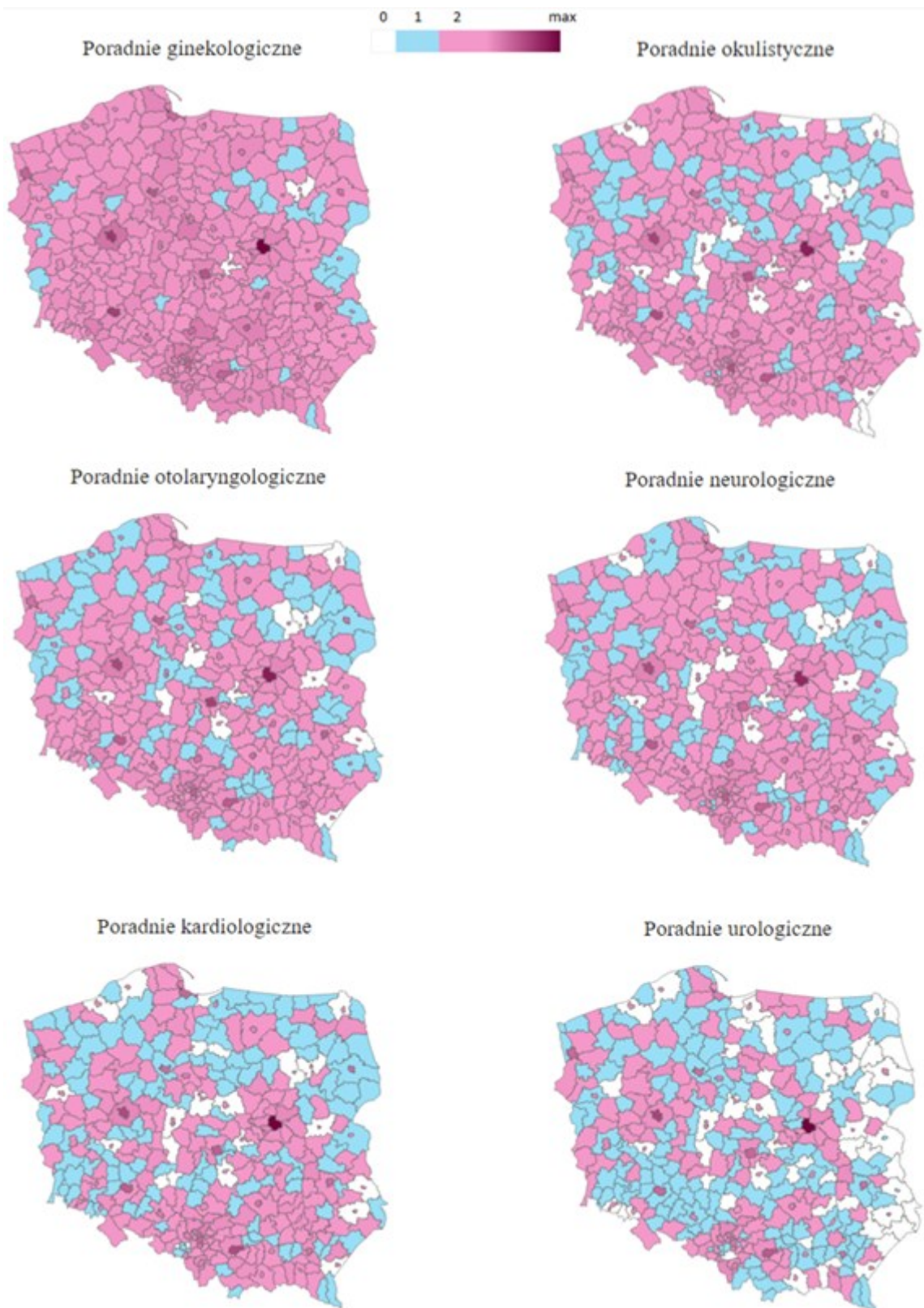
Tabela 14. Dziesięć powiatów z najwyższą i najniższą liczbą poradni przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2019 r.

Powiat	Województwo	Liczba poradni	Liczba poradni na 100 tys. mieszkańców
m. Skierniewice	łódzkie	90	18,7
m. Krosno	podkarpackie	81	17,5
m. Tarnobrzeg	podkarpackie	78	16,7
m. Siedlce	mazowieckie	125	16,0
m. Kielce	świętokrzyskie	309	15,9
m. Rzeszów	podkarpackie	308	15,7
m. Opole	opolskie	198	15,5
m. Katowice	śląskie	447	15,3
m. Konin	wielkopolskie	110	15,0
m. Zamość	lubelskie	94	14,8
[...]			
koniński	wielkopolskie	14	1,1
zamojski	lubelskie	11	1
koszaliński	zachodniopomorskie	6	0,9
przemyski	podkarpackie	7	0,9
suwalski	podlaskie	2	0,6
leszczyński	wielkopolskie	3	0,5
piotrkowski	łódzkie	4	0,4
ostrołęcki	mazowieckie	3	0,3
siedlecki	mazowieckie	2	0,2
chełmski	lubelskie	1	0,1

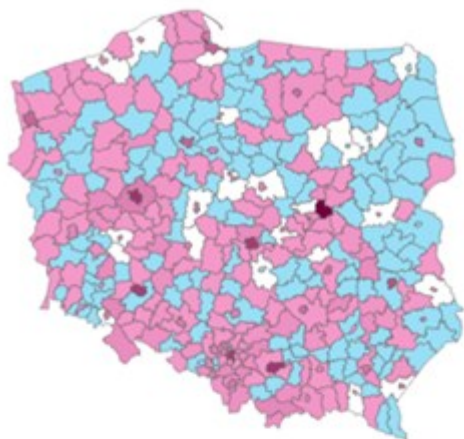
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W przypadku poradni ginekologiczno-położniczych (w tym ginekologiczno-położniczych dla dziewcząt, ginekologii onkologicznej, patologii ciąży, okresu przekwitania, profilaktyki chorób piersi oraz planowania rodziny) występuje przynajmniej jedna poradnia w każdym z 378 powiatów. W przypadku poradni okulistycznych, otorynolaryngologicznych, neurologicznych, kardiologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz dermatologicznych pozbawionych nawet jednej poradni jest kilkanaście powiatów, głównie są to powiaty obwarzankowe. Poradni urologicznych pozbawionych jest oprócz powiatów obwarzankowych również szereg powiatów przy wschodniej granicy kraju, w województwie podlaskim i lubelskim. Poradni diabetologicznych brakuje w powiatach województwa podlaskiego i warmińsko-mazurskiego. Poradni endokrynologicznych oraz alergologicznych brakuje w około połowie powiatów na terenie całego kraju. Poradnie geriatryczne są obecne na terenie tylko 41 powiatów – najwięcej jest ich w Krakowie (8) oraz w Warszawie (9).

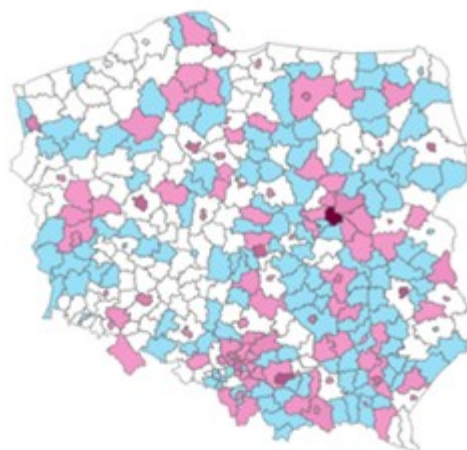
Rysunek 74. Liczba poradni wybranych specjalności w 2019 r.



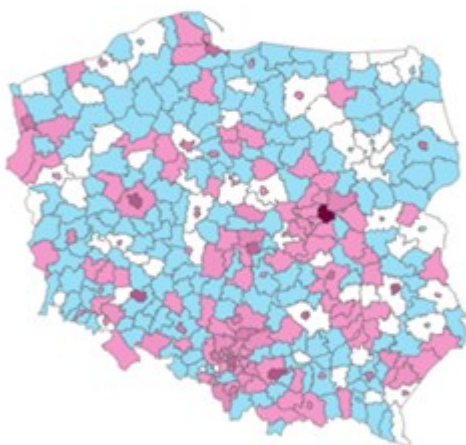
Poradnie chirurgii urazowo-ortopedycznej



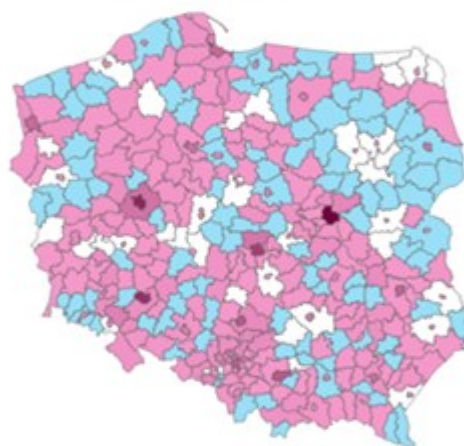
Poradnie endokrynologiczne



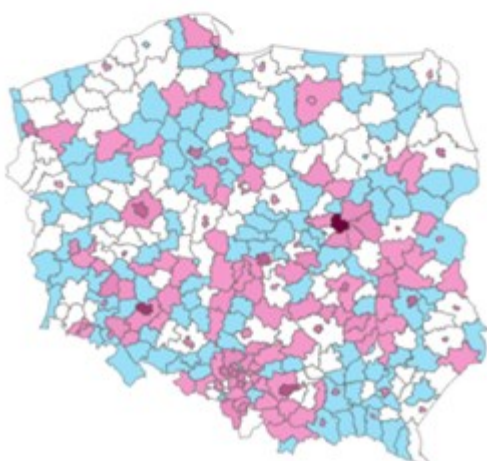
Poradnie diabetologiczne



Poradnie dermatologiczne



Poradnie alergologiczne



Poradnie geriatryczne



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ (2019)

Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne

Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne jest jednym z najczęściej stosowanych wskaźników pozwalającym na ocenę dostępności opieki zdrowotnej. Długi czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne jest zjawiskiem niekorzystnym, zarówno biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjenta, jak i finanse publiczne. Może się to wiązać z opóźnioną diagnozą, a przez to z późniejszym podjęciem leczenia, kiedy szanse na wyleczenie pacjenta są dużo mniejsze, a koszt leczenia wyższy. W przypadku AOS długi czas oczekiwania na wizytę może wiązać się z koniecznością hospitalizacji pacjenta, która byłaby do uniknięcia, gdyby czas oczekiwania był krótszy.

W analizie porównano czas oczekiwania na poszczególne świadczenia zdrowotne i wizyty w poradniach w całej Polsce w poszczególnych województwach na podstawie średnich przeciętnego czasu oczekiwania raportowanych przez świadczeniodawców, ważonych liczbą osób oczekujących.

Tabela 15. Przeciętny czas oczekiwania oraz liczba osób oczekujących na wizytę w wybranej poradni/świadczenie AOS, stan na luty 2020 r.

Poradnia/ świadczenie	Kat.*	L. osób oczekujących (tys.)**	Średnia przeciętnych czasów oczekiwania sprawozdawanych przez świadczeniodawców, ważona liczbą osób oczekujących (w dniach)		
			Polska	Województwo o najdłuższym czasie oczekiwania	Województwo o najkrótszym czasie oczekiwania
Poradnia położniczo- ginekologiczna	P	1,3	9	łódzkie (21)	lubelskie (0)
	S	98,0	38	śląskie (58)	świętokrzyskie (23)
Poradnia okulistyczna	P	10,1	68	świętokrzyskie (93)	lubelskie (8)
	S	342,4	139	warmińsko- mazurskie (245)	lubelskie (81)
Poradnia oto- laryngologiczna	P	5,3	48	mazowieckie (81)	świętokrzyskie (4)
	S	120,8	67	mazowieckie (143)	lubelskie (27)
Poradnia neurologiczna	P	16,8	76	mazowieckie (109)	podkarpackie (20)
	S	195,6	96	mazowieckie (148)	świętokrzyskie (38)
Poradnia dermato- logiczna	P	2,5	35	śląskie (65)	podkarpackie (2)
	S	112,6	58	mazowieckie (87)	świętokrzyskie (26)
Świadczenia z zakresu kardiologii w poradni kardiologicznej	P	18,1	89	mazowieckie (115)	lubelskie (20)
	S	176,3	151	opolskie (267)	lubelskie (73)

Poradnia urologiczna	P	5,6	59	opolskie (96)	świętokrzyskie (11)
	S	94,5	105	podlaskie (145)	podkarpackie (54)
Poradnia diabetologiczna	P	2,0	96	mazowieckie (172)	świętokrzyskie (8)
	S	51,9	89	mazowieckie (170)	lubuskie (45)
Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej	P	19,1	49	świętokrzyskie (116)	warmińsko-mazurskie (15)
	S	177,3	76	mazowieckie (122)	łódzkie (49)
Świadczenia z zakresu endokrynologii w poradni endokrynologicznej	P	10,6	142	dolnośląskie (218)	świętokrzyskie (32)
	S	116,2	311	dolnośląskie (817)	podkarpackie (91)

* Kat. - kategoria medyczna (P – przypadek pilny, S – przypadek stabilny), ** Suma osób oczekujących za luty 2020 r.

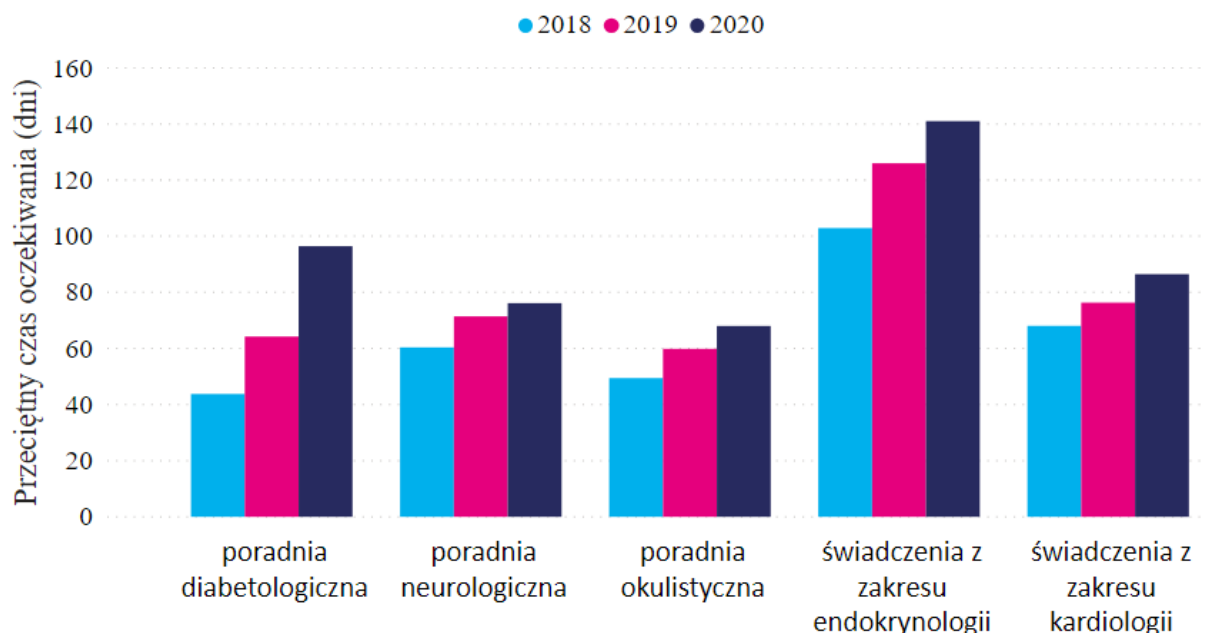
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Przeciętnie powyżej trzech miesięcy oczekiwania w lutym 2020 r. mieli przed sobą pacjenci w stanie stabilnym, chcący skorzystać z poradni endokrynologicznej (311 dni), kardiologicznej (151 dni), okulistycznej (139 dni), urologicznej (105 dni) oraz neurologicznej (96 dni). Ponad dwa miesiące musieli oczekiwać pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne do poradni endokrynologicznej (142 dni), diabetologicznej (96 dni), kardiologicznej (89 dni), neurologicznej (76 dni) oraz okulistycznej (68 dni).

W przypadku poradni diabetologicznej w lutym 2020 r. przeciętny czas oczekiwania pacjentów zakwalifikowanych jako przypadek pilny był dłuższy niż pacjentów zakwalifikowanych jako przypadek stabilny, co jest związane z wydłużeniem przeciętnego czasu oczekiwania przypadków pilnych o około 50 dni w przeciągu 2 ostatnich lat. Wydłużył się również czas oczekiwania pacjentów w stanie pilnym do poradni neurologicznej,

okulistycznej oraz na świadczenia z zakresu endokrynologii i kardiologii. Czas oczekiwania pacjentów zakwalifikowanych jako przypadek stabilny nie zmienił się przez ten czas w dużym stopniu.

Rysunek 75. Przeciętny czas oczekiwania na wizytę w styczniu 2018 r., 2019 r. i 2020 r. dla przypadków pilnych⁶¹



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Wykorzystując czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne do oceny dostępności, należy pamiętać o jego istotnych ograniczeniach. Przede wszystkim czas oczekiwania na to samo świadczenie zdrowotne może różnić się diametralnie pomiędzy poszczególnymi placówkami leczniczymi, nawet położonymi w tym samym mieście. W wielu przypadkach pacjenci decydują się na dłuższe oczekiwanie pomimo dostępności placówki o krótszym czasie, kierując się renomą placówki, opinią na temat lekarza czy odległością od miejsca zamieszkania. Po drugie, dane użyte do powyższej analizy opierają się na danych sprawozdawanych przez placówki medyczne bezpośrednio i w sposób częściowo automatyczny, bez dodatkowej weryfikacji.

Odciążenie leczenia szpitalnego przez AOS

Jednym z problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej jest nadmierne skoncentrowanie procesu leczenia w lecznictwie szpitalnym i niedostatecznie duża rola leczenia ambulatoryjnego. Polska należy do krajów UE o najwyższym udziale leczenia szpitalnego w strukturze wydatków na opiekę zdrowotną, wysokiej liczbie łóżek w przeliczeniu na mieszkańca i zbyt rozbudowanej infrastrukturze w sektorze szpitalnym⁶². Przeniesienie części

⁶¹ Na wykresie pokazano tylko poradnie, dla których czas oczekiwania przekroczył w 2020 r. 60 dni.

⁶² *Profil systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Komisja Europejska, 2019.

świadczeń niewymagających hospitalizacji do AOS skutkowałyby zmniejszeniem obciążenia oddziałów szpitalnych, a przez to również nakładów finansowych, a także zwiększeniem bezpieczeństwa pacjenta ze względu na brak kontaktu z lekoopornymi szczepami bakterii. Do takich świadczeń należą krótkie zabiegi niewymagające monitorowania pacjenta przez całą dobę, a także świadczenia związane z diagnostyką, w tym również diagnostyką przedoperacyjną wykonywaną w przyszpitalnych poradniach AOS. W poniższej analizie mającej na celu identyfikację oraz oszacowanie liczby takich świadczeń skupiono się na procedurach medycznych, które są sprawozdawane do NFZ przez ośrodki medyczne razem ze świadczeniami za pomocą kodów ICD-9.

Pierwszą grupą procedur, które mogą być potencjalnie wykonywane w większym stopniu w AOS są procedury wykonywane w ramach małych i krótkich zabiegów, a więc są zazwyczaj rozliczane razem z produktami JGP należącymi do kategorii zabiegowych, a także są wykonywane w lecznictwie zamkniętym dużo częściej w ramach hospitalizacji jednodniowych (w ponad 70%) niż wielodniowych, często są również wykonywane w AOS (w ponad 40%). Dodatkowo zawężono wybór do procedur, które są również w ponad 20% wykonywane w szpitalu oraz mających co najmniej 500 sprawozdanych kontaktów ogółem w 2019 r.

Wstępnie wytypowane procedury zostały skonsultowane z ekspertami zewnętrznymi – konsultantami krajowymi w odpowiednich dziedzinach medycznych. Do ograniczeń, które wymieniali, należą: forma znieczulenia (procedury: zniszczenie lub wycięcie zmiany języka, wycięcie zmiany w zakresie przedsionka jamy ustnej, uwolnienie więzadła - nadgarstek oraz uwolnienie więzadła - ręka i palce), stan ogólny pacjenta (biopsje gruboigłowe piersi), wystąpienie powikłań, problemy sprzętowe (cytoskopia przezcewkowa). Zwracali też uwagę na to, że niezbędna jest nowa wycena niektórych procedur (uwzględniająca metodę wykonywania; niektóre procedury mogą być wykonywane różnymi metodami, co powinno wiązać się z różnicą w wycenie). W niektórych przypadkach również opracowanie nowych standardów.

Tabela 16. Procedury, które mogłyby być wykonywane w większym stopniu w AOS

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Suma			% LZ 1 dnia
		kontaktów	% AOS	% LZ	
57.32	Cystoskopia przezcewkowa	76 741	79,41	20,59	73,28
60.111	Biopsja stercza przezodbytnicza wielomiejscowa	40 584	57,08	42,92	72,31
85.131	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG	18 483	73,96	26,04	95,99
80.453	Uwolnienie więzadła - nadgarstek	11 494	67,84	32,16	59,79
80.454	Uwolnienie więzadła - ręka i palce	5 087	75,96	24,04	77,02
85.132	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna	4 652	77,92	22,08	94,74
58.22	Inna uretroskopia	1 946	71,22	28,78	65,89
70.24	Biopsja pochwy	1 536	44,14	55,86	69,00
25.1	Zniszczenie lub wycięcie zmiany języka	961	53,9	46,1	65,01
27.491	Wycięcie zmiany w zakresie przedsionka jamy ustnej	790	79,49	20,51	65,43

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Drugą grupą procedur, które mogą być potencjalnie wykonywane w większym stopniu w AOS, są procedury wykonywane w ramach diagnostyki, a więc zazwyczaj rozliczane razem z produktami JPG z kategorii zachowawczych, a także często wykonywane w AOS (w ponad 40%). W związku z tym, że w ramach jednej hospitalizacji mogą być rozliczane produkty zarówno zabiegowe, jak i zachowawcze, wybrano te procedury, które są w zdecydowanej większości wykonywane w ramach hospitalizacji rozliczanych tylko produktami zachowawczymi (>95% hospitalizacji). Dodatkowo zawężono wybór do procedur, które są również w ponad 20% wykonywane w szpitalu oraz mających co najmniej 500 sprawozdanych kontaktów ogółem w 2019 r.

Tabela 17. Procedury, które mogłyby być wykonywane w większym stopniu w AOS

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Suma			% hosp.	
		kontaktów	% AOS	% LZ	% LZ 1 dnia	tylko zach.
88.714	USG naczyń szyi – doppler	388137	79,81	20,19	0,05	95,63
88.912	RM mózgu i pnia mózgu bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	74147	65,53	34,47	0,58	98,44
87.033	TK tętnic głowy i szyi	47945	74,93	25,07	0,14	95,02
88.911	RM mózgu i pnia mózgu bez wzmocnienia kontrastowego	27063	63,98	36,02	0,63	95,4
92.011	Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynnościowe tarczycy – z zastosowaniem jodu 131I	5597	61,01	38,99	0	99,61
07.199	Hormonalne testy dynamiczne, inne	4123	54,55	45,45	8,16	99,41
93.94	Nebulizacja	2005	40,1	59,9	0	98,76
90.33	Badanie mikroskopowe materiału z ucha, nosa i krtani - posiew i antybiogram	879	79,64	20,36	3,35	95,14

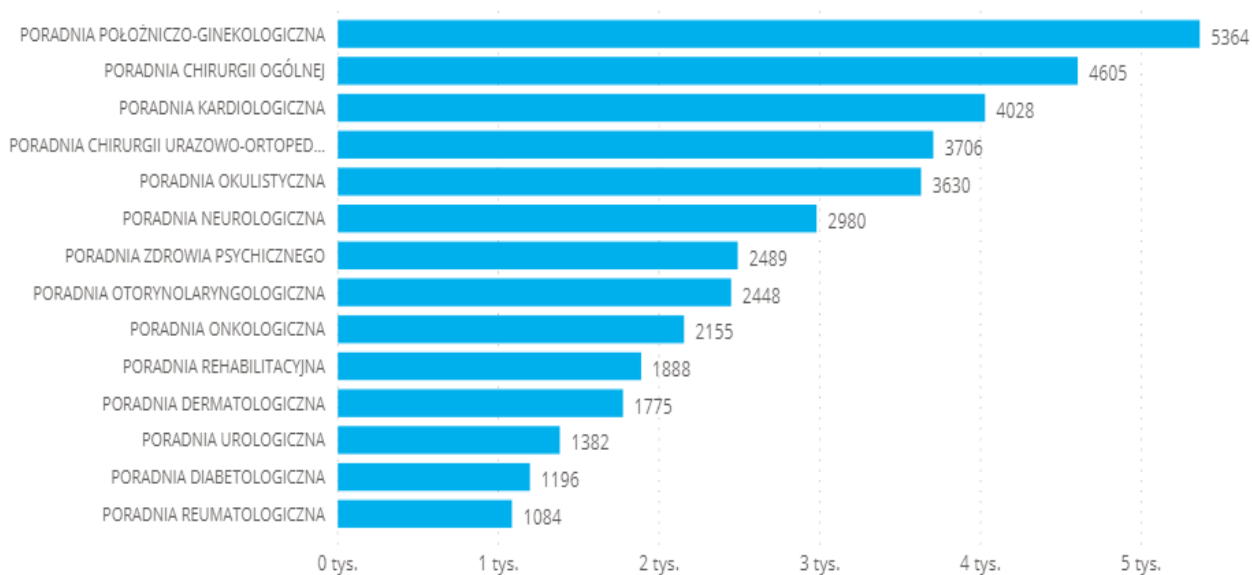
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Wyniki powyższej analizy wskazują na to, że istnieje grupa procedur, które należy rozważyć w kontekście wykonywania w większym stopniu w ramach AOS. Przygotowanie bardziej szczegółowego wykazu takich procedur, wraz z ustaleniem dokładnego odsetka możliwego do przeniesienia, wymagałoby szerszej konsultacji ze środowiskiem medycznym ze względu na konieczność oceny możliwości sprzętowych oraz częstości powikłań w poszczególnych dziedzinach medycznych.

Kadry

W 2019 r. najwięcej lekarzy miało podpisaną umowę na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ w poradniach położniczo-ginekologicznych (ponad 5 tys.). Ogólnie rzecz biorąc, liczba lekarzy w poszczególnych poradniach koreluje z liczbą udzielonych porad, aczkolwiek w niektórych poradniach liczba porad przypadająca na 1 lekarza jest wyjątkowo wysoka: tak jest w przypadku poradni dermatologicznej, alergologicznej, endokrynologicznej oraz urologicznej. Wynik ten może być związany ze specyfiką danej specjalności medycznej, formą zatrudnienia lekarzy w danej specjalności, ale też pośrednio świadczyć o nadmiernym obciążeniu lekarzy spowodowanym brakami kadrowymi przy dużym zapotrzebowaniu.

Rysunek 76. Liczba lekarzy z podpisaną umową na udzielanie świadczeń w ramach NFZ w wybranych poradniach w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Tabela 18. Liczba lekarzy z podpisaną umową na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ w wybranych poradniach, liczba porad oraz średnia liczba porad przypadająca na jednego lekarza w 2019 r.

Poradnia	Liczba lekarzy	Liczba porad	Liczba porad na lekarza
poradnia położniczo-ginekologiczna	5 364	8 666 364	1 615,6
poradnia kardiologiczna	4 028	4 975 128	1 235,1
poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	3 706	6 852 258	1 848,9
poradnia okulistyczna	3 630	6 658 790	1 834,4
poradnia neurologiczna	2 980	4 936 537	1 656,6
poradnia otorynolaryngologiczna	2 448	4 339 496	1 772,7
poradnia dermatologiczna	1 775	4 880 236	2 749,4
poradnia urologiczna	1 382	2 686 942	1 944,2
poradnia diabetologiczna	1 196	2 248 227	1 879,8
poradnia endokrynologiczna	1 018	2 199 046	2 160,2
poradnia alergologiczna	886	2 060 731	2 325,9
poradnia geriatryczna	181	69 696	385,1

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W celu sprawdzenia, w jakim stopniu długi czas oczekiwania na świadczenie może być wynikiem braku lekarzy określonej specjalności, zestawiono przeciętny czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne z zakresu endokrynologii z liczbą lekarzy w poradniach endokrynologicznych. Najdłużej na świadczenia zdrowotne z zakresu endokrynologii w maju 2018 r. musieli oczekiwać pacjenci w województwie dolnośląskim, które charakteryzowało się również najmniejszą liczbą lekarzy na 100 tys. mieszkańców. Z drugiej strony długi czas oczekiwania dotyczył również województw: mazowieckiego oraz łódzkiego, które charakteryzowały się największą liczbą lekarzy na 100 tys. mieszkańców. Trzy województwa z najkrótszym czasem oczekiwania charakteryzowały się stosunkowo dużą liczbą lekarzy na 100 tys. mieszkańców.

Tabela 19. Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne z zakresu endokrynologii w maju 2018 r. a liczba lekarzy z podpisaną umową na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ w poradni endokrynologicznej w 2018 r.

Województwo	Czas oczekiwania (w dniach)	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
dolnośląskie	738	1,4
opolskie	509	2,6
pomorskie	387	2,1
mazowieckie	334	3,4
wielkopolskie	332	1,9
śląskie	311	2,4
zachodniopomorskie	291	2,1
łódzkie	285	3,5
warmińsko-mazurskie	266	3,1
małopolskie	258	3,1
świętokrzyskie	255	2,7
lubuskie	248	2,5
kujawsko-pomorskie	234	2,8
podlaskie	213	3,3
lubelskie	163	3,3
podkarpackie	101	2,9

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Podobną analizę przeprowadzono dla świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii. Największą liczbą lekarzy w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców charakteryzowały się województwa mazowieckie i śląskie, będące również województwami o jednych z najdłuższych czasów oczekiwania. Kolejne trzy województwa o dużej liczbie lekarzy: lubelskie, podlaskie, małopolskie, charakteryzowały się krótkim czasem oczekiwania.

Tabela 20. Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii w maju 2018 r. a liczba lekarzy z podpisaną umową na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ w poradni kardiologicznej w 2018 r.

Województwo	Czas oczekiwania (w dniach)	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
opolskie	296	8,8
mazowieckie	217	14,2
śląskie	192	13,4
dolnośląskie	186	7,4
wielkopolskie	183	7,0
warmińsko-mazurskie	183	6,2
kujawsko-pomorskie	178	9,9
pomorskie	157	9,4
lubuskie	153	8,0
małopolskie	149	11,5
zachodniopomorskie	149	8,3
podlaskie	125	11,0
podkarpackie	121	9,2
łódzkie	109	9,3
świętokrzyskie	100	9,4
lubelskie	82	12,3

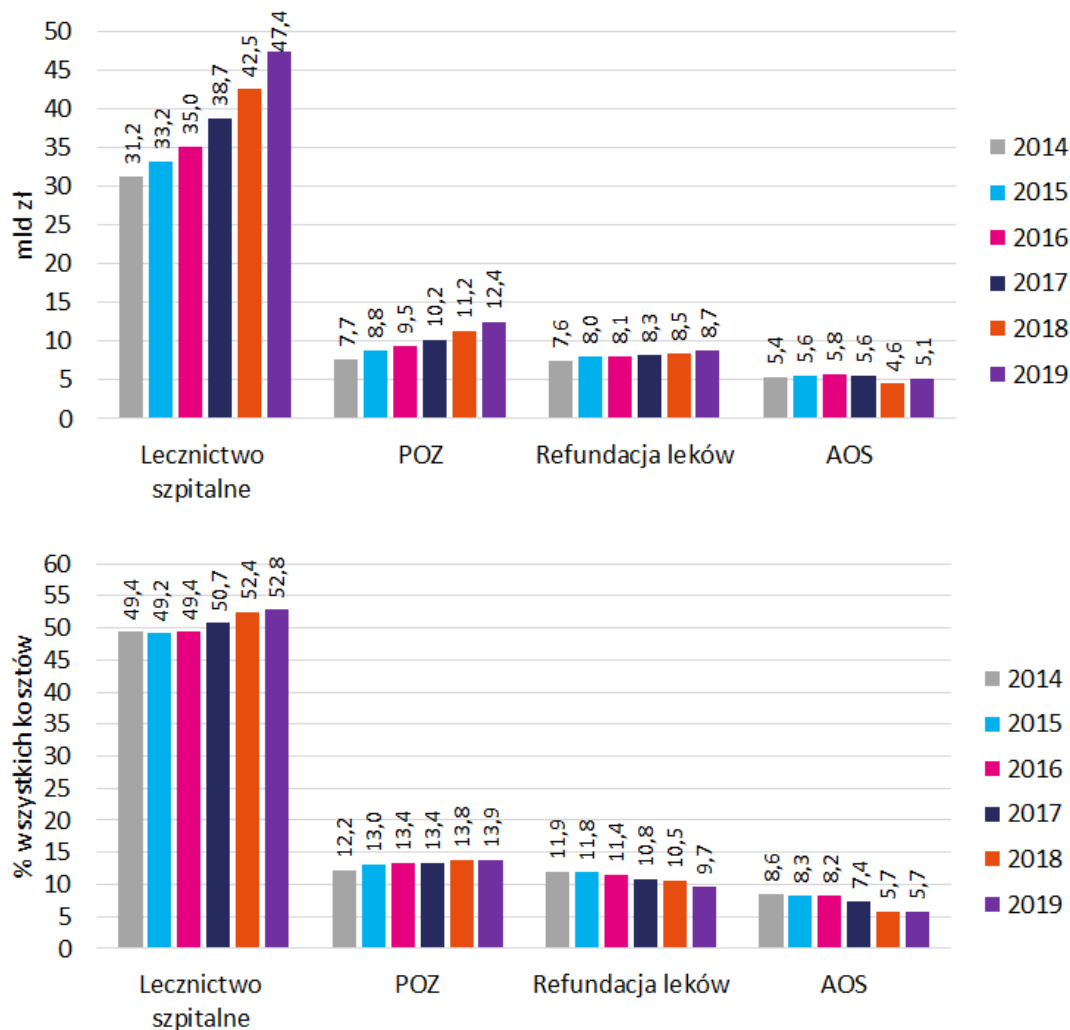
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Słaby związek pomiędzy czasem oczekiwania a liczbą lekarzy może wynikać z tego, że na czas oczekiwania składają się również inne czynniki, takie jak np. organizacja pracy w placówkach medycznych, jak również z tego, że oba te wskaźniki mają swoje istotne ograniczenia. Liczba lekarzy mających podpisaną umowę na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ w danej poradni nie zawsze jest ściśle związana z liczbą wykonywanych świadczeń zdrowotnych ze względu na różne formy zatrudnienia lekarzy.

Wydatki

Wydatki na AOS jako procent wszystkich wydatków na świadczenia zdrowotne ponoszonych przez NFZ zmniejszały się konsekwentnie od 2014 do 2018 r., przy równoczesnym wzroście wydatków na lecnicstwo szpitalne⁶³. W 2014 r. wydatki NFZ na AOS stanowiły 8,6% wszystkich kosztów, a w latach 2018 i 2019 – 5,7%.

Rysunek 77. Koszty świadczeń zdrowotnych NFZ w latach 2014-2019 - w liczbach bezwzględnych (górny wykres) i jako % wszystkich kosztów na świadczenia (dolny wykres).



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ (2014-2019)

⁶³ Sprawozdania finansowe NFZ z lat 2014-2019, <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, dostęp w dniu 01.10.2020 r.

5.2. Opieka medyczna poza NFZ w wybranych specjalnościach medycznych

Problemy z dostępem do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej mogą skłaniać obywateli do korzystania z płatnych usług medycznych poza NFZ. Odsetek porad udzielonych poza NFZ na danym obszarze lub w danej specjalności medycznej może świadczyć o utrudnionym dostępie do usług świadczonych w ramach NFZ, dlatego może być potencjalnie użytecznym wskaźnikiem do oceny działania AOS. Warto jednak zauważyć, że na ten wskaźnik składa się również dostępność i atrakcyjność opieki prywatnej na danym obszarze czy w danej specjalności, a także poziom zamożności obywateli i ich skłonność do wydatków na cele zdrowotne (lub możliwość pokrycia kosztów prywatnej opieki medycznej przez pracodawcę).

Oszacowanie liczby porad udzielanych poza NFZ nie jest zadaniem łatwym ze względu na to, że prywatne poradnie specjalistyczne nie podlegają takim samym obowiązkom w zakresie sprawozdawania świadczeń zdrowotnych jak te udzielane w ramach NFZ. W niniejszej analizie w celu oszacowania tej liczby posłużono się danymi pochodzącymi ze sprawozdań ZD-3 przekazywanych do GUS. Liczba porad udzielanych poza NFZ została obliczona poprzez odjęcie od liczby wszystkich sprawozdanych w ZD-3 porad liczby porad sprawozdanych do NFZ (zgodnie z danymi z bazy świadczeń opieki zdrowotnej NFZ), osobno dla każdego rodzaju poradni (zgodnie z klasyfikacją w sprawozdaniu ZD-3) i powiatu. W przypadku gdy liczba wszystkich porad była niższa niż liczba porad sprawozdanych do NFZ, przyjęto, że liczba porad prywatnych dla danego powiatu, rodzaju poradni w danym roku wyniosła 0. Analizę przeprowadzono dla dziewięciu specjalności medycznych: osiem wybranych ze względu na to, że są najczęściej wybieranymi specjalnościami w ramach NFZ oraz dodatkowo poradnie endokrynologiczne ze względu na wyjątkowo długi czas oczekiwania na świadczenia w tej poradni w ramach NFZ, który może potencjalnie powodować "odpływ" pacjentów do prywatnej opieki medycznej.

Należy jednak wyraźnie podkreślić, że oszacowana liczba porad prywatnych jest w większości wypadków liczbą zaniżoną, ze względu na to, że nie wszystkie praktyki lekarskie mają obowiązek składać sprawozdanie ZD-3. Do składania takich sprawozdań są zobowiązane "podmioty lecznicze/przedsiębiorstwa, w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej podstawowej lub specjalistycznej. W przypadku praktyk zawodowych wyłącznie praktyki lekarskie indywidualne i indywidualne specjalistyczne oraz grupowe realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych"⁶⁴. Dane te nie obejmują zatem praktyk lekarskich prowadzących działalność opłacaną wyłącznie w ramach środków prywatnych.

⁶⁴ Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, <http://form.stat.gov.pl/formularze/2016/passive/ZD-3.pdf>, dostęp w dniu 01.10.2020 r.

Tabela 21. Liczba porad udzielonych w ramach i poza NFZ w 2019 r. w wybranych specjalnościach medycznych. Liczba porad poza NFZ została obliczona poprzez odjęcie liczby porad w ramach NFZ od liczby wszystkich porad sprawozdanych w ZD-3.

Specjalność medyczna	Liczba wszystkich porad	Liczba porad NFZ	Liczba porad poza NFZ	% porad poza NFZ
Okulistyczna	11 266 039	7 243 356	4 086 799	36,28
Endokrynologiczna	3 576 899	2 404 030	1 188 086	33,22
Ginekologiczno-położnicza	13 226 104	9 380 484	3 988 943	30,16
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	9 813 244	7 183 451	2 677 901	27,29
Dermatologiczna	6 688 257	4 957 434	1 787 164	26,72
Urologiczna	3 508 775	2 737 944	785 043	22,37
Kardiologiczna	7 109 941	5 574 865	1 577 402	22,19
Otolaryngologiczna	7 308 214	6 222 360	1 570 102	21,48
Neurologiczna	7 171 352	5 875 450	1 392 438	19,42

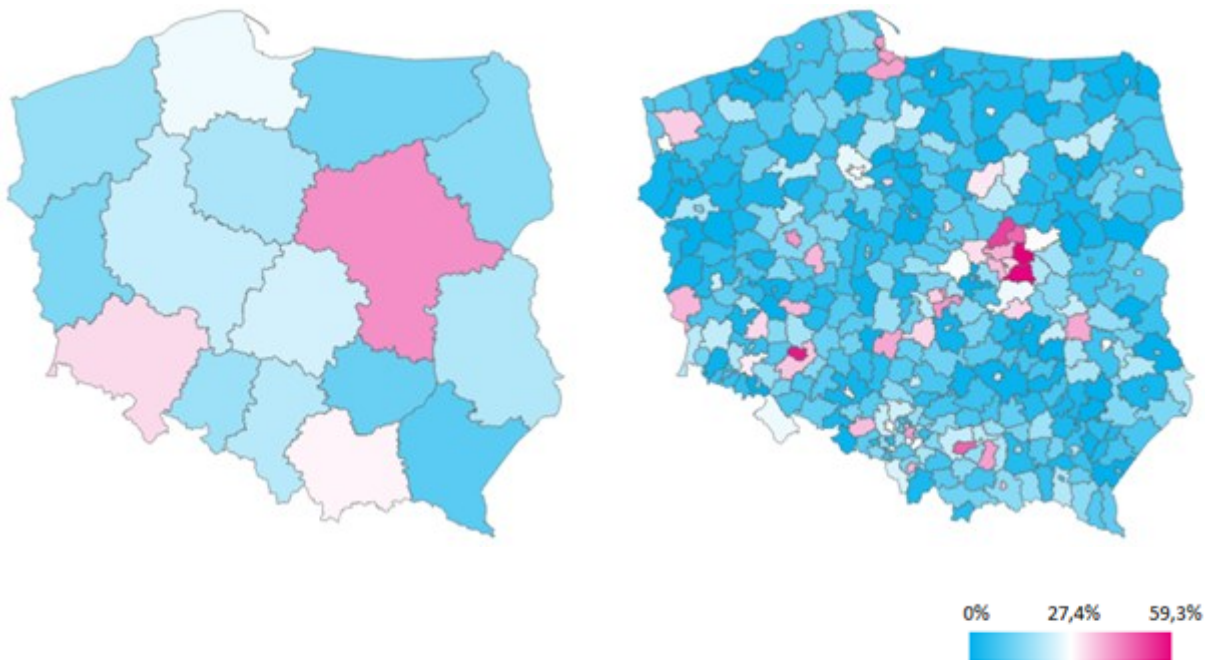
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Porady udzielone poza NFZ stanowiły więcej niż 30% wszystkich porad w przypadku poradni okulistycznych, endokrynologicznych, ginekologiczno-położniczych oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Odsetek porad udzielonych poza NFZ był większy od średniej krajowej (27,4%) w przypadku województwa mazowieckiego (45,8%), dolnośląskiego (35,6%), małopolskiego (32,0%) oraz pomorskiego (28,4%). Najniższy odsetek porad udzielonych poza NFZ zaobserwowano w województwie podkarpackim (10,7%).

Przy uwzględnieniu podziału na powiaty najwyższy odsetek porad udzielonych poza NFZ charakteryzował powiaty: m. st. Warszawa (59,3%), piaseczyński (58,9), m. Wrocław (56,2%), nowodworski (51,2%), m. Kraków (46,5%), legionowski (46,3%), łódzki wschodni (40,3%) i Poznań (39,9%).

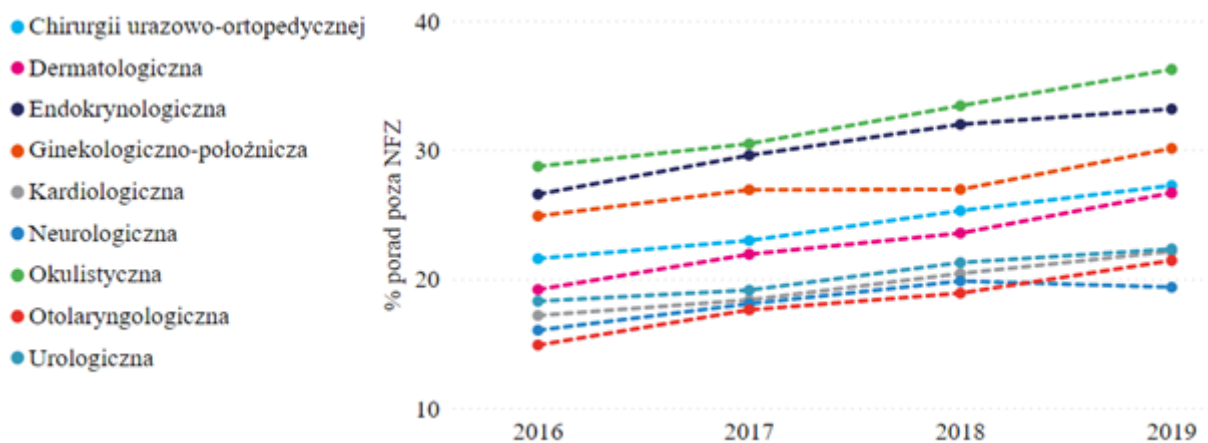
Rysunek 78. Odsetek porad udzielanych poza NFZ w 9 wybranych specjalnościach medycznych (wymienionych w tabeli) Polsce w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GUS oraz NFZ (2019)

Wzrost liczby porad udzielanych poza NFZ wzrósł pomiędzy 2016 r. a 2019 r. w przypadku wszystkich analizowanych specjalności oprócz poradni neurologicznych.

Rysunek 79. Procent porad udzielonych poza NFZ wśród wszystkich porad w latach 2016-2019 dla dziewięciu wybranych specjalności.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Liczba porad udzielonych w ramach NFZ i poza NFZ w latach 2016-2019 w wybranych specjalnościach medycznych dostępna jest w formie interaktywnej na platformie BASiW⁶⁵.

5.3. Podsumowanie

AOS pełni ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej, umożliwiając pacjentom leczenie specjalistyczne niedostępne w POZ, ale niewiążące się z tak dużymi nakładami finansowymi, jakie towarzyszą leczeniu szpitalnemu. Wzmocnienie AOS i jednocześnie odciążenie leczenia szpitalnego jest od lat wskazywane jako priorytet w reformie polskiego systemu opieki zdrowotnej. Pomimo tego od kilku lat następuje spadek wydatków na AOS (z 8,6% w 2014 r. do 5,7% w 2018 r. i 2019 r.) przy jednoczesnym wzroście wydatków na leczenie szpitalne (z 31,1% w 2014 r. do 47,4% w 2019 r.). Spada również liczba porad udzielanych w AOS, a także liczba pacjentów korzystających z AOS w ramach NFZ: pomiędzy 2015 r. a 2019 r. liczba wizyt w przeliczeniu na liczbę mieszkańców zmniejszyła się o 5,8%, a liczba osób w przeliczeniu na liczbę mieszkańców zmniejszyła się o 4,4%.

5.4. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Spadkowi liczby porad udzielanych w ramach NFZ towarzyszył wzrost liczby porad w prywatnej opiece zdrowotnej. W przypadku poradni kardiologicznej oraz endokrynologicznej wzrost liczby porad udzielanych poza NFZ między 2016 a 2019 r. przewyższał znacząco spadek liczby porad udzielanych w ramach NFZ. Świadczy to o tym, że rosnące potrzeby pacjentów w tych specjalnościach medycznych nie są zaspokajane w wystarczającym stopniu przez publiczny system opieki zdrowotnej. Szczególnie wysoki odsetek porad poza NFZ obserwuje się również w poradniach okulistycznych.

Jednym z głównych powodów, dla których pacjenci wybierają usługi poza NFZ, jest długi czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne. W przypadku czterech poradni (kardiologicznej, endokrynologicznej, urologicznej oraz okulistycznej) przeciętne czasy oczekiwania na świadczenie zdrowotne w lutym 2020 r. były jednymi z najdłuższych i przekraczały 100 dni dla przypadków stabilnych oraz 50 dni dla pilnych. Dla przypadków pilnych przeciętny czas oczekiwania powyżej 50 dni obserwuje się również w poradniach neurologicznych i diabetologicznych. Szczególnie długo musieli oczekiwać pacjenci chcący skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w poradni endokrynologicznej – osoby zakwalifikowane jako przypadki stabilne musiały oczekiwać 316 dni (832 dni w województwie dolnośląskim), a przypadki zakwalifikowane jako pilne – 141 dni.

Długi czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w danym rodzaju poradni nie zawsze jest skorelowany z liczbą lekarzy udzielających świadczeń NFZ w tym rodzaju poradni w danym województwie. Przykładowo województwo mazowieckie charakteryzuje się jednymi z najwyższych liczb lekarzy przyjmujących w poradni endokrynologicznej oraz kardiologicznej

⁶⁵ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3409>, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

w przeliczeniu na 100 tys. ludności, lecz czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne z zakresu endokrynologii oraz kardiologii w tym województwie również należał do jednych z najwyższych. Z drugiej strony jednak wyjątkowo wysoki czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne z zakresu endokrynologii w województwie dolnośląskim wydaje się być związany z bardzo małą liczbą lekarzy przyjmujących w poradni endokrynologicznej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców.

Zmiany w strukturze wiekowo-płciowej pacjentów korzystających z AOS odzwierciedlają proces starzenia się społeczeństwa. Liczba porad udzielanych osobom w wieku 65 i więcej lat wzrosła w latach 2015-2018 o 8,4% przy jednoczesnym spadku liczby wizyt pacjentów z pozostałych grup wiekowych, przy czym trend wzrostowy zanika przy uwzględnieniu zmian w liczbie ludności poszczególnych grup wiekowych.

W ciągu ostatnich pięciu lat nastąpił gwałtowny wzrost liczby porad związanych z nowotworami złośliwymi; ponadto pomimo ogólnego spadku liczby porad udzielanych w większości rodzajów poradni, nastąpił wzrost liczby udzielanych porad w przypadku pracowni diagnostycznych: pracowni rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej, a także w przypadku poradni onkologicznych. Jest to rezultat wprowadzonych w ostatnich latach zmian w leczeniu onkologicznym (m.in. wprowadzenie szybkiej ścieżki onkologicznej) oraz zniesienia limitów dla świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.

Wyniki analiz wskazują, że istnieje grupa procedur, która mogłyby być z powodzeniem wykonywana w większym stopniu w ramach AOS.

5.5. Rekomendowane kierunki działań

- zapewnienie warunków większej koordynacji opieki podstawowej i specjalistycznej w zakresie opieki nad pacjentami z przewlekłymi chorobami (w tym poprzez wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej), co pozwoli na zwiększenie roli POZ w leczeniu tej grupy chorób i odciążenie poradni specjalistycznych,
- przygotowanie szczegółowego wykazu procedur, które mogłyby być wykonywane w większym stopniu w AOS wraz z ustaleniem dokładnego odsetka możliwego do przeniesienia przy wykorzystaniu szerszej konsultacji ze środowiskiem medycznym, w celu oceny możliwości sprzętowych oraz częstości powikłań w poszczególnych dziedzinach medycznych,
- zapewnienie systemu finansowania świadczeń motywującego do wykonywania w AOS większej liczby świadczeń, które nie wymagają hospitalizacji, a stanowią często podstawę skierowania na leczenie szpitalne (dotyczy to w szczególności pogłębionej diagnostyki i mniej skomplikowanych zabiegów),
- monitorowanie zmian czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w poradniach, w których zostały zniesione limity na wizyty pierwszorazowe (kardiologia,

endokrynologia, chirurgia urazowo-ortopedyczna oraz neurologia), celem oceny skuteczności interwencji,

- zapewnienie większego dostępu do poradni w pozostałych specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo wysokim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne (np. urologia, okulistyka, diabetologia) oraz dla których prognozuje się zwiększony popyt m.in. ze względu na starzenie się społeczeństwa i z których najczęściej korzystają osoby w podeszłym wieku np. poradnia kardiologiczna,
- dążenie do wyrównania dostępności do poradni specjalistycznych, w szczególności uzupełnienie sieci zakontraktowanych poradni w powiatach wschodniej części województwa podlaskiego i lubelskiego,
- dalsze rozwijanie narzędzi ułatwiających zapisywanie i wypisywanie pacjentów z kolejek oraz wprowadzenie rozwiązań motywujących pacjentów do informowania podmiotów leczniczych o odwoływaniu wizyt,
- zapewnienie szerszej sprawozdawczości przez podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych dla zapewnienia możliwie pełnego obrazu ograniczeń w dostępie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

6. Leczenie szpitalne

Szpitalny system opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej na przestrzeni lat przeszedł szereg reform. Ostatnia bardzo ważna zmiana zaszła w 2017 r. Uchwalono wówczas ustawę wdrażającą system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁶, potocznie zwany „siecią szpitali”⁶⁷. Utworzenie systemu PSZ miało na celu poprawę opieki specjalistycznej nad pacjentami oraz zapewnienie lepszych warunków funkcjonowania szpitali. Do sieci należą szpitale, które są istotne z punktu widzenia zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych⁶⁸.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami sieć szpitali tworzą szpitale podzielone na sześć poziomów systemu zabezpieczenia. Pierwszy, drugi oraz trzeci poziom obejmuje szpitale o zasięgu lokalnym lub regionalnym. Czwarty poziom tworzą szpitale specjalistyczne o profilu onkologicznym oraz pulmonologicznym, piąty poziom to szpitale pediatryczne. Ostatni, najwyższy poziom, jest przeznaczony dla szpitali klinicznych oraz instytutów badawczych. Szpital może zostać zakwalifikowany tylko do jednego poziomu.

Rolą trzech pierwszych poziomów sieci szpitali jest zapewnienie podstawowego poziomu zabezpieczenia świadczeń medycznych, natomiast kolejnych trzech – specjalistycznego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego. Kwalifikacja szpitali do poszczególnych poziomów sieci jest dokonywana za pomocą kryteriów określonych w ustawie⁶⁹.

Szpitale, które nie zostały zakwalifikowane do sieci, również udzielają świadczeń w ramach kontraktu z NFZ. Mogą ubiegać się o kontrakt, gdy dyrektor danego oddziału wojewódzkiego NFZ ogłosi postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając zidentyfikowane potrzeby zdrowotne na danym obszarze w oparciu o plan zakupu świadczeń sporządzony na dany rok.

Opieka szpitalna stanowi integralną i niezbędną część każdego funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej w Europie i na świecie. Jednak, jak wykazano w raporcie *Health at a Glance: Europe 2018 pt. State of Health in the EU Cycle*⁷⁰, opieka szpitalna nie jest efektywnie wykorzystana we wszystkich krajach. Efektywność, według raportu, można

⁶⁶ System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej został wprowadzony z dniem 1 października 2017 r., ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 844).

⁶⁷ W niniejszej mapie, system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wymiennie jest nazywany siecią szpitali lub określony skrótem PSZ.

⁶⁸ Sieć szpitali, pytania i odpowiedzi, <http://maloPolska.uw.gov.pl/doc/Q&A.pdf>, dostęp w dniu 01.10.2020 r.

⁶⁹ E. Hellich, A. Wierzowiecka, *Nowy model finansowania szpitali w Polsce – szanse i zagrożenia*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, nr 333/2017.

⁷⁰ OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2018, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en, dostęp w dniu 01.10.2020 r.

poprawić m.in poprzez zmniejszenie liczby świadczeń szpitalnych na rzecz świadczeń realizowanych w AOS.

Wprowadzenie systemu PSZ miało rozwiązać m. in. wyżej wymieniony problem, z jakim od lat borykają się również polskie szpitale. Wśród najczęstszych problemów ponadto wyróżnia się:

- brak kompleksowości i ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- brak koordynacji świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym;
- niestabilną sytuację finansową szpitali;
- kosztochłonność inwestycji w infrastrukturę medyczną;
- konieczność zapewnienia stabilnej bazy szpitalnej na terytorium kraju i w poszczególnych regionach;
- konieczność zapewnienia optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji oraz wykorzystania zasobów⁷¹;
- braki kadrowe personelu medycznego oraz nierównomierne rozmieszczenie pracowników medycznych.

Wdrożenie systemu PSZ nie wyeliminowało wszystkich problemów, z jakimi nadal zмага się opieka szpitalna. Wśród najważniejszych wyzwań w dostępie do świadczeń opieki szpitalnej wymienia się:

- zoptymalizowanie zasobów ludzkich i finansowych – na jednym obszarze działają często szpitale należące do wielu podmiotów publicznych (organów samorządu, ministerstw, uczelni)⁷²;
- przeniesienie części realizowanych zakresów świadczeń do AOS w celu odciążenia lecznictwa szpitalnego;
- zmniejszenie kolejek do świadczeń opieki szpitalnej;
- zwiększenie jakości udzielanych świadczeń poprzez wprowadzenie wskaźników jakości udzielanych świadczeń jako standardu hospitalizacji;
- zmniejszenie liczby zakażeń szpitalnych.

⁷¹ *Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej*, NIK, Warszawa 2019, s. 6.

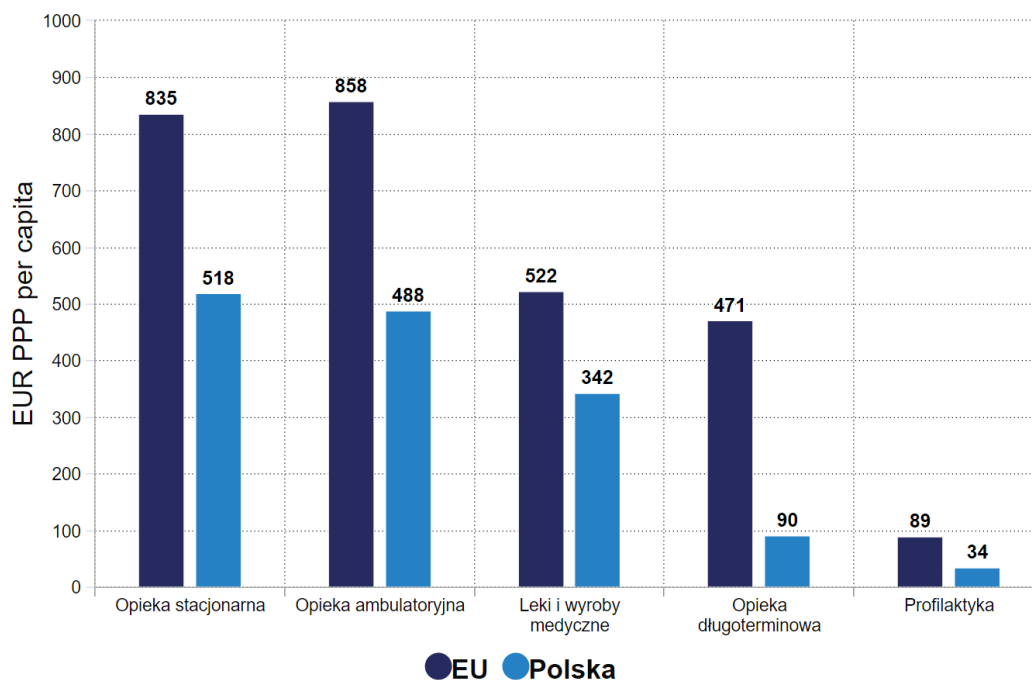
⁷² *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2019, http://oipip.elblag.pl/wp-content/uploads/2019/07/Wsp%C3%B3lnie-dla-zdrowia_dokument-podsumowuj%C4%85cy.pdf, dostęp w dniu 01.10.2020 r.

Wydatki na opiekę szpitalną w Polsce i UE

Wydatki na opiekę stacjonarną stanowią znaczną część budżetu przeznaczanego na zdrowie. Według raportu *State of Health in the EU w 2017 r.* ponad jedna trzecia wydatków publicznych na ochronę zdrowia w naszym kraju była przeznaczona na opiekę stacjonarną, co stanowi trzecią najwyższą pozycję w UE (średnia dla UE wynosi 29%). Pierwsze dwa miejsca zajmuje Grecja i Rumunia z 42% wynikiem. W porównaniu do innych krajów europejskich, które mają podobny wskaźnik SDI (Słowacja 28%, Włochy 32%⁷³), w Polsce znacznie więcej funduszy przeznacza się na opiekę szpitalną. Porównując wydatki na opiekę stacjonarną w przeliczeniu na mieszkańca, wydatki w Polsce wynoszą 518 EUR na mieszkańca i są poniżej średniej UE 835 EUR na mieszkańca⁷⁴.

Największy procentowy udział PKB w UE na leczenie zamknięte i rehabilitację szpitalną w całych wydatkach na zdrowie odnotowano w Austrii, Francji oraz Grecji, najniższy zaś w Luksemburgu, na Łotwie oraz w Estonii. Polska plasuje się w połowie stawki, na równi z Hiszpanią. Warto zauważyć, że w latach 2014-2019 odnotowano w Polsce wzrost nakładów na opiekę stacjonarną, co jest odwrotną tendencją w stosunku do innych krajów UE, w których z roku na rok nakłady te maleją.

Rysunek 80. Wydatki na leczenie szpitalne i inne rodzaje świadczeń w 2017 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych OECD

⁷³ *Health at a Glance 2019 OECD INDICATORS*, s. 161.

⁷⁴ Profil systemu ochrony zdrowia, OECD, 2019.

W związku z wprowadzeniem systemu PSZ zmienił się sposób finansowania szpitali w Polsce. Finansowanie jest oparte przede wszystkim na ryczałcie wypłacanym przez NFZ. Wysokość ryczałtu jest uzależniona m.in. od rodzaju i liczby świadczeń udzielonych przez konkretną placówkę w poprzednim okresie rozliczeniowym.

W 2016 r., przed wdrożeniem sieci szpitali, według raportu przedstawionego przez NFZ, wydatki na opiekę szpitalną stanowiły ok. 49,38% całego budżetu przeznaczanego na zdrowie. W porównaniu do 2017 r. nastąpił wzrost wydatków do 50,67% (wzrost o 1,29 punktu procentowego), w 2018 r. było to 52,39% (wzrost o 1,72 punktu procentowego), a w 2019 r. już 52,8% (wzrost o 0,4 punktu procentowego).

W ramach systemu PSZ wartość świadczeń w 2019 r. wynosiła 40,303 mld PLN.

W porównaniu do 2017 r. nastąpił wzrost wydatków w sieci o ok. 8%. Tym samym zmiana modelu finansowania opieki zdrowotnej u świadczeniodawców zakwalifikowanych do „sieci szpitali” i wprowadzenie ryczałtu spowodowały wzrost udziału leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej.

Tabela 22. Realizacja świadczeń w ramach systemu PSZ w 2019 r. w porównaniu do realizacji analogicznych świadczeń w 2018 r. według poziomu PSZ (w PLN)

Poziom zabezpieczenia zdrowotnego	Wartość świadczeń 2018	Wartość świadczeń 2019	Zmiana %
Szpital I stopnia	6 614 658 959	7 089 181 542	7%
Szpital II stopnia	6 719 134 075	7 327 281 522	9%
Szpital III stopnia	8 608 767 078	8 955 369 489	4%
Szpital ogólnopolski	12 489 890 547	13 127 421 522	5%
Szpital onkologiczny	2 189 609 317	2 473 968 596	13%
Szpital pediatryczny	479 518 841	522 129 158	9%
Szpital pulmonologiczny	738 916 643	807 829 039	9%
SUMA	37 840 495 460	40 303 180 867	7%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Analiza wydatków w ramach systemu PSZ ukazuje, że NFZ najwięcej środków finansowych w 2019 r. przeznaczył na szpitale ogólnopolskie, tj. ok. 33% całego budżetu, najmniej zaś na szpitale pediatryczne. Największy wzrost nakładów w porównaniu do 2018 r. odnotowano w szpitalach onkologicznych (13 %).

6.1. Analiza pacjentów

W 2019 r. świadczenia w lecznictwie szpitalnym zostały udzielone ponad 4,6 mln kobiet oraz ponad 4,1 mln mężczyzn. Rozkład wieku pacjentów w podziale na płeć pokazuje różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami korzystającymi ze świadczeń.

Stosując klasyfikację grup chorób zgodną z GBD, kobiety i mężczyźni różnili się w zakresie zachorowalności. Kobiety najczęściej hospitalizowano ze względu na (wartości na 1 mln ludności):

- schorzenia matki – 11 425;
- choroby układu moczowego – 7 966;
- inne nowotwory – 6 291;
- stłuczenia dowolnej części ciała – 6 105;
- zaćma – 5 886;
- urazy mięśni i ścięgien, w tym skręcenie i naderwanie – 5 584;
- inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego – 5 441;
- choroby niezakaźne – 5 401;
- ból lub nadwrażliwość w okolicach jamy brzusznej – 4 956;
- urazy powierzchowne dowolnej części ciała – 3 932;
- rany otwarte – 3 803;
- inne choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia – 3 436.

Z kolei mężczyźni najczęściej wymagali hospitalizacji ze względu na następujące grupy chorób (wartości na 1 mln ludności):

- rany otwarte – 8 722;
- stłuczenia dowolnej części ciała – 7 040;
- urazy mięśni i ścięgien, w tym skręcenie i naderwanie – 6 585;
- choroby układu moczowego, niepłodność – 5 640;
- choroby niezakaźne – 5 429;
- urazy powierzchowne dowolnej części ciała – 4 685;
- inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego – 4 584;
- inne przewlekłe choroby układu oddechowego – 4 181;
- chorobę niedokrwienną serca – 3 580;
- urazy oczu – 3 460;
- inne nowotwory – 3 450;
- zaćma – 3 428.

Ponadto wśród kobiet najliczniejszą grupą były pacjentki powyżej 75. roku życia (27 998 pacjentów na 1 mln ludności). Najczęściej hospitalizacji wymagały kobiety w grupie wiekowej

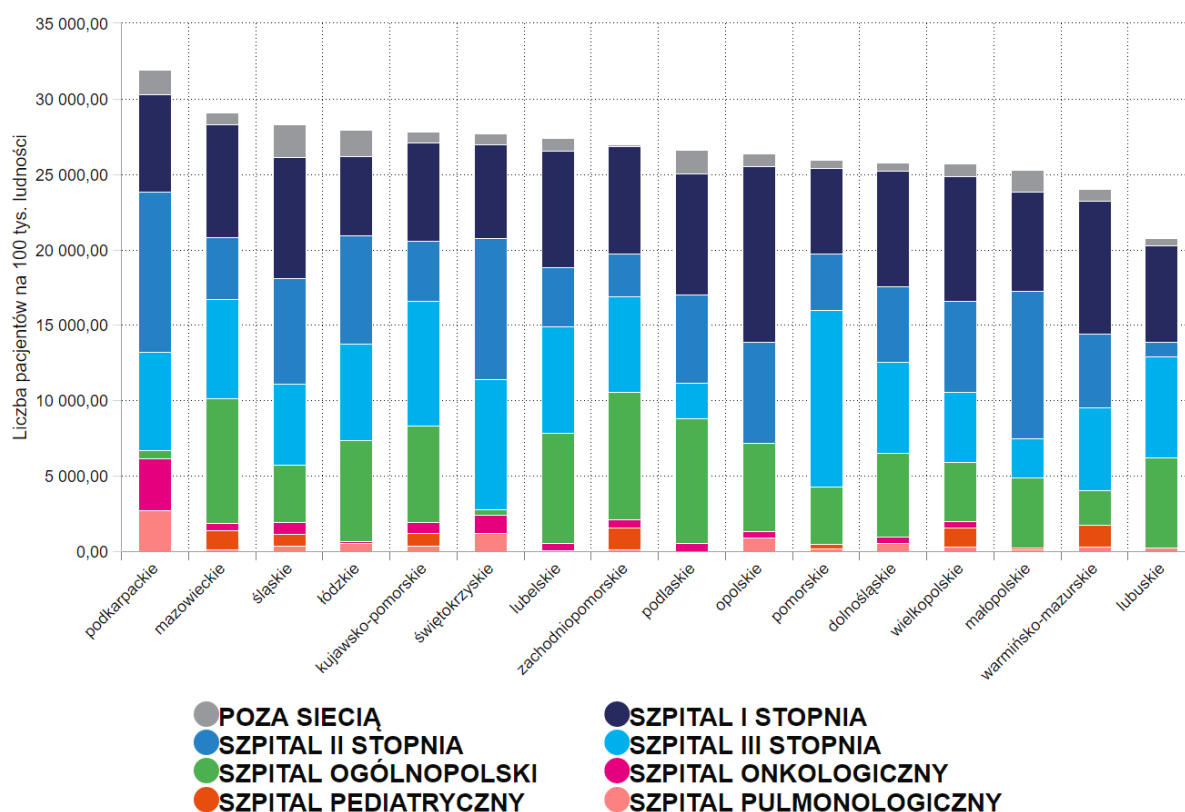
26-35 lat w związku ze schorzeniami matki (7 308 pacjentów na 1 mln ludności), pacjentki poniżej 18. roku życia z rozpoznaniem należącym do grupy chorób niezakaźnych (2 907 pacjentów na 1 mln ludności), a także pacjentki powyżej 75. roku życia w wyniku zaćmy (2708 pacjentów na 1 mln ludności).

Wśród mężczyzn najliczniejszą grupą byli pacjenci poniżej 18. roku życia (33 452 pacjentów na 1 mln ludności). W tej grupie wiekowej najczęściej hospitalizowano pacjentów, u których rozpoznano choroby z grupy chorób niezakaźnych (2 981 pacjentów na 1 mln ludności), stłuczenia dowolnej części ciała (2 414 pacjentów na 1 mln ludności) oraz schorzenia noworodków (2 273 pacjentów na 1 mln ludności).

Rozkład wieku wskazuje na to, że największą grupę pacjentów wśród kobiet stanowią kobiety hospitalizowane w wyniku komplikacji w okresie okołoporodowym. Z kolei wśród mężczyzn przeważają choroby związane z urazami.

Pacjenci leczyli się głównie w województwie mazowieckim i śląskim, jednak wartości uwzględniające liczbę mieszkańców wskazują na województwo podkarpackie (5 126 na 100 tys. ludności), mazowieckie (4 893 na 100 tys. ludności) i śląskie (4 876 na 100 tys. ludności). Z kolei najmniejszą liczbę pacjentów – zarówno w wartościach bezwzględnych, jak i w przeliczeniu na 100 tys. ludności – hospitalizowano w województwie lubuskim (3 798 na 100 tys. ludności).

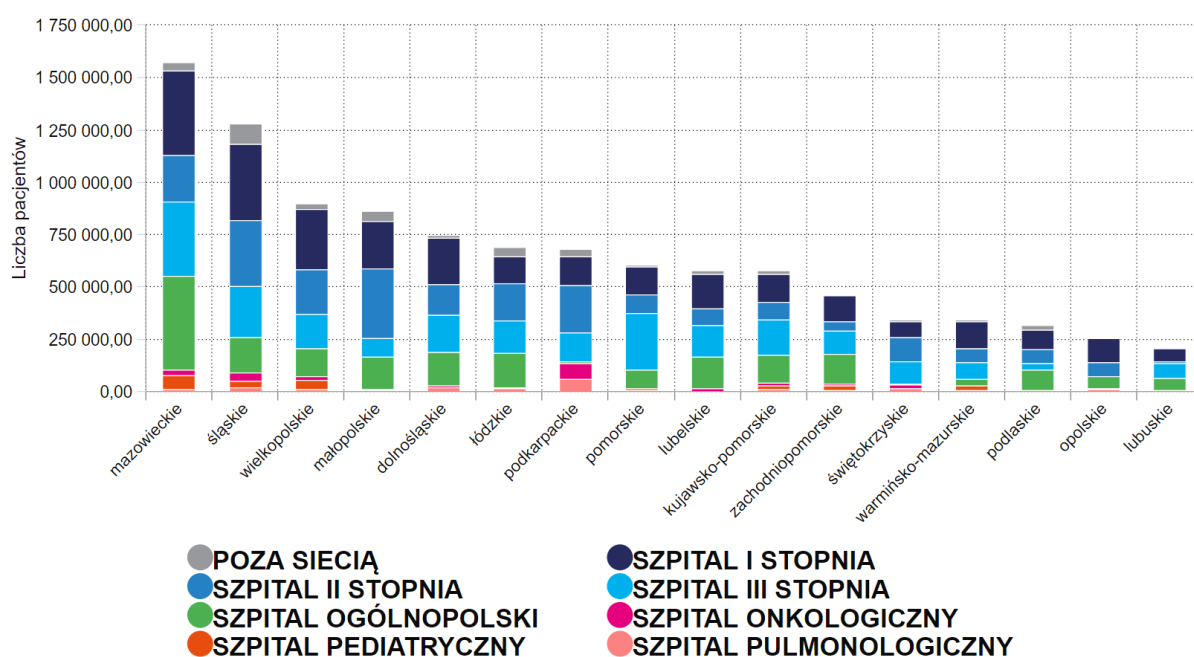
Rysunek 81. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności leczących się w danym województwie w podziale na poziomy PSZ w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Zróżnicowanie w liczności grup pacjentów zaobserwowano również w podziale na województwa i poziomy PSZ. W szpitalach I stopnia największe grupy pacjentów – zarówno w wartościach bezwzględnych, jak i w przeliczeniu na 100 tys. ludności – hospitalizowano w 7 województwach (śląskim, mazowieckim, dolnośląskim, lubelskim, opolskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim). W szpitalach II stopnia hospitalizowaną największą grupę pacjentów w 4 województwach (łódzkim, małopolskim, podkarpackim i świętokrzyskim), w szpitalach III stopnia w województwach: kujawsko-pomorskim, lubuskim i pomorskim, natomiast w szpitalach ogólnopolskich w województwie podlaskim i zachodniopomorskim.

Rysunek 82. Liczba pacjentów w wartościach bezwzględnych, leczących się w danym województwie w podziale na poziomy PSZ w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Jednym z istotnych wskaźników dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej jest wskaźnik pozwalający określić poziom jakości kompleksowej opieki, szczególnie wśród tych pacjentów, którzy stanowią najliczniejsze grupy w podziale na jednostki chorobowe. W zestawieniu widać znaczne różnice w korzystaniu ze świadczeń lecznictwa szpitalnego pomiędzy województwami, szczególnie w szpitalach specjalistycznych (onkologicznych, pediatrycznych i pulmonologicznych).

Mała liczba pacjentów leczonych w szpitalach onkologicznych, pediatrycznych i pulmonologicznych może wynikać z samej dostępności szpitali na tym poziomie PSZ w województwach. W tym przypadku realizację świadczeń opieki zdrowotnej przejmują z powodzeniem szpitale na pozostałych poziomach PSZ. Więcej informacji na temat liczby udzielanych świadczeń w podziale na zakresy można znaleźć w kolejnych podrozdziałach dotyczących leczenia szpitalnego.

Tabela 23. Liczba pacjentów ze względu na miejsce zamieszkania w podziale na poziomy PSZ na 100 tys. ludności w 2019 r.

Województwo	Poza siecią	I stopnia	II stopnia	III stopnia	Ogólnopolski	Onkologiczny	Pediatriczny	Pulmonologiczny	Suma
dolnośląskie	522	7 729	5 206	5 906	5 241	369	21	506	25 500
kujawsko-pomorskie	697	6 440	4 164	8 012	6 337	583	815	380	27 429
lubelskie	842	7 947	4 365	6 959	7 366	556	46	89	28 169
lubuskie	517	6 505	1 376	6 163	6 705	159	93	258	21 777
łódzkie	1 644	5 434	7 343	6 536	6 743	152	30	557	28 439
małopolskie	1 559	6 364	9 140	2 761	4 419	97	189	109	24 639
mazowieckie	827	7 358	4 157	6 590	7 172	430	1 229	154	27 917
opolskie	840	11 021	6 783	410	6 371	431	20	929	26 804
podkarpackie	1 620	6 369	10 311	6 593	1 186	3 379	16	2 591	32 065
podlaskie	1 485	7 818	5 591	2 503	8 260	513	42	9	26 221
pomorskie	556	5 696	3 854	11 481	3 817	51	330	165	25 949
śląskie	2 046	8 106	7 086	5 263	3 742	751	751	355	28 101
świętokrzyskie	772	6 339	8 787	8 347	1 328	1 138	39	1 178	27 928
warmińsko-mazurskie	824	8 673	4 776	5 294	3 028	72	1 334	326	24 327
wielkopolskie	835	8 069	5 861	4 749	4 140	453	1 244	290	25 641
zachodnio-pomorskie	189	6 976	2 617	6 597	8 143	512	1 386	172	26 593
Suma	15 776	116 845	91 417	94 165	83 999	9 644	7 587	8 067	427 499

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Największa grupa pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności, hospitalizowanych poza miejscem zamieszkania, lecząca się w województwie mazowieckim w szpitalach ogólnopolskich. Z kolei niższe wartości (<1 pacjenta na 100 tys.) odnotowano w szpitalach pediatrycznych w 8 województwach oraz w szpitalach onkologicznych w 4 województwach, jednak te wartości mają związek z małą liczbą (wartości bezwzględne) pacjentów hospitalizowanych w szpitalach pediatrycznych i onkologicznych.

Tabela 24. Liczba pacjentów leczących się poza miejscem (województwem) zamieszkania w podziale na województwo świadczeniodawcy oraz PSZ na 100 tys. ludności w 2019 r.

Województwo	Poza siecią	I stopnia	II stopnia	III stopnia	Ogólnopolski	Onkologiczny	Pediatriczny	Pulmonologiczny	Suma
dolnośląskie	38	380	172	438	693	55	-	52	1 827
kujawsko-pomorskie	89	430	191	636	514	164	58	23	2 105
lubelskie	107	299	121	450	550	40	-	1	1 567
lubuskie	50	692	108	952	353	-	-	27	2 182
łódzkie	152	399	317	280	526	20	-	14	1 709
małopolskie	93	462	978	176	602	-	15	26	2 353
mazowieckie	55	482	347	373	1 418	61	64	12	2 812
opolskie	129	1 095	435	-	361	18	-	63	2 100
podkarpackie	77	394	664	265	13	128	-	108	1 649
podlaskie	150	573	477	198	623	43	-	-	2 065
pomorskie	26	341	247	1 015	365	-	19	38	2 051
śląskie	194	277	330	294	433	58	41	22	1 649
świętokrzyskie	89	520	1 409	645	14	142	-	84	2 904
warmińsko-mazurskie	96	631	553	863	216	-	147	18	2 523
wielkopolskie	75	586	396	249	388	47	43	33	1 816
zachodnio-pomorskie	35	520	415	493	707	49	72	8	2 299
Suma	1 454	8 081	7 160	7 328	7 776	826	458	527	33 610

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W tabeli można zauważyć rozbieżności w liczbie osób napływających z innych województw do miejsca leczenia w zależności od poziomu PSZ – np. w województwie małopolskim jedynie 15 osób z innych województw na 100 tys. ludności leczono się w szpitalach pediatrycznych, natomiast 978 osób na 100 tys. ludności napływało z innych województw do szpitali II stopnia.

Największe zróżnicowanie liczby pacjentów napływających z innych województw w podziale na województwa można było zaobserwować w szpitalach ogólnopolskich (od 13 pacjentów w województwie podkarpackim do 1 418 pacjentów w województwie mazowieckim).

6.2. Analiza świadczeń

Świadczenia są interpretowane w niniejszym dokumencie jako pojedynczy kontakt z opieką zdrowotną. Mogą obejmować swoim zakresem kilka produktów jednostkowych, tworząc w ten sposób pakiet produktów zrealizowanych w ramach jednego kontaktu. Pojedynczy kontakt z opieką zdrowotną jest zatem miarą określającą mniejszy stopień ogólności niż pojedyncza hospitalizacja, w trakcie której może być zrealizowanych cały szereg świadczeń w ramach wielu kontaktów. Warto jednak podkreślić, że w leczeniu szpitalnym, szczególnie w przypadku rozliczania poszczególnych świadczeń, zakres świadczeń jest tożsamy ze świadczeniem.

Kontakty z opieką zdrowotną

W 2019 r. najwięcej świadczeń udzielono w szpitalach ogólnopolskich I stopnia oraz III stopnia. Z kolei w podziale na zakresy świadczeń największa liczba została zrealizowana w szpitalach III stopnia w zakresie „Świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym” (7,08% wszystkich zakresów świadczeń i 32,38% zakresów w szpitalach III stopnia), a także w szpitalach II stopnia (6,29% wszystkich zakresów świadczeń i 31,89% zakresów w szpitalach II stopnia). Poza zakresami wynikającymi z przyjęć na SOR i izbie przyjęć najwięcej świadczeń udzielono w zakresie hospitalizacji chorób wewnętrznych (2,31% wszystkich zakresów; 11,15% w szpitalach I stopnia) i hospitalizacji w zakresie chirurgii ogólnej (1,82% wszystkich zakresów; 8,76% w szpitalach I stopnia) w szpitalach I stopnia, a także „Okulistyki - zespołu chirurgii jednego dnia b18g, b19g” w szpitalach poza PSZ (1,32% wszystkich świadczeń i 25,03% w szpitalach poza PSZ).

Tabela 25. Odsetek udzielonych świadczeń w podziale na poziomy PSZ w 2019 r.

Poziom PSZ	Procent udzielonych świadczeń
Szpital I stopnia	22,82%
Szpital III stopnia	22,03%
Szpital ogólnopolski	21,65%
Szpital II stopnia	20,46%
Poza siecią	5,34%
Szpital onkologiczny	3,8%
Szpital pulmonologiczny	1,8%
Szpital pediatryczny	1,8%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Najwięcej świadczeń udzielono w województwie mazowieckim (15,4% wszystkich), z czego większość stanowiły kontrakty w ramach hospitalizacji w szpitalach ogólnopolskich (33,61% świadczeń w województwie). Z kolei najmniejsza liczba świadczeń została udzielona w województwie lubuskim.

Tabela 26. Odsetek świadczeń dla poszczególnych województw udzielanych w 2019 r. w podziale na poziomy PSZ

Województwo	Poza siecią	I stopnia	II stopnia	III stopnia	Ogólnopolski	Onkologiczny	Pediatriczny	Pulmonologiczny	Suma
dolnośląskie	4,28%	24,33%	19,65%	23,25%	21,65%	4,55%	0,00%	2,29%	1 271 006
kujawsko-pomorskie	3,69%	19,22%	12,93%	28,93%	24,05%	7,18%	2,45%	1,56%	969 348
lubelskie	5,02%	23,99%	12,68%	25,70%	27,71%	4,79%	0,00%	0,11%	955 827
lubuskie	4,71%	26,40%	3,66%	33,93%	30,12%	0,00%	0,00%	1,18%	342 476
łódzkie	7,77%	16,23%	24,10%	25,09%	23,79%	1,16%	0,00%	1,87%	1 123 152
małopolskie	7,50%	22,38%	38,09%	10,36%	20,73%	0,00%	0,59%	0,35%	1 355 240
mazowieckie	3,82%	21,17%	12,27%	21,69%	33,61%	3,55%	3,45%	0,45%	2 617 486
opolskie	3,16%	41,85%	25,02%	0,00%	22,33%	3,79%	0,00%	3,85%	387 173
podkarpackie	5,65%	17,19%	33,89%	19,29%	1,31%	13,02%	0,00%	9,66%	1 105 825
podlaskie	6,32%	25,33%	19,22%	8,18%	35,24%	5,72%	0,00%	0,00%	505 551
pomorskie	3,07%	18,28%	13,17%	46,85%	17,03%	0,00%	0,91%	0,68%	998 258
śląskie	8,66%	25,63%	22,73%	17,86%	17,22%	4,42%	2,23%	1,26%	2 038 095
świętokrzyskie	3,96%	18,84%	34,56%	26,91%	0,88%	10,79%	0,00%	4,07%	575 805
warmińsko-mazurskie	4,51%	32,57%	18,54%	24,92%	12,64%	0,00%	5,16%	1,66%	527 994
wielkopolskie	6,07%	27,00%	22,60%	17,95%	17,25%	3,71%	3,89%	1,52%	1 460 234
zachodnio-pomorskie	1,84%	21,42%	9,06%	23,84%	33,36%	5,10%	4,82%	0,57%	746 272

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W porównaniu do 2018 r., w 2019 r. nastąpił nieznaczny wzrost liczby udzielonych świadczeń w ramach PSZ o 0,69% oraz wzrost wartości świadczeń o 6,11%. Oznacza to wzrost wartości realizowanych produktów jednostkowych.

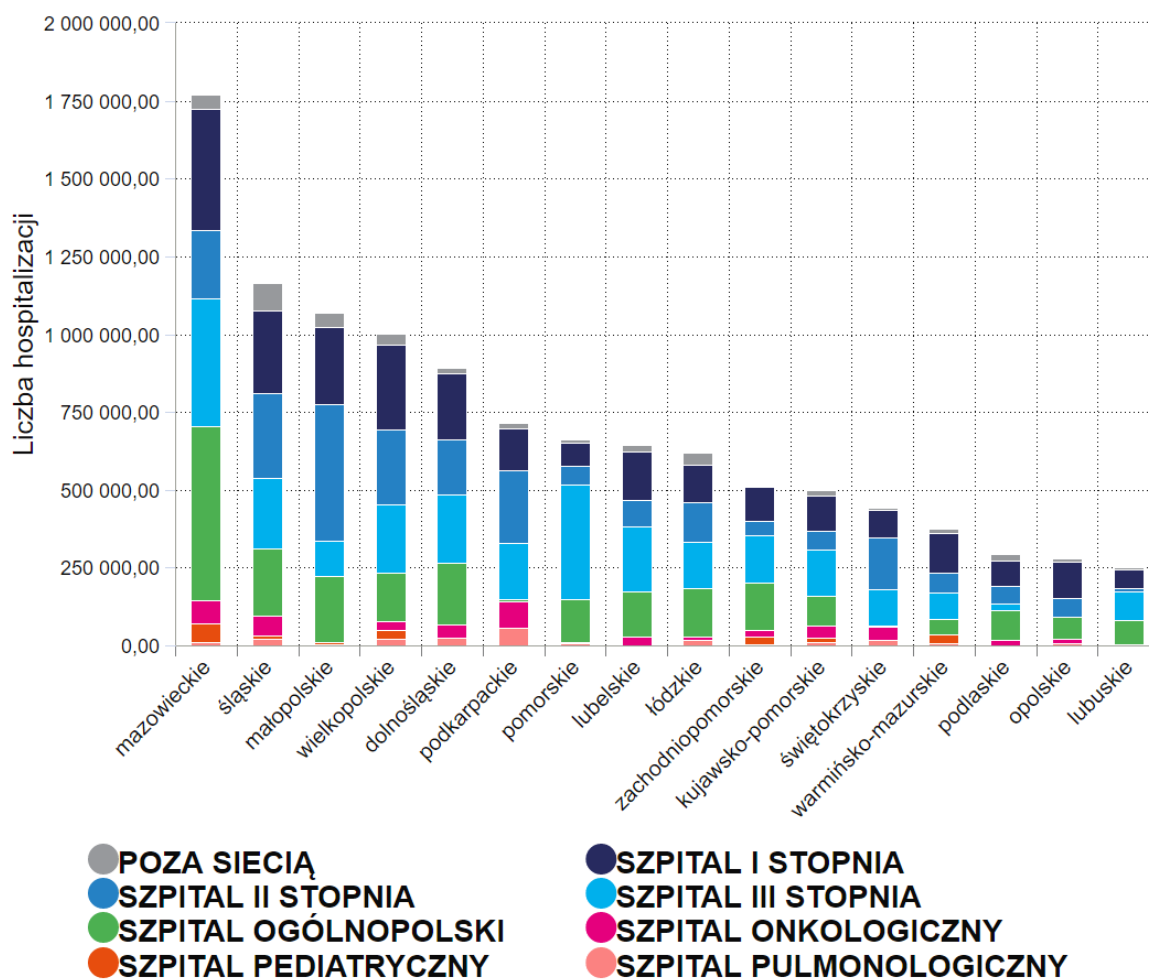
Zgodnie z najnowszym dostępnym sprawozdaniem z działalności NFZ największy wzrost liczby świadczeń w 2019 r. odnotowano w szpitalach onkologicznych (8,46 %). W szpitalach onkologicznych wykazano również największy wzrost w przypadku wartości świadczeń (o 11,49%). To może świadczyć o wzroście dostępności do świadczeń z zakresu onkologii, co jest wynikiem wprowadzenia zmian w rozliczaniu JGP w wyniku wprowadzenia rozporządzeń Ministra Zdrowia dotyczących leczenia szpitalnego w zakresie onkologii, w tym zmiana przepisów dotyczących kart DiLO, prowadzących do optymalizacji procesu diagnostycznego.

Hospitalizacje

W lecznictwie szpitalnym w wielu przypadkach hospitalizacja jest utożsamiana z pojęciem świadczenia. Tymczasem hospitalizacja składa się z różnych świadczeń udzielanych w trakcie unikatowych kontaktów. Rozróżnienie to jest o tyle ważne, że podczas jednej hospitalizacji pacjent wychodzący na przepustkę nie ma udzielanych świadczeń mimo trwania hospitalizacji. Analiza liczby oraz struktury hospitalizacji w podziale na zakresy świadczeń bądź względem VII części kodów resortowych jest istotnym elementem oceny funkcjonowania lecznictwa szpitalnego, natomiast zaobserwowane zmiany w strukturze udzielanych świadczeń w zakresie hospitalizacji w latach 2016-2019, tzn. przed wprowadzeniem systemu PSZ, oraz dwa lata po wdrożeniu programu pozwalają określić zmianę zapotrzebowania na leczenie szpitalne.

Najwięcej hospitalizacji zrealizowano w województwie mazowieckim (1 770 292) i śląskim (1 165 913). Jednak w przeliczeniu na 100 tys. ludności najwięcej hospitalizacji zrealizowano w województwie świętokrzyskim (35 874 na 100 tys. ludności), natomiast najmniej w województwie podlaskim (23 147 na 100 tys. ludności).

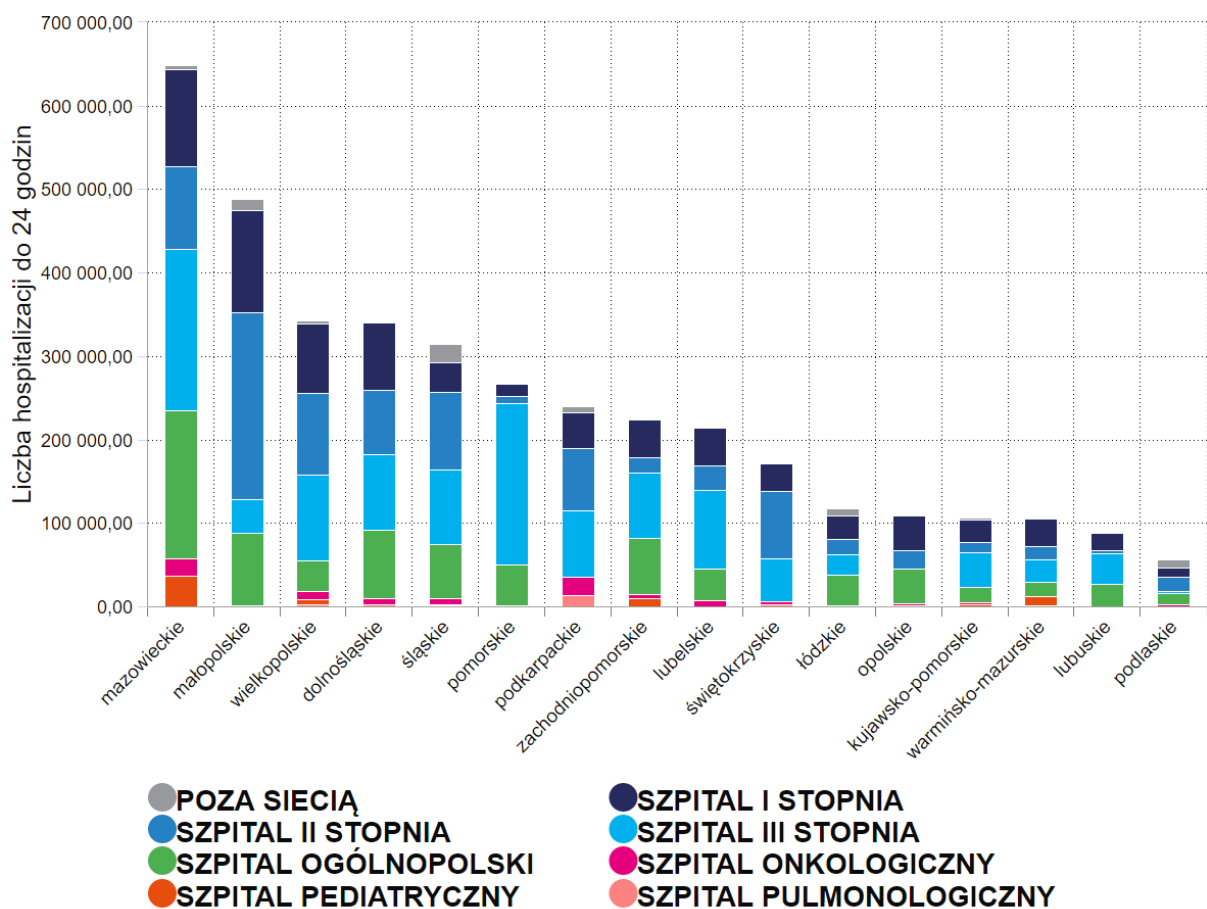
Rysunek 83. Liczba hospitalizacji w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

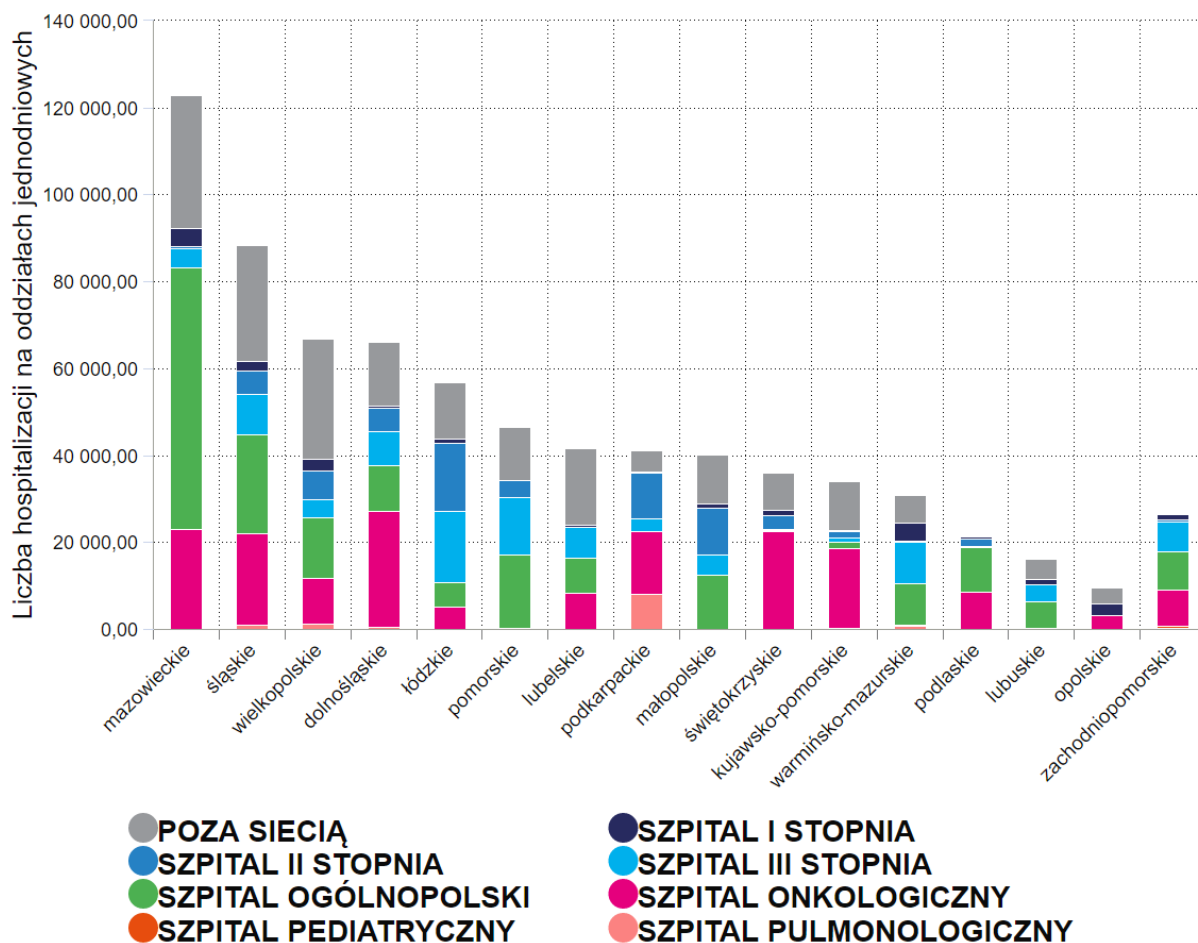
Przeważająca część hospitalizacji została zrealizowana w województwach: mazowieckim, śląskim i małopolskim, w szpitalach ogólnopolskich oraz w szpitalach III stopnia. Jednak istnieje dość wyraźne zróżnicowanie w liczbie hospitalizacji w wymienionych województwach. Najwięcej hospitalizacji w województwie mazowieckim zrealizowano w szpitalach ogólnopolskich (562 tys.) i szpitalach III stopnia (409 tys.), natomiast w województwie małopolskim niemal dwukrotnie więcej hospitalizacji (440 tys., porównując do pozostałych dwóch województw) zrealizowano w szpitalach II stopnia. W województwie śląskim liczba hospitalizacji rozkłada się proporcjonalnie pomiędzy szpitalami I-III stopnia oraz ogólnopolskimi (215-271 tys.).

Rysunek 84. Liczba hospitalizacji przeprowadzonych w trybie jednodniowym w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

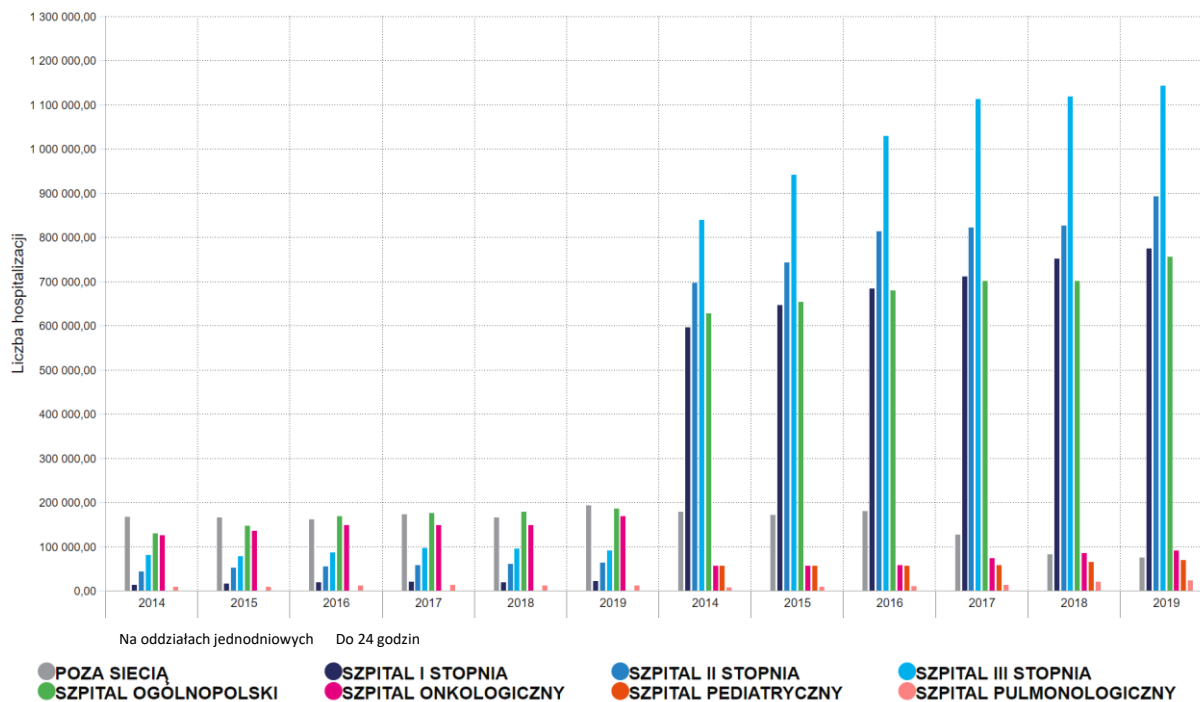
Rysunek 85. Liczba hospitalizacji na oddziałach jednodniowych w podziale na poziomy PSZ oraz województwa w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Wartości liczby hospitalizacji na oddziałach jednodniowych oraz hospitalizacji przeprowadzonych w trybie jednodniowym w latach 2014-2016, tj. przed wprowadzeniem systemu PSZ pokazują te szpitale, które od 2017 r. należały do określonego poziomu. Po wprowadzeniu systemu PSZ można zauważyć, że w przypadku szpitali poza PSZ wzrosła liczba hospitalizacji na oddziałach jednodniowych, natomiast spadła liczba hospitalizacji udzielanych w trybie jednodniowym. Z kolei w przypadku szpitali należących do systemu PSZ obserwuje się odwrotny trend w zakresie hospitalizacji jednodniowych – zarówno te udzielane na oddziałach jednodniowych, jak i w trybie jednodniowym rosną. Spadek hospitalizacji na oddziałach jednodniowych oraz wzrost hospitalizacji przeprowadzonych w trybie jednodniowym jest najbardziej wyraźny w szpitalach onkologicznych (w których obserwuje się również największy procent hospitalizacji na oddziałach jednodniowych wśród szpitali PSZ).

Rysunek 86. Liczba hospitalizacji na oddziałach jednodniowych oraz hospitalizacji w trybie jednodniowym w latach 2014-2019



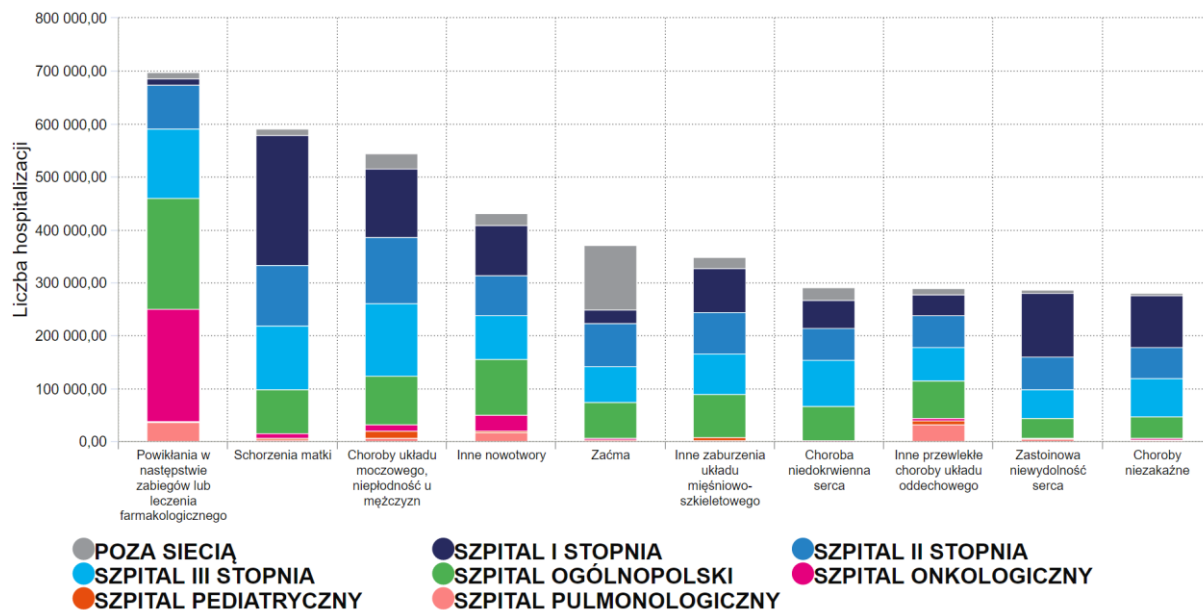
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Zestawienie liczby hospitalizacji w podziale na poziomy PSZ prezentuje rozbieżności w ogólnej liczbie hospitalizacji pomiędzy szpitalami będącymi na różnych poziomach PSZ, a także poza systemem PSZ, jak również w liczbie hospitalizacji w zależności od grupy chorób według GBD. Zdecydowanie najwięcej hospitalizacji zostało zrealizowanych w szpitalach III stopnia (24,16%; wzrost o 1,32%), szpitalach I stopnia (22,94%; spadek o 3,34%), szpitalach ogólnopolskich (20,90%, spadek o 0,06). Duży wzrost liczby świadczeń odnotowano również w szpitalach onkologicznych (4,25%; wzrost o 2,23%).

W przypadku grup chorób łącznie najwięcej hospitalizacji odbyło się w ramach leczenia powikłań w następstwie zabiegów lub leczenia farmakologicznego (5,99%), natomiast najmniej w ramach grup chorób należących do zaniedbanych chorób tropikalnych (po jednym przypadku).

Z kolei najwięcej hospitalizacji w podziale na PSZ zrealizowanych zostało w ramach leczenia grupy chorób: schorzenia matki w szpitalach I stopnia (9,49% hospitalizacji w szpitalach na tym poziomie PSZ) oraz szpitalach III stopnia (4,41%); powikłania w następstwie zabiegów lub leczenia farmakologicznego w szpitalach onkologicznych (44,36%), szpitalach ogólnopolskich (8,82%) oraz szpitalach III stopnia (4,83%); choroby układu moczowego, niepłodność u mężczyzn w szpitalach III stopnia (5,02%) i szpitalach II stopnia (5,35%); zaćma w szpitalach poza PSZ (30%); a także zastoinowa niewydolność serca w szpitalach I stopnia (4,60%)

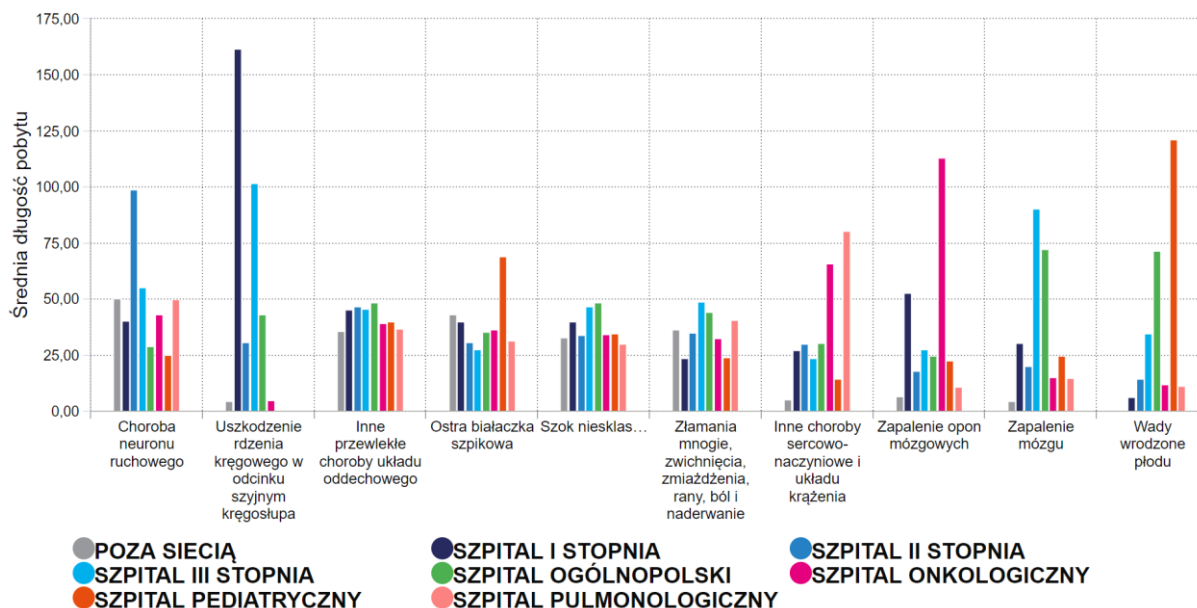
Rysunek 87. Grupy chorób z największą liczbą hospitalizacji w 2019 w podziale na poziomy PSZ



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Szpitaly znajdujące się poza systemem PSZ (na wykresie pokazane jako grupa POZA SIECIĄ) nie udzielają świadczeń we wszystkich wymienionych grupach chorób. Porównując jednak grupy, które są hospitalizowane zarówno w szpitalach poza PSZ, jak i w szpitalach będących w systemie PSZ widać, że "choroba neuronu ruchowego" osiąga najwyższą wartość średniej liczby dni hospitalizacji w szpitalach II stopnia, natomiast najniższą w szpitalach ogólnopolskich i pediatrycznych. Z kolei w przypadku ostrej białaczki szpikowej najdłuższy średni czas hospitalizacji występuje w szpitalach pediatrycznych, natomiast w szpitalach onkologicznych pobyt trwa średnio niemal połowę krócej (odpowiednio 69 i 36 dni).

Rysunek 88. Grupy chorób z najdłuższymi średnimi czasami hospitalizacji w 2019 w podziale na poziomy PSZ



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Kolejki w dostępie do świadczeń szpitalnych

W niniejszym podrozdziale przedstawiono wyniki analiz dotyczących czasów oczekiwania na świadczenia oraz liczby oczekujących na nie osób. Wartości wymienionych charakterystyk stanowią wskaźniki odzwierciedlające dostępność świadczeń szpitalnych. Analizę przeprowadzono w dwóch ujęciach – na podstawie list oczekujących oraz zrealizowanych świadczeń w trybie planowym. Wyniki dla każdego z ujęć zostały opracowane z uwzględnieniem danych pochodzących z różnych źródeł, które wymieniono w kolejnych sekcjach.

Listy oczekujących przygotowywane przez świadczeniodawców aktualizowane są w trybie miesięcznym. Stanowią one wskaźnik pozwalający ocenić realny dostęp do świadczeń. Bieżący czas oczekiwania pacjenta na realizację świadczenia obrazuje zarówno ograniczenia systemu, jak i popyt na dane świadczenie. Ponadto przedstawienie list oczekujących w kontekście sieci szpitali pozwala systemowo ocenić sprawność realizacji świadczeń.

W analizie uwzględniono wartości średnie z czasów oczekiwań, co wiąże się z ograniczeniami powodowanymi błędami w zakresie raportowania danych jednostkowych. Brak możliwości weryfikacji tego typu danych powoduje, że nie ma możliwości eliminacji tzw. obserwacji odstających, czyli wartości, które znacznie odbiegają od pozostałych i wpływają na uzyskane wyniki. W kolejnej części dokumentu skupiono się na analizie przypadków stabilnych, które nie wymagają jak najszybszej interwencji.

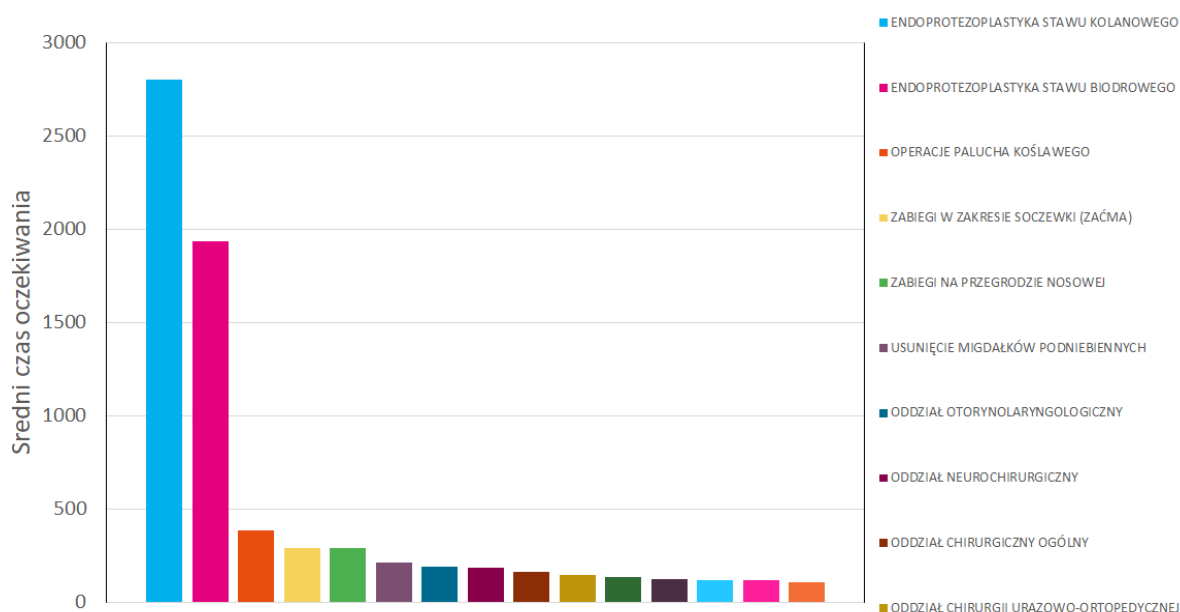
Analiza czasów oczekiwań wykazała, że najdłuższe kolejki (największa średnia liczba dni) w 2018 r. występowały w szpitalach na II poziomie PSZ i utrzymywały się na przestrzeni

miesiący, z jedyną zmianą we wrześniu, gdy największa średnia liczba dni wystąpiła w szpitalach I stopnia PSZ. W szpitalach II stopnia średni czas oczekiwania wynosił od 0 dni (mniej niż 24 godziny, głównie świadczenia w zakresie onkologii i kardiologii) do 2100 dni (świadczenia w zakresie rehabilitacji, rehabilitacji neurologicznej i endoprotezoplastyki stawu kolanowego).

Z kolei najkrótsze średnie czasy oczekiwania zarejestrowano w szpitalach onkologicznych, średnio od 0 do 317 dni. Świadczenia, które wymagały dłuższego czasu oczekiwania niż 7 dni, stanowiły 10% wszystkich świadczeń w zakresie hospitalizacji.

W 2020 r. (stan na 30 marca 2020 r.) najdłuższy średni czas oczekiwania wykazano dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego (2 803 dni) i biodrowego (1 937 dni), a w dalszej kolejności – choć tu średni czas oczekiwania był znacząco krótszy – dla operacji palucha koślawego oraz operacji zaćmy (odpowiednio średnio 386 i 290 dni).

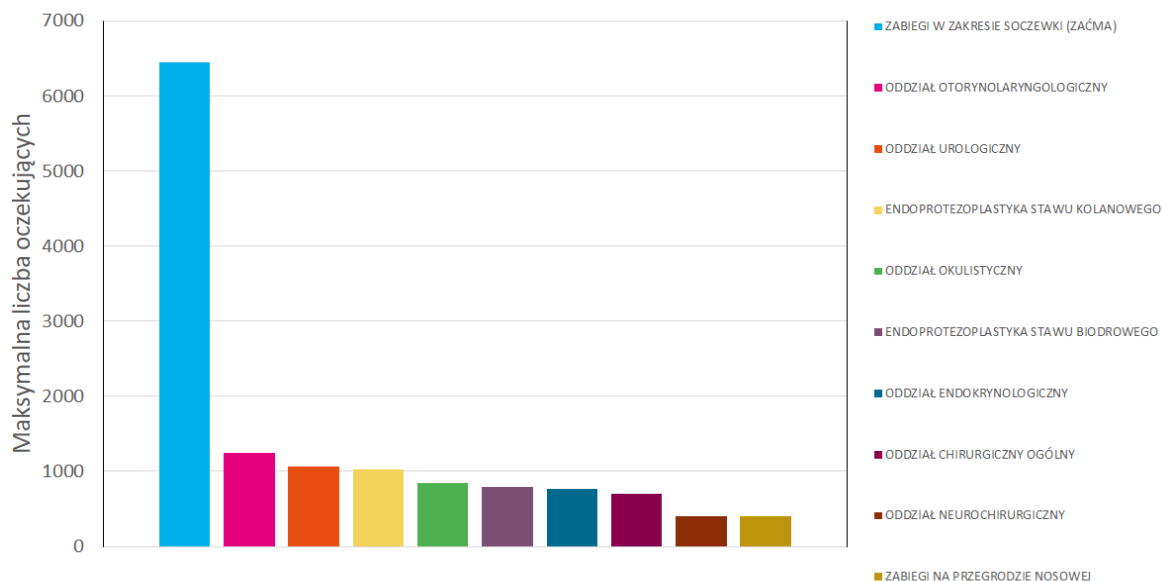
Rysunek 89. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala w 2020 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Analizując liczbę oczekujących na przyjęcie do szpitala w 2020 r., najwięcej osób czekało na operację zaćmy (6 455 osób), a także na przyjęcie na oddział otolaryngologiczny (1 241 osób) oraz oddział urologiczny (1 062 osób).

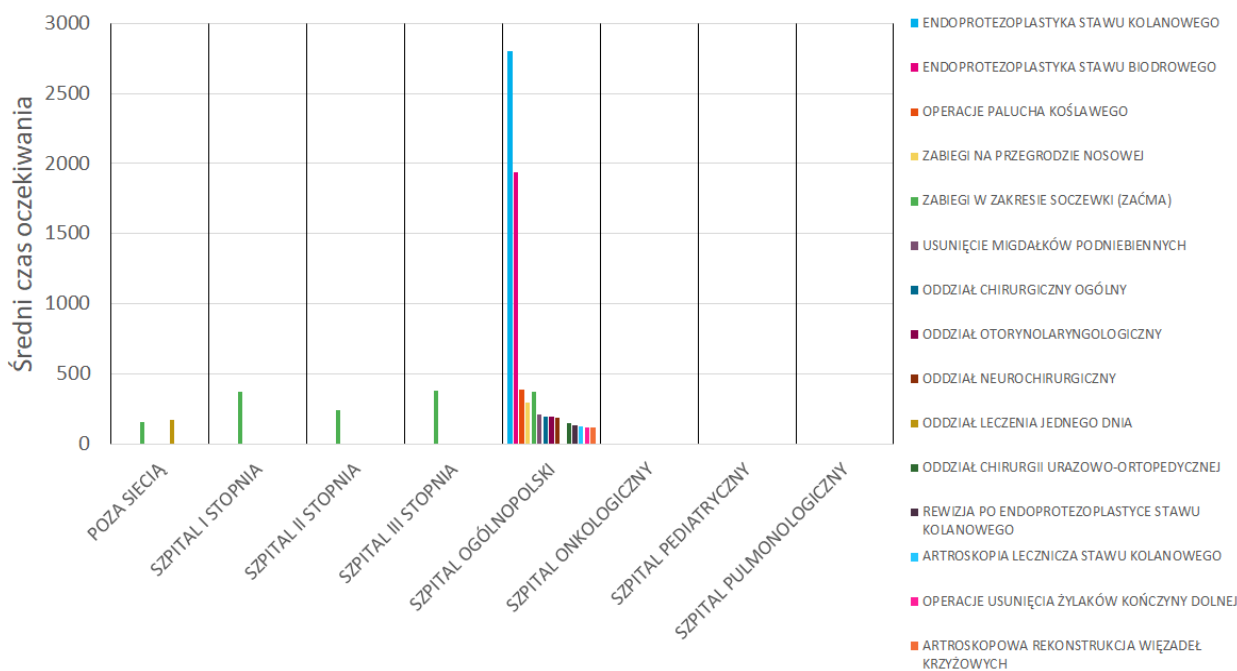
Rysunek 90. Maksymalna liczba oczekujących na przyjęcie do szpitala w 2020 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W podziale na PSZ najdłuższy średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wykazano w szpitalach ogólnopolskich w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego (2 803 dni) i biodrowego (1 937 dni). Na operacje zaćmy czekali najdłużej w szpitalach III stopnia (średnio 380 dni) oraz w szpitalach ogólnopolskich i poza PSZ (średnio 371 dni).

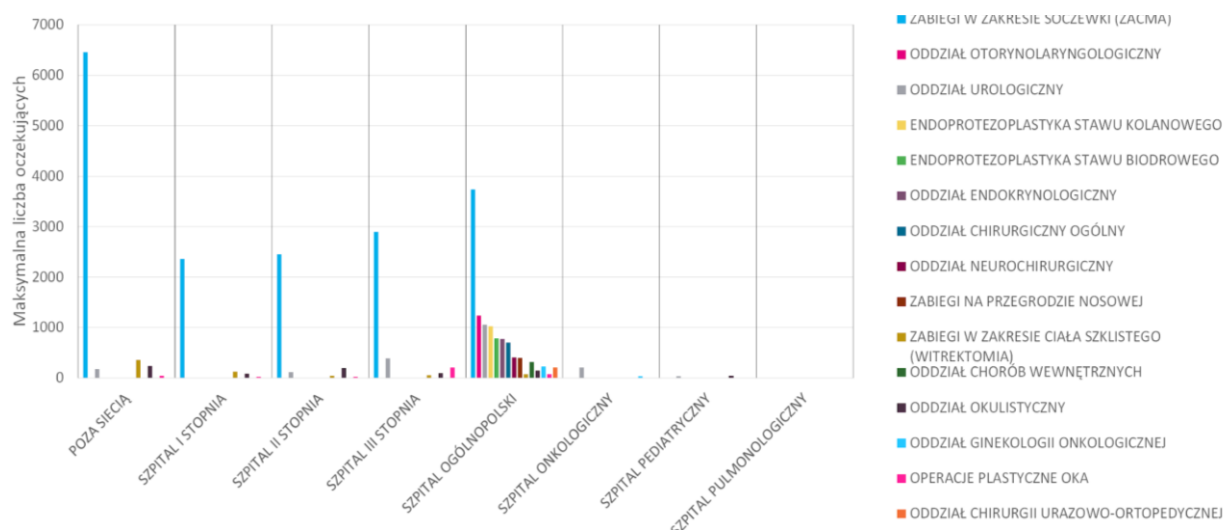
Rysunek 91. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala w 2020 r. w podziale na PSZ



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Najdłuższe były listy oczekujących na zabieg w zakresie usunięcia zaćmy, przy czym największa maksymalna liczba osób wystąpiła w szpitalach poza PSZ – prawie 6,5 tys. osób. Długie listy oczekujących odnotowano także wśród osób czekających na przyjęcie na oddział otorynolaryngologiczny w szpitalach ogólnopolskich.

Rysunek 92. Maksymalna liczba osób oczekujących na przyjęcie do szpitala w 2020 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Z analiz wynika, że długie terminy oczekiwania dla przypadków stabilnych dotyczyły głównie endoprotezoplastyk i zabiegów usunięcia zaćmy. Główną zmianą, jaka nastąpiła pomiędzy 2018 r. a 2020 r., jest skrócenie czasu oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy oraz wydłużenie list oczekujących w innych zabiegach, tj. operacje usunięcia palucha koślawego, zabiegi usunięcia migdałków oraz zabiegi na przegrodzie nosowej.

Zgodnie z wyjaśnieniem zawartym na początku rozdziału kolejki w dostępie do świadczeń szpitalnych zostały przeanalizowane na dwa sposoby: na podstawie list oczekujących oraz zrealizowanych świadczeń w trybie planowym. Takie podejście umożliwia lepsze zrozumienie problemu związanego z dostępnością świadczeń. Poniżej przedstawiono wyniki analizy dotyczącej hospitalizacji udzielonych na podstawie skierowań w planowym trybie przyjęć. W analizie brano pod uwagę realne czasy oczekiwania, które zostały wyznaczone dla jednostkowych danych rozliczeniowych NFZ za 2019 r. i dotyczyły hospitalizacji. Dlatego przedstawione wyniki nie są mniej obciążone wpływem obserwacji odstających.

Oprócz analizy podstawowych statystyk opracowano dwie miary określające efektywność realizacji hospitalizacji planowych: współczynnik efektywności (nazywany dalej: efektywność) oraz współczynnik braku efektywności (nazywany dalej: brak efektywności). Należy mieć na uwadze, że wskaźnik efektywności oraz wskaźnik braku efektywności są dwoma różnymi wskaźnikami, które uwzględniają różne fragmenty rozkładu czasu oczekiwania. Dlatego nie można ich traktować jako własnych dopełnień.

Należy również podkreślić różnicę w rozumieniu przeciętnego czasu oczekiwania – w przypadku list oczekujących pod tym pojęciem rozumiano średni czas oczekiwania ważony

liczbą oczekujących pacjentów, natomiast w przypadku hospitalizacji planowych brano pod uwagę medianę czasu oczekiwania. Ponadto w przypadku hospitalizacji planowych nie występuje rozgraniczenie pomiędzy skierowaniami wystawionymi dla przypadków stabilnych i pilnych, co może powodować uzyskanie nieco niższych numerycznie wartości wskaźników.⁷⁵

Świadczenia wykonywane w ramach hospitalizacji planowych można podzielić na dwie grupy – zachowawcze i zabiegowe, które z kolei dzielą się na kategorie. Dla świadczeń zabiegowych wyszczególniono następujące kategorie: małe, średnie, duże, diagnostyczne, kompleksowe oraz inne⁷⁶. Z kolei dla świadczeń zachowawczych: kompleksowe, specjalistyczne, podstawowe oraz inne⁷⁷. W 2019 r. mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wyniosła 29 dni, zaś średnia 76 dni

Tabela 27. Mediana, średni czas oczekiwania na hospitalizację oraz liczba hospitalizacji planowych w zależności od grupy zabiegów w Polsce w 2019 r.

Grupa	Mediana czasu oczekiwania [dni]	Średni czas oczekiwania [dni]	Liczba hospitalizacji [mln]
Zabiegowe	36	92	2,25
Zachowawcze	18	47	1,20

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

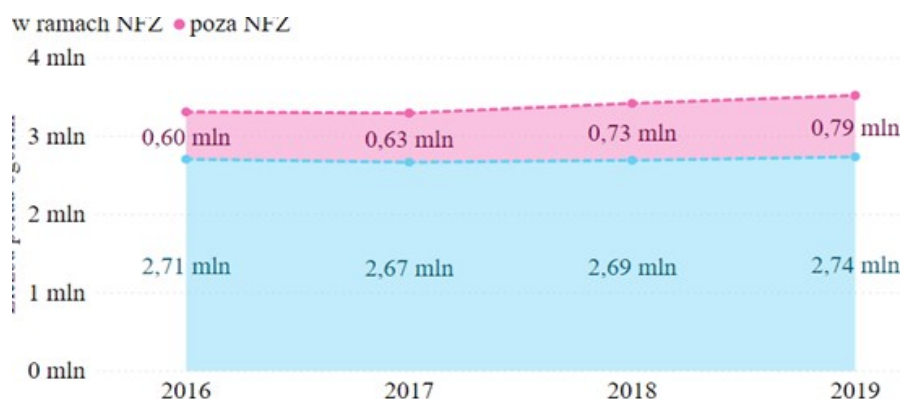
Hospitalizacje planowe realizujące świadczenia z grupy zachowawczej miały dwukrotnie niższą medianę oraz średni czas oczekiwania, przy jednocześnie dwukrotnie mniejszej liczbie zrealizowanych hospitalizacji niż hospitalizacje realizujące świadczenia z grupy zabiegowej.

⁷⁵ Ponieważ z założenia przypadki pilne powinny być realizowane znacznie szybciej

⁷⁶ Są to zabiegi, które nie zostały przyporządkowane do żadnej z wymienionych wcześniej kategorii

⁷⁷ Są to zabiegi, które nie zostały przyporządkowane do żadnej z wymienionych wcześniej kategorii

Rysunek 93. Przeciętny czas oczekiwania (mediana) na hospitalizację planową w zależności od grupy świadczeń w Polsce w 2019 r.

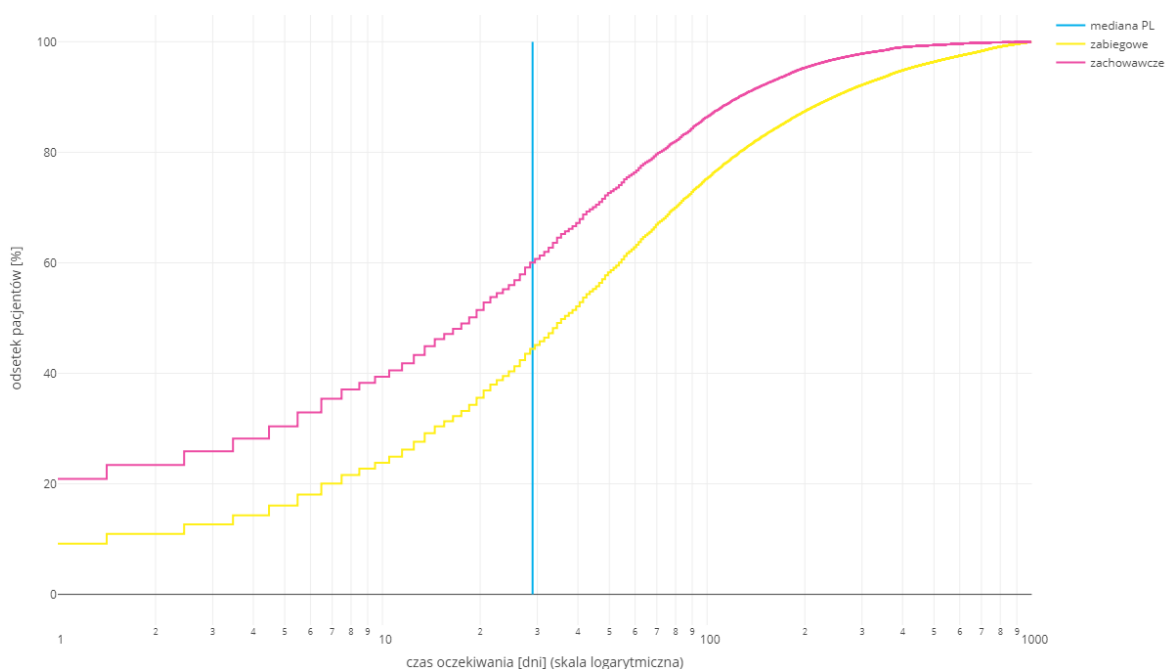


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

W 2019 r. najdłuższy przeciętny czas oczekiwania dla świadczeń zabiegowych zaobserwowano dla województwa kujawsko-pomorskiego – 131 dni, najniższy zaś dla województwa małopolskiego – 33 dni. Dla świadczeń zachowawczych z kolei najdłuższy przeciętny czas oczekiwania w 2019 r. odnotowano w województwie śląskim – 35 dni, najniższy natomiast dla województwa lubuskiego – 7 dni.

W przypadku świadczeń z grupy zabiegowej 42% hospitalizacji zostało zrealizowanych w czasie krótszym niż 29 dni (czyli wcześniej niż przeciętny czas oczekiwania w Polsce), zaś dla grupy zachowawczej – 58%. Oznacza to, że w 2019 r. świadczenia z grupy zachowawczej były zrealizowane szybciej niż świadczenia z grupy zabiegowej.

Rysunek 94. Rozkład czasu oczekiwania na hospitalizację planową w zależności od grupy świadczeń w Polsce w 2019 r.

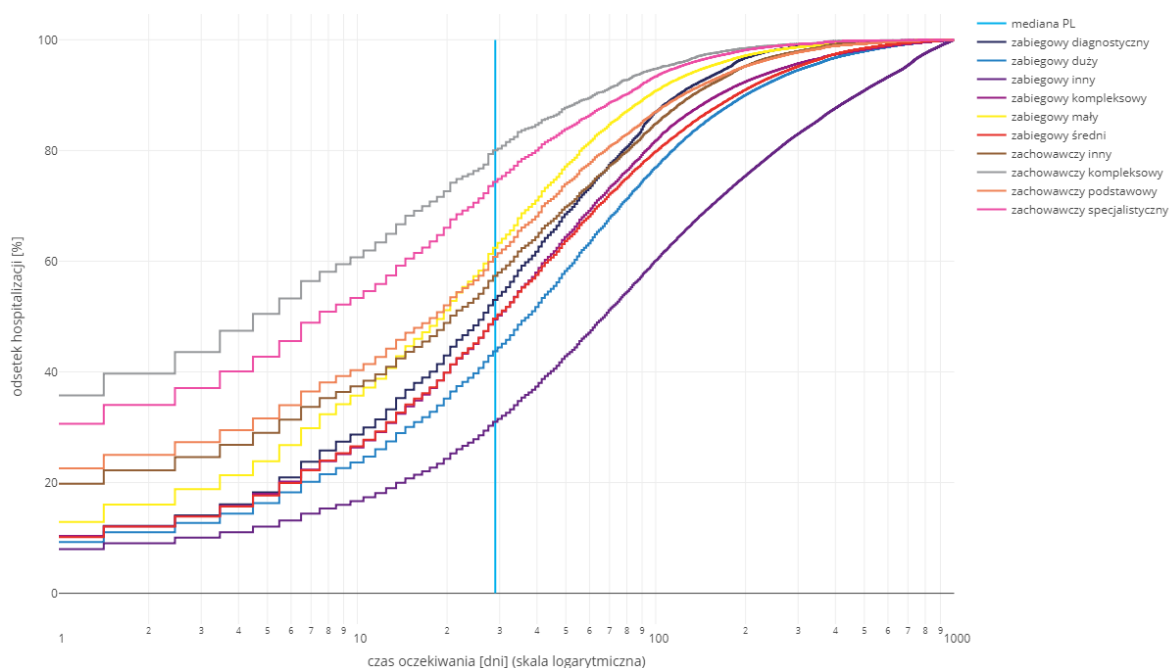


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Jak wspomniano na początku sekcji, świadczenia można podzielić na dwie grupy, które z kolei dzielą się na kategorie. Analiza czasu oczekiwania oraz wskaźników efektywności realizowanych świadczeń w podziale na kategorie umożliwia lepsze zrozumienie problemu wydłużonych czasów oczekiwania na hospitalizację planową w Polsce.

Najdłuższy przeciętny czas oczekiwania na hospitalizację w 2019 r. odnotowano dla kategorii zabiegowej inne (68 dni), której udział w ogólnej liczbie hospitalizacji wyniósł prawie 18%. Ponadto analiza rozkładu czasu oczekiwania dla tej kategorii wykazała, że tylko 31% hospitalizacji zostało zrealizowanych w czasie krótszym niż przeciętny czas oczekiwania na hospitalizację w Polsce.

Rysunek 95. Czas oczekiwania na hospitalizację w zależności od kategorii świadczeń w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

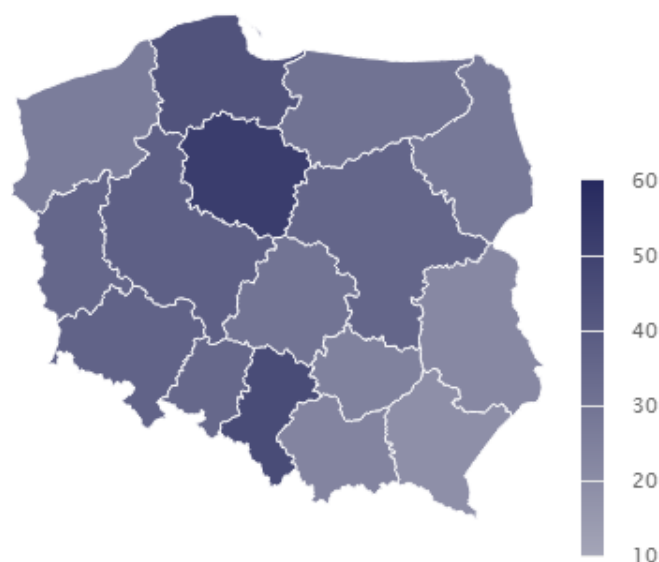
Kategorie świadczeń zachowawczych kompleksowych i zachowawczych specjalistycznych stanowiły jedynie ok. 3,3% wszystkich hospitalizacji planowych w 2019 r. przy jednocześnie najkrótszych medianach czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala – odpowiednio 5 i 8 dni. Dla wymienionych kategorii odnotowano najwyższe odsetki zrealizowanych hospitalizacji w czasie krótszym niż mediana czasu oczekiwania na hospitalizację w Polsce – 80% dla zachowawczej kompleksowej i 74% dla zachowawczej specjalistycznej.

Z rozkładem czasu oczekiwania na hospitalizację są powiązane wskaźniki efektywności oraz braku efektywności realizacji hospitalizacji. Wskaźniki te wyznaczono dla poszczególnych kategorii, a następnie poprzez wyznaczenie średniej ważonej, gdzie za wagi przyjęto udział w ogólnej liczbie hospitalizacji poszczególnych kategorii, obliczono uogólnione wskaźniki efektywności i braku efektywności.

Przeciętny czas oczekiwania pozwala na określenie efektywności realizacji hospitalizacji w Polsce, jednak przedstawione poniżej wskaźniki efektywności oraz braku efektywności, z uwagi na swoją konstrukcję, są bardziej wrażliwe na zachowanie rozkładu czasu dla poszczególnych kategorii.

Najkrótsze uogólnione przeciętne czasy oczekiwań na hospitalizację planową w 2019 r. odnotowano w południowo-wschodniej części kraju (województwa lubelskie, podkarpackie oraz małopolskie) – około 20 dni od daty wystawienia skierowania. Województwo kujawsko-pomorskie (52 dni) oraz województwo śląskie (46 dni) były województwami o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania.

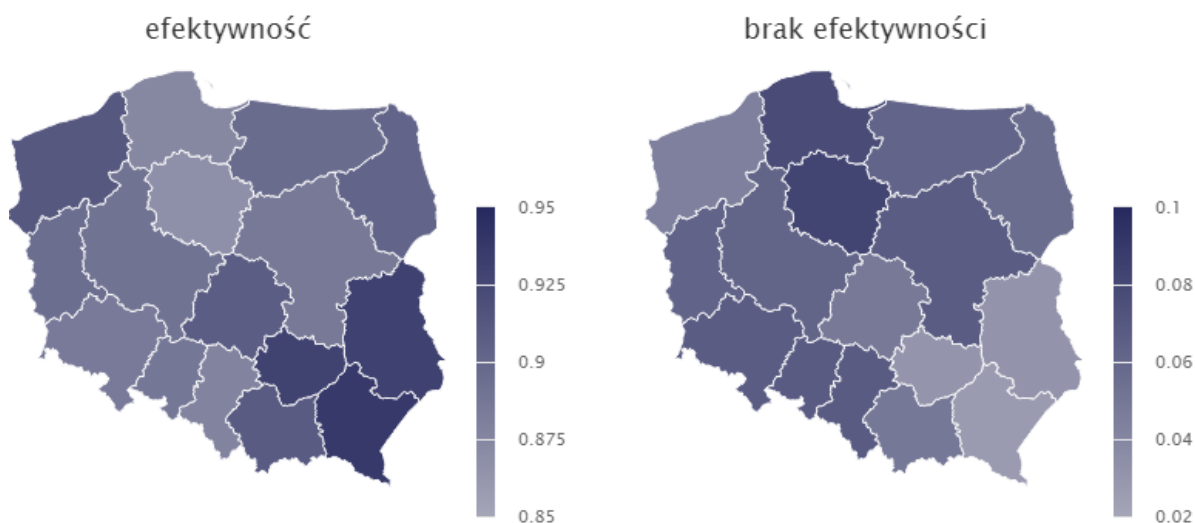
Rysunek 96. Uogólniony przeciętny czas oczekiwania na hospitalizację planową w Polsce w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Analiza uogólnionego wskaźnika efektywności wykazała zróżnicowanie w realizacji hospitalizacji pomiędzy województwami. Najwyższe wartości wskaźnika w 2019 r. odnotowano w województwach znajdujących się w południowo-wschodniej części kraju (podkarpackie, lubelskie oraz świętokrzyskie). Natomiast województwami, które charakteryzowały się najwyższymi wartościami uogólnionego wskaźnika braku efektywności w 2019 r., były województwa kujawsko-pomorskie oraz pomorskie.

Rysunek 97. Uogólniony wskaźnik efektywności oraz uogólniony wskaźnik braku efektywności realizacji hospitalizacji planowych w Polsce w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Z uwagi na konstrukcję uogólnionych wskaźników jako średniej ważonej efektywności cząstkowej dla poszczególnych kategorii miały bezpośredni wpływ na przedstawione wyżej wyniki. Na przykład województwa z południowo-wschodniej części kraju były województwami o najwyższych wartościach efektywności w większości kategorii (wszystkie zabiegowe oraz zachowawczy inny). Z kolei analizując województwa w zależności od kategorii świadczeń pod względem wskaźnika braku efektywności, województwo kujawsko-pomorskie wypadło najgorzej (odznaczało się najwyższymi wartościami wskaźnika w największej liczbie kategorii, do których należały: zabiegowe inne, zabiegowe duże oraz zachowawcze inne⁷⁸).

Kody świadczeń dla JGP stanowią najbardziej różnorodny zbiór świadczeń (zabiegów), który podzielono na sekcje w zależności od układu fizjologicznego człowieka. Wyodrębniono 17 sekcji dotyczących dorosłych pacjentów. Dla każdej z nich wyznaczono wskaźniki, w tym przeciętny czas oczekiwania (w postaci średniej oraz mediany), liczbę zrealizowanych JGP w ramach danej sekcji, liczbę hospitalizacji oraz udział tej liczby w ogólnej liczbie hospitalizacji planowych w Polsce.

Zabiegi związane z chorobami narządu wzroku były grupą, która w 2019 r. miała najwyższą medianę czasu oczekiwania na hospitalizację planową – 75 dni, zaś średni czas oczekiwania na nią był ponad dwukrotnie wyższy – 177 dni. Ponadto była to druga pod względem udziału w ogólnej liczbie hospitalizacji grupa zabiegów w 2019 r. – 12,4%, ustępująca jedynie zabiegom dotyczącym chorób układu mięśniowo-szkieletowego (12,5%). Dla drugiej

⁷⁸ Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ.

z wymienionych grup przeciętny czas oczekiwania w 2019 r. wyniósł 47 dni i był to trzeci co do długości przeciętnego czasu oczekiwania na hospitalizację w Polsce.

Wśród grup JGP o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania znalazły się również zabiegi dotyczące chorób twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu, które uplasowały się w 2019 r. na drugim miejscu w rankingu przeciętnego czasu oczekiwania (58 dni). Udział tej grupy w ogólnej liczbie hospitalizacji był jednak znacznie niższy w porównaniu do grup omówionych wyżej – wyniósł jedynie 5,2%.

Tabela 28. Przeciętny czas oczekiwania na hospitalizację planową w zależności od sekcji JGP w Polsce w 2019 r.⁷⁹

Grupa JGP	Mediana czasu oczekiwania [dni]	Średni czas oczekiwania [dni]	Liczba realizowanych JGP w ramach grupy	Liczba hospitalizacji	Udział w ogólnej liczbie hospitalizacji [%]
Choroby narządu wzroku	75	177	30	426 730	12,4
Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu	58	129	31	179 392	5,2
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	47	110	58	430 091	12,5

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Przedstawiona analiza grup JGP umożliwia szersze spojrzenie na kolejki w ramach hospitalizacji planowych. Jednak z perspektywy pacjenta najbardziej istotna jest informacja o czasie oczekiwania na konkretne świadczenia (zabiegi). W 2019 r. świadczenia o najdłuższych przeciętnych czasach oczekiwania na hospitalizację dotyczyły głównie zabiegów z grupy chorób twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu oraz chorób dzieci – leczenie zachowawcze z kategorii zabiegowy inny.

Zabiegami o najdłuższym czasie oczekiwania w 2019 r. były wymiany procesora mowy implantów ucha środkowego (C07H) oraz wymiany procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu (C07G), które wyniosły odpowiednio 414 i 270 dni. Należy

⁷⁹ Z wyłączeniem sekcji JGP dotyczących chorób dziecięcych.

jednak zwrócić uwagę, że zabiegi te były wykonywane stosunkowo rzadko w porównaniu do dużych zabiegów nosa (C42), które pod względem mediany czasu oczekiwania na hospitalizację planową zajęły szóste miejsce. Długi czas oczekiwania na wymianę procesorów mowy implantów ślimakowych ucha środkowego (C07H) oraz implantów ślimakowych i do pnia mózgu (C07G) może wynikać stąd, że są to zabiegi wysokospecjalistyczne, wykonywane tylko w kilku miejscach w kraju.

Tabela 29. Świadczenia o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania na hospitalizację w 2019 r. w Polsce

Nazwa JGP	Mediana czasu oczekiwania [dni]	Liczba hospitalizacji	Kategoria	Grupa JGP
C07H wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego	414	19	zabiegowy inny	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
C07G wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu	270	431	zabiegowy inny	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
Pzc09 rozległe zabiegi korekcyjne wad wrodzonych twarzoczaszki, jamy ustnej i gardła < 18. rok życia	220	38	zabiegowy inny	Choroby dzieci - leczenie zachowawcze
C05G leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych	167	600	zabiegowy inny	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
Pzc10 kompleksowe zabiegi korekcyjne wad wrodzonych twarzoczaszki, jamy ustnej i gardła < 18. roku życia	160	446	zabiegowy kompleksowy	Choroby dzieci - leczenie zachowawcze

C42 duże zabiegi nosa	158	26 099	zabiegowy duży	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
-----------------------	-----	--------	-------------------	---

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Przeanalizowano również przeciętny czas oczekiwania na świadczenia, których zrealizowano co najmniej 20 tys. W tej grupie zabiegami o najdłuższym czasie oczekiwania w 2019 r. były głównie zabiegi dotyczące chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani i uszu.

Tabela 30. Świadczenia o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania na hospitalizację spośród świadczeń, których wykonano co najmniej 20 tys. w 2019 r. w Polsce

Nazwa świadczenia	Mediana czasu oczekiwania [dni]	Liczba hospitalizacji	Kategoria	Grupa JGP
C42 duże zabiegi nosa*	158	26 099	zabiegowy duży	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
H15 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana*	124	25 781	zabiegowy inny	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego
H14 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego*	106	29 453	zabiegowy inny	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego
B19G usunięcie zaćmy - kategoria II*	99	324 598	zabiegowy inny	Choroby narządu wzroku

C14 średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani	80	46 795	zabiegowy średni	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
--	----	--------	------------------	--

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

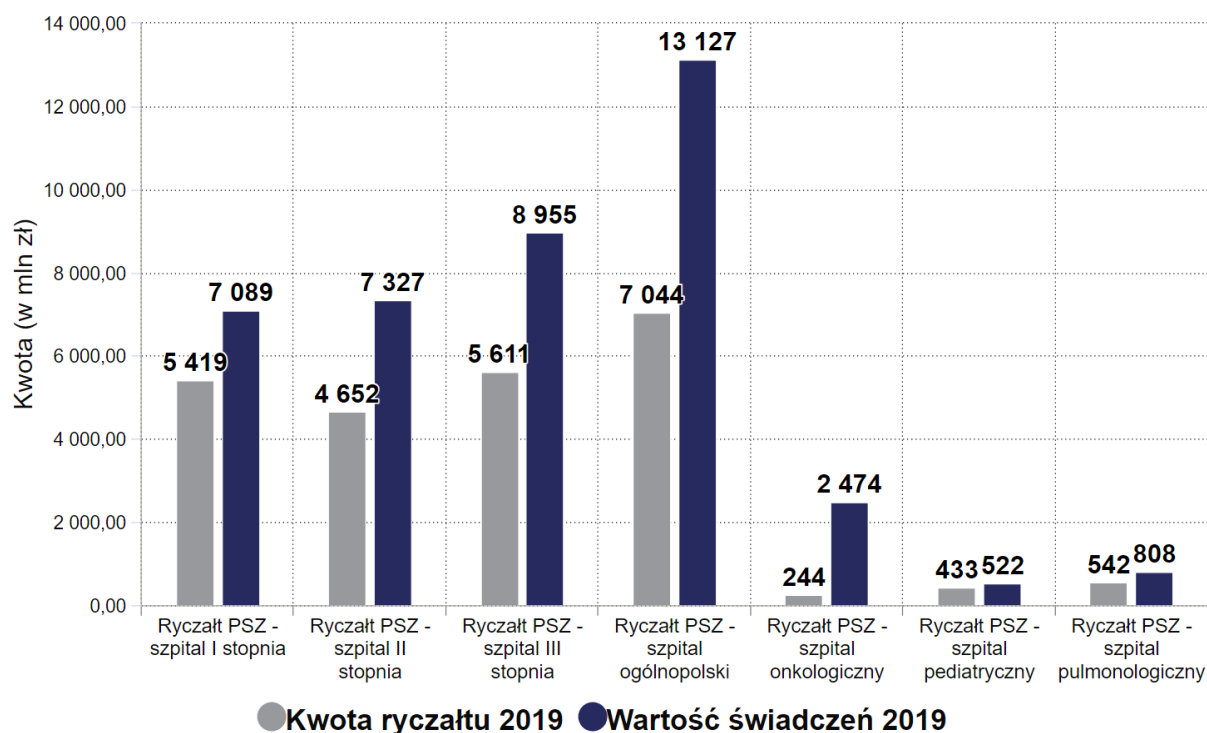
Najdłuższy przeciętny czas oczekiwania zaobserwowano dla dużych zabiegów nosa (C42) – 158 dni, które w 2019 r. zajęły szóste miejsce w rankingu najdłuższych czasu oczekiwania ogólnie. Na drugim i trzecim miejscu uplasowały się z kolei zabiegi endoprotezoplastyki kolana i biodra (H15, H14), na które czekano przeciętnie 124 i 106 dni. Na szczególną uwagę zasługuje również zabieg usunięcia zaćmy II kategorii z przeciętnym czasem oczekiwania 99 dni, ponieważ był to najczęściej wykonywany zabieg w 2019 r.

Kontrakty

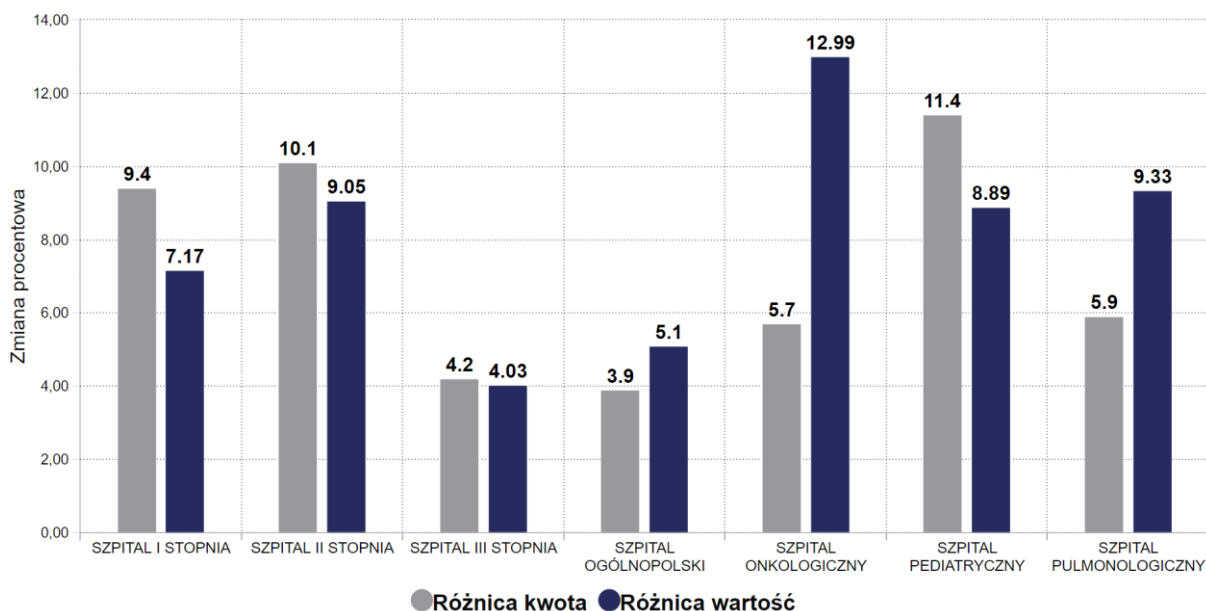
W związku ze zmianą systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzono nowe rozwiązania mające na celu zabezpieczenie środków w szpitalach, które zakwalifikowano do jednego z poziomów PSZ. Kwoty kontraktów są zależne w dużej mierze od zapotrzebowania i wykonalności świadczeń. Mogą być również korygowane w związku z jakością wykonywanych świadczeń. Najwyższe kwoty umów wynikają z ryczałtów PSZ dla szpitali ogólnopolskich, a w dalszej kolejności dla szpitali III, I oraz II stopnia.

W przypadku rozliczeń umów w formie ryczałtu obowiązuje okres rozliczeniowy 90 dni. Kwotę ryczałtu ustala się w oparciu o świadczenia rozliczone prawidłowo we wcześniejszym okresie rozliczeniowym. Dokładny wzór pozwalający wyznaczyć kwotę ryczałtu zawarty jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Wynika z niego, że kwoty umów rozliczanych ryczałtem mogą być korygowane i obliczane w oparciu o liczbę sprawozdanych świadczeń, a także o prognozowane ceny produktów (świadczeń).

Rysunek 98. Kwoty kontraktów rozliczanych w ramach ryczału w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rysunek 99. Zmiana procentowa wartości świadczeń i kwot ryczału w 2019 r. względem 2018 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

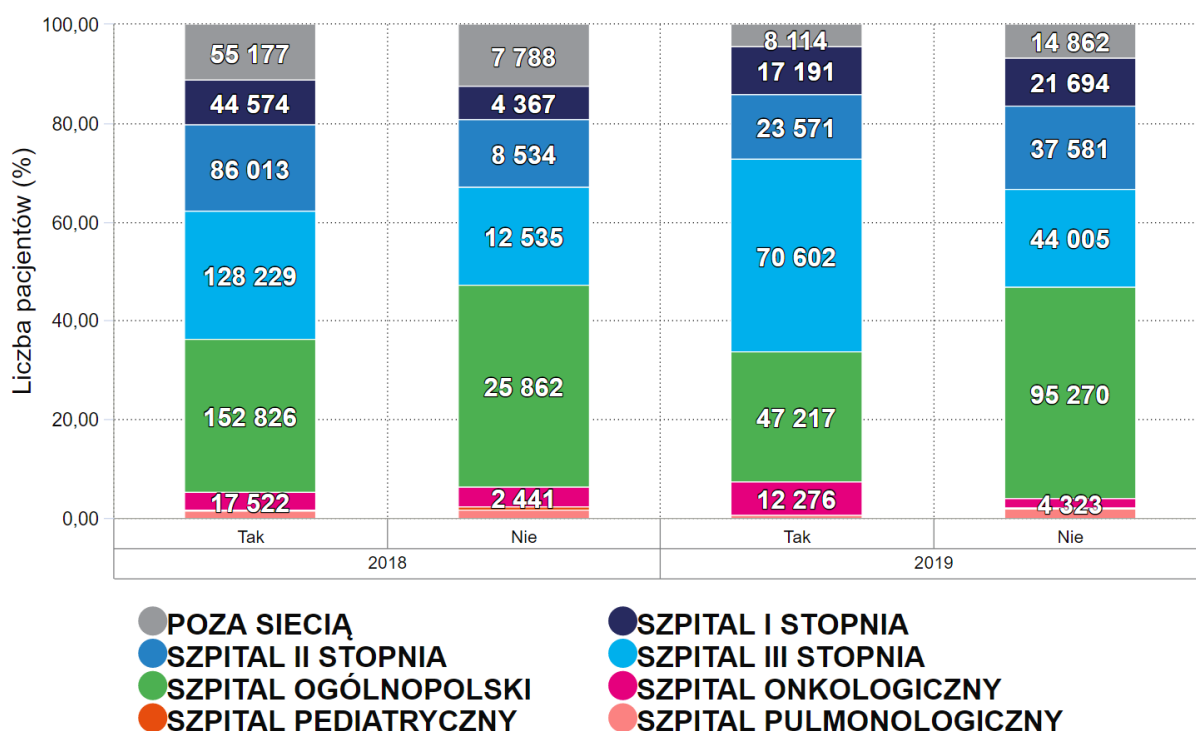
W 2019 r. w Polsce w ramach leczenia zamkniętego udzielono ponad 16 milionów świadczeń (wzrost o 6,7% w porównaniu z 2014 r.). Liczba udzielonych świadczeń w ramach leczenia szpitalnego systematycznie rośnie (średnio o około 200 tys. rocznie od 2014 r.), natomiast spada liczba szpitali posiadających kontrakt z NFZ – spadek o 1,34% pomiędzy

2014 r. a 2019 r. (z 979 w 2014 r. do 966 w 2019 r.). Jednak kluczowa wydaje się nie tyle liczba szpitali będących w bliskiej odległości od miejsca zamieszkania pacjenta, co dostęp do szpitali realizujących świadczenia zgodne z zapotrzebowaniem rosnącej liczby pacjentów.

Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń w kategorii kompleksowych zabiegów, w 2019 r. spadła w porównaniu do 2018 r. o około 28%. Natomiast największy spadek liczby pacjentów odnotowano w szpitalach ogólnopolskich wśród pacjentów leczących się w powiecie zamieszkania (około 69% pacjentów mniej w 2019 r.). Jednocześnie nastąpił wzrost liczby pacjentów szpitali ogólnopolskich dojeżdżających na leczenie poza powiat zamieszkania (69 408 pacjentów więcej). Spadek odnotowano w szpitalach ogólnopolskich (2 975 pacjentów mniej niż w 2018 r.) oraz szpitalach pediatrycznych (1 419 pacjentów mniej niż w 2018 r.), a z kolei wzrost liczby pacjentów w szpitalach pulmonologicznych (1 102 pacjentów więcej niż w 2018 r.) i onkologicznych (538 pacjentów więcej niż w 2018 r.).

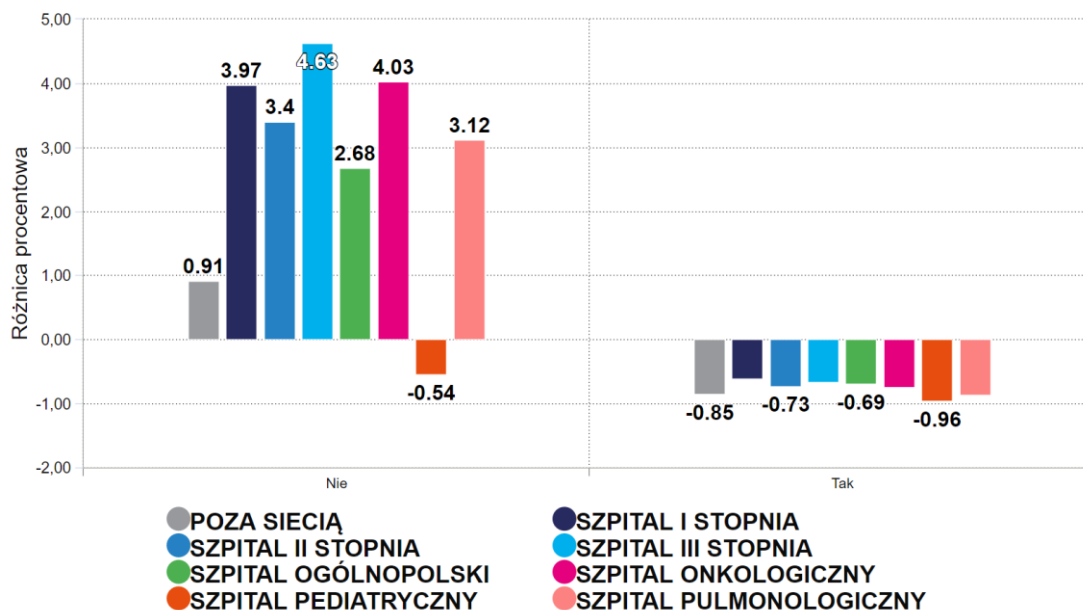
Poniżej przedstawiono liczbę pacjentów, którym udzielono świadczeń z kategorii zabiegów kompleksowych w latach 2018-2019. Wykres przedstawia liczbę pacjentów, którzy leczyli się w powiecie, w którym mieszkali, bądź wyjeżdżali poza powiat. Wyniki wskazują na to, że liczba zabiegów kompleksowych zmalała w 2019 r. względem 2018 r., przy czym opisywana zmiana była najmniejsza w szpitalach I stopnia (11%), natomiast największy spadek odnotowano w szpitalach poza "siecią szpitali" (40%). Z kolei w szpitalach pediatrycznych odnotowano wzrost o 31% (jednak warto zauważyć, że w tych szpitalach liczba pacjentów była mała i wynosiła 1 156 osób).

Rysunek 100. Liczba pacjentów korzystających z kompleksowych zabiegów w miejscu (powiecie) zamieszkania (Tak) i poza miejscem (Nie) zamieszkania w 2018 r. i 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rysunek 101. Różnica procentowa liczby pacjentów korzystających z kompleksowych zabiegów w miejscu (powiecie) zamieszkania (Tak) i poza miejscem zamieszkania (Nie) w 2019 r. względem 2018 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

6.3. Analiza świadczeniodawców

W niniejszym rozdziale zaprezentowano dane opisujące liczbę świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy z zakresu leczenia szpitalnego. W Polsce w 2019 r. ze świadczeń w zakresie lecznictwa szpitalnego skorzystało prawie 9 milionów pacjentów (23,14% populacji). To o 0,92% więcej w porównaniu z 2014 r. Z kolei liczba szpitali posiadających kontrakt z NFZ uległa zmianie w niewielkim stopniu – w 2014 r. było 979 szpitali, które jednocześnie udzielały świadczeń w danym roku, natomiast w 2019 r. ich liczba wyniosła 966.

Efektywność leczenia dla wybranych problemów zdrowotnych

Jednym ze sposobów określenia efektywności leczenia jest skupienie się na rezultatach hospitalizacji z perspektywy czasu, czyli na tak zwanym punkcie końcowym⁸⁰. Może on określać m.in. czy pacjent był rehospitalizowany, czy w perspektywie określonego czasu od hospitalizacji nastąpił zgon lub czy hospitalizacja była dłuższa od standardowej. Wystąpienie punktu końcowego jest warunkowane przez różnorodne czynniki, które można podzielić na charakterystyki pacjenta (wiek, płeć, miejsce zamieszkania), jego historię medyczną (choroby współistniejące, czyli tak zwaną wielochorobowość), a także warunki, w jakich był leczony.

⁸⁰ C. McLeod, R. Norman, E. Litton, B. R. Saville, S. Webb, T. L. Snelling, *Choosing primary endpoints for clinical trials of health care intervention*, Contemp Clin Trials Commun., 2019, 16:100486.

W ramach przeprowadzonych analiz uwzględniających wielochorobowość pacjentów zostały opracowane modele dla wybranych problemów zdrowotnych. Modele te, uwzględniając informacje dotyczące wszystkich wspomnianych wyżej grup czynników (dane demograficzne pacjentów, ich historię medyczną⁸¹, profile ośrodków leczących), wskazały, które z cech są istotne z perspektywy “punktu końcowego” określonego na podstawie przeglądu literatury przedmiotu oraz opinii eksperta medycznego w wybranej dziedzinie. Zostały wyodrębnione trzy kategorie punktów końcowych:

- 1) przedłużona hospitalizacja,
- 2) rehospitalizacje w określonym horyzoncie czasowym,
- 3) zgon następujący w określonym horyzoncie czasowym po hospitalizacji.

Podejście z uwzględnieniem wielochorobowości umożliwia wyodrębnienie wpływu cech osobowych pacjentów oraz pozostałych czynników niezależnych od stanu pacjentów. Pozwala to nie tylko odpowiedzieć na pytanie, które z cech pacjenta oraz w jaki sposób wpływają na szanse wystąpienia punktu końcowego, ale też jakie inne czynniki i w jaki sposób oddziałują na to zjawisko.

W analizie określono różnice wartości odsetków przypadków zakończonych punktem końcowym pomiędzy poszczególnymi województwami a Polską. Wyodrębniono zbiorcze oddziaływanie charakterystyk pacjentów (wpływ struktury pacjentów) oraz oddziaływanie związane z pozostałymi charakterystykami kształtowanymi przez okoliczności hospitalizacji, w tym przez warunki szpitalne. Ostatnie z nich można utożsamiać z efektywnością leczenia i to właśnie na niej skupiono się w analizie. W dalszej części dokumentu oddziaływanie czynników niepowiązanych wprost z pacjentem będą określone mianem wpływu innych czynników lub wpływu efektywności leczenia⁸². Należy pamiętać, że grupa ta jest wypadkową wielu elementów, nie tylko tych bezpośrednio określających efektywność (np. czy pacjent był przyjęty w weekend). Analiza objęła wybrane cechy pacjenta wskazane przez literaturę oraz ekspertów medycznych. Implikuje to, że wpływ czynników innych może nieść w sobie również wpływ charakterystyk pacjenta nieuwzględnionych w modelach wielochorobowości.

⁸¹ Diagnoza wybranego schorzenia w przeciągu 365 dni przed hospitalizacją związaną z badanym problemem zdrowotnym.

⁸² Ocena wpływu struktury pacjentów i efektywności leczenia polega na porównaniu empirycznej wartości częstości występowania punktu końcowego w jednostce (województwie, szpitalu), z wartościami standaryzowanymi strukturą pacjentów i efektywnością leczenia. Standaryzacja strukturą polega na wyznaczeniu, jaki poziom miałby odsetek punktów końcowych, gdyby struktura pacjentów według grup wielochorobowości była tożsama do ogólnopolskiej, jednocześnie blokując empiryczne odsetki występowania punktu końcowego w ramach grupy. Standaryzacja efektywnością z kolei to wyznaczenie ogólnego poziomu punktu końcowego przyjmując empiryczną strukturę pacjentów jednostki, przy zaadoptowaniu ogólnych odsetków występowania punktów końcowych w ramach tych grup.

Analiza każdego z wymienionych punktów końcowych składa się z dwóch etapów. Ze względu na specyfikę każdego problemu wyniki dla tego samego punktu końcowego mogą się znacznie różnić. Główne cele analizy są następujące:

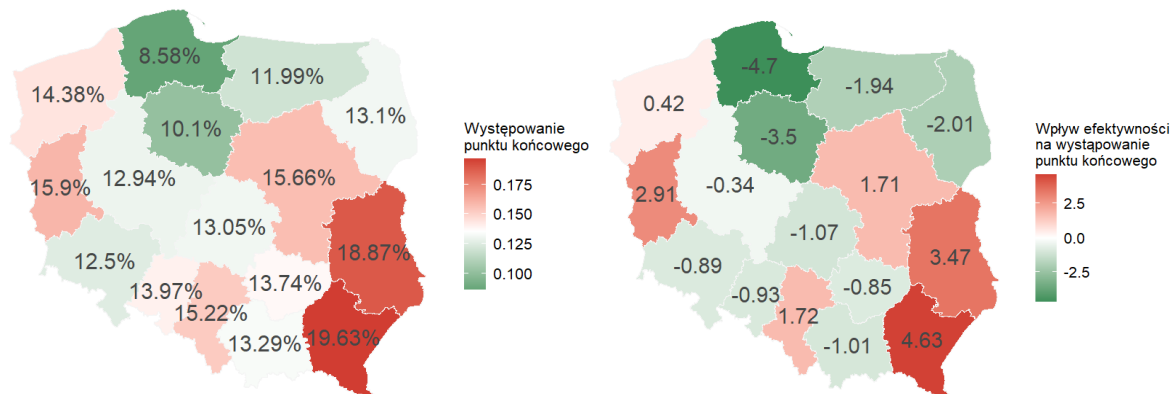
- 1) wskazanie, jaki wpływ miała struktura pacjentów oraz pozostałe czynniki (w tym efektywność leczenia) na częstość występowania punktu końcowego w województwach,
- 2) określenie różnic wybranych charakterystyk między szpitalami pod względem częstości występowania w nich punktów końcowych.

Przedłużony pobyt w szpitalu

Przykładem problemu zdrowotnego, dla którego istotne jest badanie odsetka przedłużonych pobytów w szpitalu, są hospitalizacje związane z zabiegiem cholecystektomii. Zabieg polega na chirurgicznym usunięciu pęcherzyka żółciowego. Przedłużony pobyt dla tego rodzaju hospitalizacji został określony przez eksperta medycznego jako pobyt przekraczający 5 dni⁸³.

Najwyższy odsetek przedłużonych hospitalizacji po zabiegu cholecystektomii zanotowano w województwach południowo-wschodniej Polski. Był on tam ponad dwukrotnie wyższy niż w województwie pomorskim o najniższym odsetku hospitalizacji przekraczających 5 dni.

Rysunek 102. Przestrzenne rozkłady występowania przedłużonego pobytu (lewa strona) oraz wpływu efektywności leczenia na występowanie przedłużonego pobytu (prawa strona) w 2019 r.



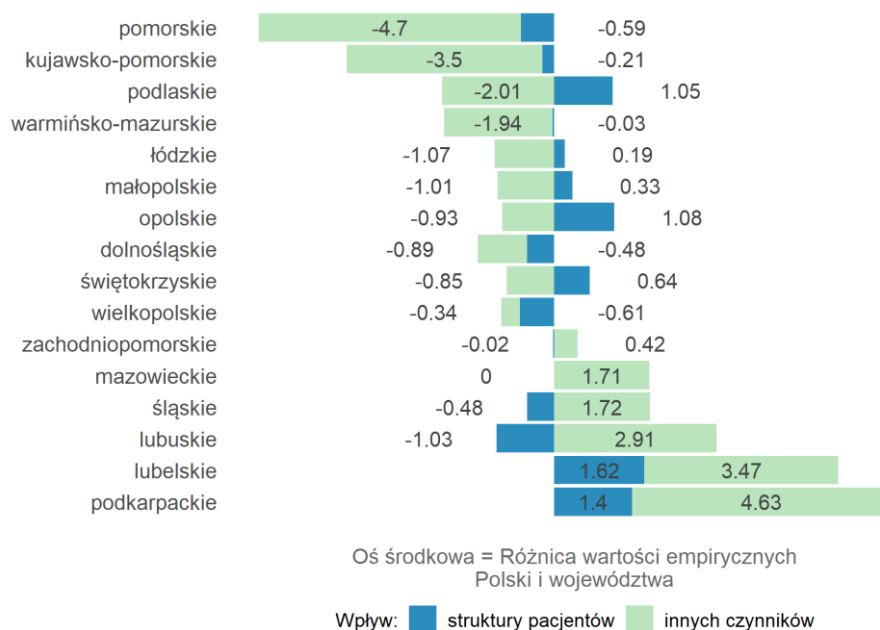
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

⁸³ W literaturze przedmiotu wskazuje się okres do 5 dni jako standardowy czas hospitalizacji.

J. Leo, G. Filipovic, J. Kremetsova I in., *Open cholecystectomy for all patients in the era of laparoscopic surgery – a prospective cohort study*. BMC Surg 6, 5 (2006).

Poniżej przedstawiono wpływ na różnicę zaobserwowanego odsetka przedłużonych hospitalizacji w Polsce oraz województwie dwóch grup czynników – struktury chorobowości pacjentów oraz pozostałych czynników obejmujących efektywność leczenia.

Rysunek 103. Wpływ struktury pacjentów oraz innych czynników na odsetek hospitalizacji związanej z zabiegiem cholecystektomii z przedłużoną hospitalizacją w podziale na województwa



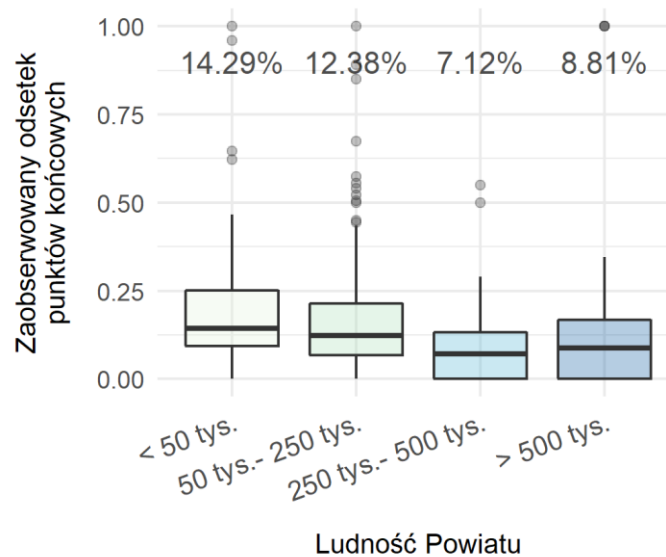
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

We wszystkich województwach, poza wielkopolskim oraz opolskim, czynniki inne obejmujące efektywność leczenia odpowiadały w największym stopniu za różnicę częstości występowania przedłużonej hospitalizacji po zabiegu cholecystektomii. W województwie wielkopolskim zarówno efektywność leczenia, jak i struktura pacjentów wpływały nieznacznie rzadziej na występujące przedłużone hospitalizacje, przy czym wyższy wpływ dotyczył struktury pacjentów. Najwyższą efektywność zanotowano w województwie pomorskim, w którym struktura pacjentów była korzystniejsza od przeciętnej w Polsce. Najbardziej niekorzystny wpływ efektywności leczenia zaobserwowano w województwie podkarpackim, a pacjenci tego województwa charakteryzowali się wyższą wielochorobowością niż ogół pacjentów Rzeczypospolitej Polskiej. Najbardziej zbliżony odsetek hospitalizacji do wartości krajowej występował w województwie zachodniopomorskim.

Zauważalny wpływ na częstość występowania przedłużonych pobytów po zabiegu cholecystektomii miała wielkość powiatu, w którym znajdował się szpital. Przedłużone pobyty występowały rzadziej w szpitalach na terenie powiatów o wyższej liczbie mieszkańców. Świadczy o tym niższa wartość mediany dla powiatów z tej grupy. Inne

czynniki grupujące szpitale, np. kliniczność ośrodka, nie były statystycznie istotne, rozpatrując prawdopodobieństwo wystąpienia przedłużonego pobytu.

Rysunek 104. Rozkład odsetków przedłużonych pobytów po hospitalizacji związanej z cholecystektomią z uwagi na wielkość powiatu szpitala



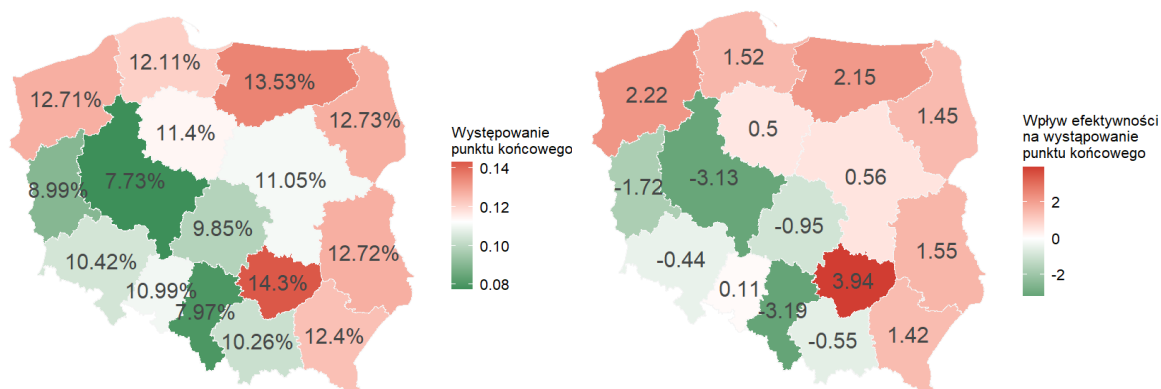
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Rehospitalizacja

Analizując niektóre problemy zdrowotne, eksperci medyczni wskazują na zasadność badania częstości występowania rehospitalizacji. Przykładem takiego problemu jest astma, dla której ekspert medyczny wskazał rehospitalizację w ciągu 90 dni od wypisu jako punkt końcowy⁸⁴.

⁸⁴ Literatura przedmiotu wskazuje istotność badania rehospitalizacji związanej z astmą. C. Ardura-Garcia, M. Stolbrink, S. Zaidi, P. J. Cooper, J. D. Blakey. *Predictors of repeated acute hospital attendance for asthma in children: A systematic review and meta-analysis*. *Pediatr Pulmonol.*, 2018; S. Y. Liu, D. N. Pearlman, *Hospital readmissions for childhood asthma: the role of individual and neighborhood factors*. *Public Health Rep.* 2009.

Rysunek 105. Przestrzenne rozkłady odsetka rehospitalizacji (lewa strona) oraz wpływu efektywności leczenia występowanie rehospitalizacji związanych z astmą (prawa strona) w 2019 r.

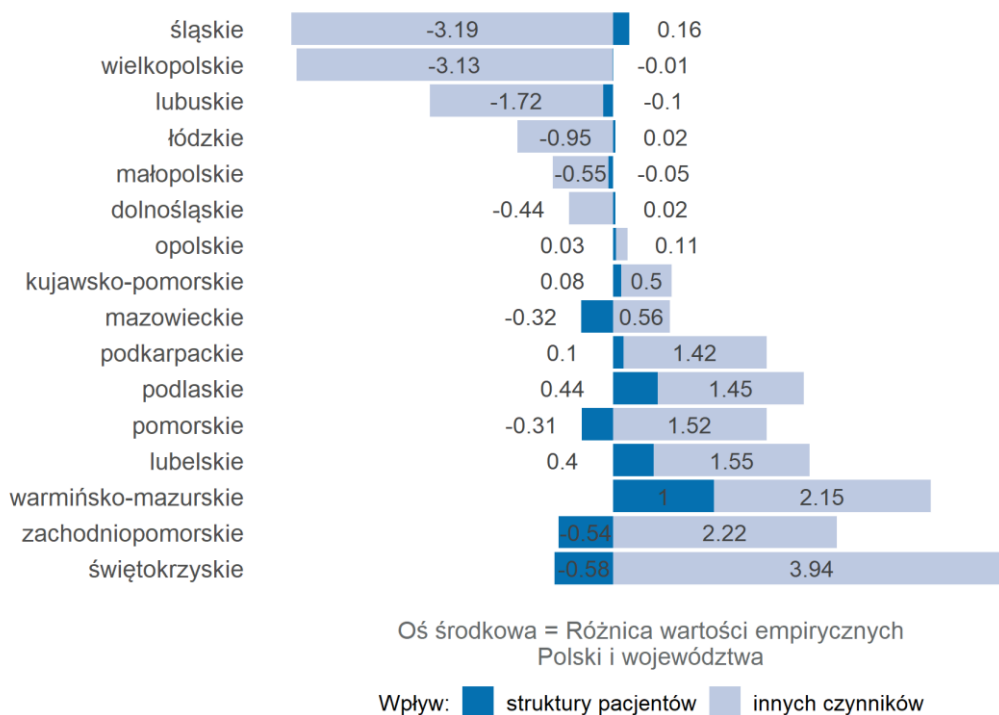


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Najwyższy odsetek rehospitalizacji związanych z diagnozą astmy występował w województwie świętokrzyskim, było to 14,3%. Na drugim biegunie znajdowały się województwa wielkopolskie oraz śląskie.

Tak samo jak w przypadku uprzednio omawianego punktu końcowego, we wszystkich województwach w 2019 r. decydujący wpływ na różnicę między zaobserwowanymi w województwach i w Polsce odsetkami rehospitalizacji w ciągu 90 dni miała efektywność leczenia. Najwyższą efektywność leczenia w porównaniu do szacunku dla Rzeczypospolitej Polskiej zanotowano w województwach śląskim oraz wielkopolskim. Odsetek rehospitalizacji był w każdym z nich niższy o ponad 3 punkty procentowe niż w Polsce. Efektywność leczenia najsilniej zwiększała odsetek rehospitalizacji względem Rzeczypospolitej Polskiej w województwie świętokrzyskim. Najmniejsza różnica występowała z kolei w województwie opolskim, w którym odsetek rehospitalizacji był zbliżony do wartości ogólnokrajowej. Zarówno struktura pacjentów, jak i efektywność leczenia były tam zbliżone do wartości krajowych. Struktura pacjentów najbardziej wyróżniała się w województwie warmińsko-mazurskim.

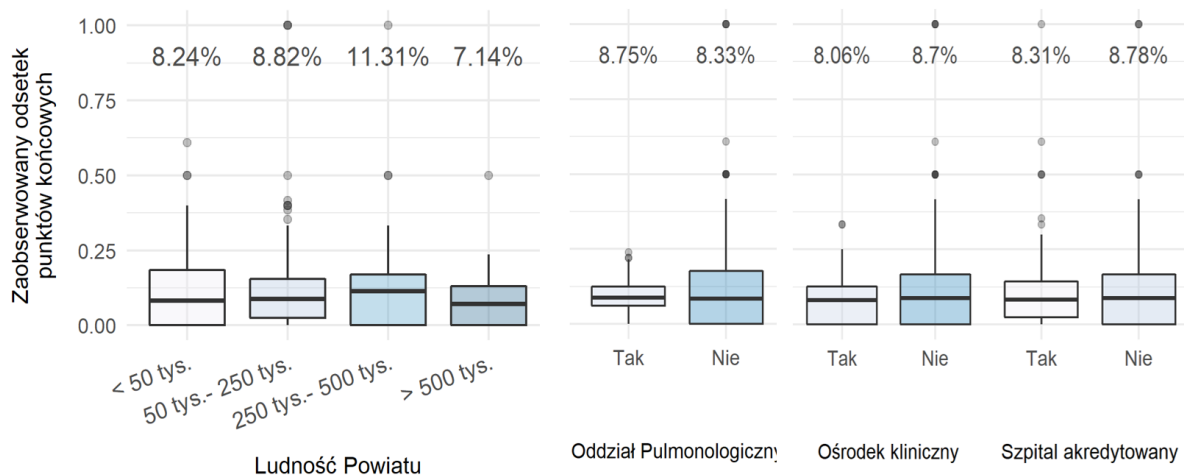
Rysunek 106. Wpływ struktury pacjentów oraz innych czynników na odsetek rehospitalizacji 90-dniowych związanych z astmą w podziale na województwa



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Zróżnicowanie odsetka rehospitalizacji w szpitalach w podziale na wielkość powiatu było niskie. Oceniając mediany wartości w tych grupach, a więc wartości, jakie notowała połowa szpitali w każdej z nich, należy zauważyć, że w szpitalach znajdujących się w największych powiatach mediana była najniższa. Mediany w grupach szpitali z oddziałem pulmonologicznym i bez takiego oddziału oraz szpitali klinicznych i nieklinicznych również były podobne. Wyraźniej różniły się rozkłady w tych grupach. Odsetek rehospitalizacji w szpitalach z oddziałem pulmonologicznym był mniej zróżnicowany. Szpitale kliniczne również notowały nieznacznie niższe zróżnicowanie niż szpitale niekliniczne. Podobne tendencje są zauważalne przy ocenie szpitali pod względem tego, czy mają akredytację CMJ. Szpitale z akredytacją miały nieznacznie niższą medianę wartości oraz były bardziej jednorodne.

Rysunek 107. Rozkłady odsetka rehospitalizacji związanych z astmą w ciągu 90 dni od wypisu w podziale na: wielkość powiatu szpitala, oddział pulmonologiczny w szpitalu, kliniczny profil szpitala oraz posiadanie akredytacji CMJ

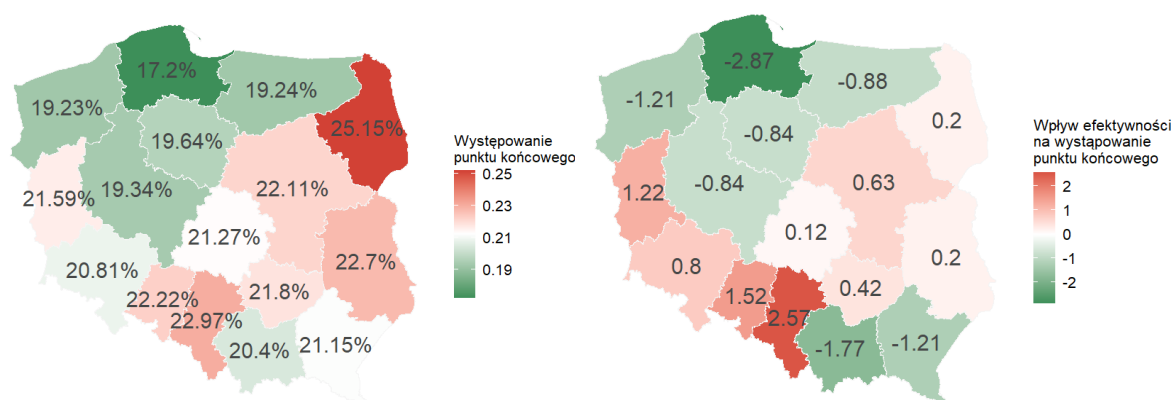


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Zgon następujący w określonym czasie od hospitalizacji

Istotnym punktem końcowym, często wskazywanym przez ekspertów medycznych, był zgon występujący w określonym czasie po hospitalizacji. Przedstawiony przykład dotyczy hospitalizacji związanych z udarami oraz zgonów, które nastąpiły w ciągu 90 dni od przyjęcia do szpitala.

Rysunek 108. Przestrzenne rozkłady odsetka zgonów 90-dniowych (lewa strona) oraz wpływu efektywności leczenia na odsetek zgonów 90-dniowych (prawa strona) dla hospitalizacji związanych z udarem w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Najwyższy odsetek zgonów po hospitalizacji związanej z udarem występował w województwie podlaskim. Był on o ponad 8 punktów procentowych większy niż w województwie pomorskim, w którym odnotowano najniższą umieralność. Zgony zdarzały

się częściej w województwach południowo-wschodnich. Wyjątek stanowiły województwa małopolskie i podkarpackie. Efektywność leczenia zmniejszała odsetek zgonów zazwyczaj w tych województwach, gdzie ten odsetek był jednym z niższych w kraju, z wyjątkiem województwa dolnośląskiego.

Podobnie jak w przypadku omawianych wcześniej punktów końcowych, również na różnicę między zaobserwowanymi w województwach i w Polsce odsetkami hospitalizacji zakończonych punktem końcowym (zgonem w ciągu 90 dni) istotniejszy wpływ w większości województw miała efektywność leczenia. Najwyższa wartość wskaźnika dotyczyła województwa pomorskiego, w którym odsetek zgonów był znacznie niższy od wartości przeciętnej dla Polski. Struktura pacjentów również wpływała na zmniejszenie odsetka zgonów, jednak wpływ ten był znacznie mniejszy niż wpływ efektywności leczenia. Najgorzej wypadło województwo śląskie, dla którego efektywność leczenia powodowała wzrost odsetka zgonów o 2,57 punktu procentowego w porównaniu z wartością przeciętną w Polsce, przy strukturze pacjentów korzystniejszej od przeciętnej w kraju. Zauważalnie mniej korzystną strukturę pacjentów miały dwa województwa – lubelskie i podlaskie.

Rysunek 109. Wpływ struktury pacjentów oraz innych czynników na odsetek zgonów w ciągu 90 dni od rozpoczęcia hospitalizacji związanej z udarem w podziale na województwa

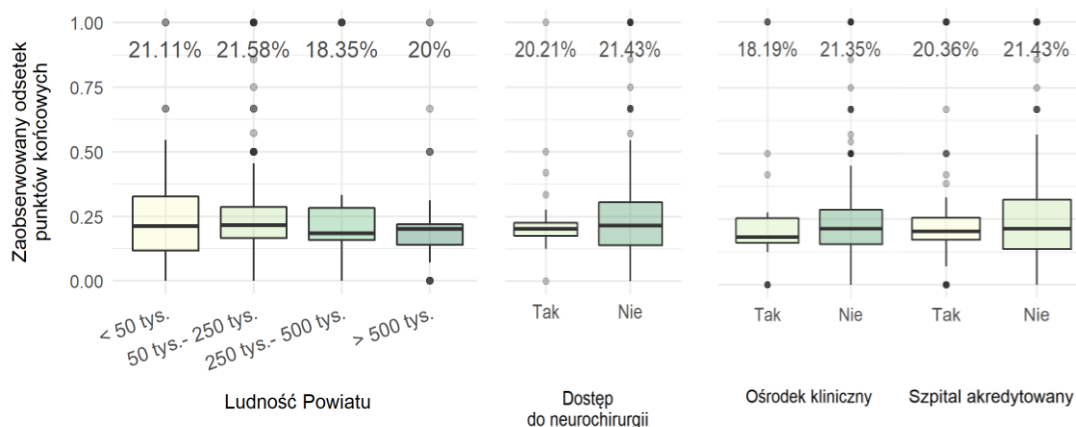


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Rozpatrując odsetek zgonów w ciągu 90 dni od przyjęcia po hospitalizacji z udarem zauważalne jest, że mediany wartości dla szpitali w podziale na wielkość powiatu nie różniły się wyraźnie. Nieznacznie niższa mediana odsetka zgonów występowała w szpitalach powiatów, które miały powyżej 250 tys. ludności. Wyraźnie widać jednak, że szpitale

w powiatach o większej liczbie mieszkańców (powyżej 50 tysięcy) charakteryzowało niższe zróżnicowanie wartości odsetka zgonów. Szpitale w większych powiatach są bardziej jednorodne w odniesieniu do odsetka zgonów 90-dniowych. Zauważalnie niższe zróżnicowanie odsetka zgonów cechowało szpitale, które miały dostęp do neurochirurgii. Mediana odsetka zgonów w tych szpitalach w porównaniu do szpitali, które nie miały dostępu do neurochirurgii, była niższa. Oznacza to, że połowa z tych szpitali notowała odsetek zgonów pohospitalizacyjnych niższy niż połowa szpitali bez dostępu do neurochirurgii. Nieznacznie niższa mediana wartości cechowała szpitale kliniczne w porównaniu z nieklinicznymi. Szpitale o tym profilu były zarazem mniej zróżnicowane między sobą. Również szpitale z akredytacją CMJ cechowały się wyższą jednorodnością oraz nieznacznie niższym odsetkiem występowania zgonów.

Rysunek 110. Rozkłady odsetka zgonów 90-dniowych po hospitalizacji związanej z udarem w podziale na: wielkość powiatu szpitala, dostęp do neurochirurgii, kliniczny profil szpitala oraz posiadanie akredytacji CMJ



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W przypadku wszystkich badanych typów punktów końcowych struktura miała mniejszy wpływ niż inne czynniki, w tym efektywność leczenia, na to jak województwo różniło się od Polski pod względem występowania punktu końcowego. Oznacza to, że niezależnie od rozpatrywanego punktu końcowego za to, jak występowanie punktu końcowego w województwie różni się od Polski, odpowiadają czynniki związane w dużej mierze z efektywnością leczenia.

Ocena efektywności leczenia województw nie jest miarą jednostajną. Obserwuje się znaczące różnice pomiędzy wynikami województw w zakresie różnych punktów końcowych. Największy wpływ mają jednak charakterystyki wybranych problemów zdrowotnych. Oznacza to, że wybrane województwo, rozpatrując dwa różne problemy zdrowotne i punkty końcowe, może mieć wysoki pozytywny wpływ efektywności leczenia jednego problemu oraz niską efektywność leczenia drugiego problemu.

Czynniki, takie jak liczba mieszkańców powiatu, gdzie znajdują się szpitale, kliniczny profil szpitali, dostęp do wybranych technologii oraz posiadanie określonych oddziałów, wykazywały dla rozpatrywanych punktów końcowych i problemów zdrowotnych zmienny wpływ. Najczęściej szpitale w większych powiatach, szpitale kliniczne oraz szpitale z istotnymi dla problemu zdrowotnego oddziałami albo dostępem do wybranych technologii leczenia charakteryzowały się niższym zróżnicowaniem i minimalnie niższą medianą odsetka punktów końcowych.

Grupy szpitali z akredytacją CMJ w przypadku astmy oraz udarów wykazywały większą stabilność występowania punktów końcowych. Odsetek punktów końcowych był też nieznacznie niższy.

6.4. Łóżka i obłożenie

Dane o stanie łóżek szpitalnych oraz oddziałów stanowią podstawowe wskaźniki, na podstawie których można ocenić efektywność działalności poszczególnych podmiotów w ochronie zdrowia.

Bardzo ważną informacją, która powiązana jest bezpośrednio z liczbą łóżek szpitalnych, jest obłożenie. Wskaźnik ten pozwala ocenić, jakie jest średnie wykorzystanie łóżek na danym oddziale. Według opracowań efektywnym poziomem obłożenia jest 80%, który wskazuje na wysokie wykorzystanie posiadanych łóżek, przy jednoczesnym zachowaniu części wolnych łóżek w oczekiwaniu na nowe hospitalizacje. W analizach zaprezentowanych w niniejszym rozdziale wykorzystano przedział od 75% do 85%.

Analiza liczby łóżek i obłożenia może stanowić istotny element przy podejmowaniu decyzji dotyczących optymalizacji rozmieszczenia oddziałów w Polsce.

Porównanie międzynarodowe

Według danych OECD z 2018 r. Rzeczpospolitą Polską charakteryzuje wysoki współczynnik liczby łóżek na 1 000 osób⁸⁵. Wynosi on 6,5 łóżka, co stanowi piąty najwyższy wynik w UE. Liczba łóżek szpitalnych na 100 tys. ludności dla krajów UE spadała z roku na rok między 2007 a 2018, natomiast liczba łóżek szpitalnych na 100 tys. ludności dla Rzeczypospolitej Polskiej nie wykazywała silnego trendu malejącego.

Poniższa tabela podsumowuje liczbę łóżek na 100 tys. ludności w 2018 r. oraz przedstawia zmianę w liczbie łóżek na 100 tys. ludności między 2007 r. a 2018 r. w wybranych krajach europejskich.

⁸⁵ OECD (2020), *Hospital beds (indicator)*. DOI: 10.1787/0191328e-en, dostęp w dniu 09.06.2020 r.

Tabela 31. Liczba łóżek na 100 tys. ludności oraz zmiana procentowa pomiędzy 2007 r. a 2018 r.

Kraj	Liczba łóżek na 100 tys. ludności w 2018 r.*	% zmiana liczby łóżek na 100 tys. ludności między 2018 a 2007 r.*
Niemcy	800,23	-2,87%
Bułgaria	756,91	17,15%
Austria	727,16	-6,20%
Węgry	701,29	-2,41%
Rumunia	696,83	6,57%
Czechy	661,82	-9,72%
Polska	653,69	1,76%
Litwa	643,40	-10,51%
Francja	590,85	-16,31%
Słowacja	569,62	-16,01%
Belgia	562,24	-10,28%
Chorwacja	561,25	-0,60%
Łotwa	549,35	-29,86%
Estonia	456,35	-16,56%
Luksemburg	450,70	-20,49%
Słowenia	442,79	-5,44%
Malta	430,84	-45,10%
Grecja	419,77	-13,94%
Finlandia	361,18	-46,36%
Portugalia	344,51	0,28%
Cypr	330,09	-13,16%

Holandia	316,55	-27,06%
Włochy	314,05	-19,61%
Irlandia	297,39	-41,65%
Hiszpania	297,15	-8,48%
Dania	242,97	-34,18%
Szwecja	213,79	-25,34%

*Dane dla Niemiec pochodzą z 2017 r. natomiast przedstawiona procentowa zmiana nastąpiła w latach 2007-2017

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych Eurostat kod: TPS00046

Można zauważyć, że Polska jest jednym z krajów o najwyższym współczynniku gęstości łóżek. Ponadto jest jednym z 4 krajów (obok Bułgarii, Rumunii i Portugalii), w których gęstość łóżek w 2018 r. była wyższa niż w 2007 r.

Podstawowe statystyki

W niniejszym rozdziale zaprezentowano podstawowe statystyki dotyczące liczby łóżek szpitalnych w Polsce. Wśród uwzględnionych informacji zawarto również dane o liczbie łóżek intensywnej opieki medycznej oraz inkubatorów w podziale na województwa.

Poniższa tabela podsumowuje liczbę łóżek w wartościach bezwzględnych oraz w przeliczeniu na 100 tys. ludności w poszczególnych województwach (liczbę łóżek wyliczono jako średnią liczbę łóżek w ciągu roku z uwzględnieniem faktu, że zakład mógł zawiesić, rozpocząć lub zamknąć działalność w ciągu roku). Dane zostały przygotowane na podstawie RPWDL za 2019 r. i przedstawiają statystyki dla łóżek szpitalnych ogółem, uwzględniające jedynie oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej (przedstawiono dane dla wszystkich oddziałów wymienionych w sekcji "4. Oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej" z Załącznika nr 2 z obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 stycznia 2019 r.)⁸⁶

Można zauważyć, że gęstość łóżek w województwach jest na podobnym poziomie – województwo o najniższej gęstości (małopolskie) odbiega gęstością o 59 łóżek od średniej (czyli ok. 11%), natomiast województwo o najwyższej gęstości łóżek szpitalnych (śląskie) przewyższa średnią dla kraju o 54 (czyli ok. 10%). Ponadto widoczne jest znaczące zróżnicowanie średniego obłożenia w poszczególnych województwach – najwyższe odnotowano w województwie świętokrzyskim, natomiast najniższe w województwie podlaskim.

⁸⁶Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 stycznia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

Tabela 32. Liczba łóżek w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności w podziale na województwa

Województwo	Liczba łóżek	Liczba łóżek na 100 tys. ludności	Liczba oddziałów	Liczba łóżek przypadająca na jeden oddział	Średnie obłożenie
dolnośląskie	15 721	542,07	823	19,10	82,25%
kujawsko-pomorskie	10 538	508,50	534	19,73	71,74%
lubelskie	11 648	552,49	544	21,41	85,29%
lubuskie	5 399	533,71	250	21,60	77,37%
łódzkie	13 713	558,62	692	19,82	71,71%
małopolskie	16 168	474,01	752	21,50	102,14%
mazowieckie	29 167	537,82	1 619	18,02	88,24%
opolskie	5 190	528,18	248	20,93	91,98%
podkarpackie	10 788	507,15	513	21,03	84,34%
podlaskie	6 377	541,18	314	20,31	69,39%
pomorskie	12 114	516,82	586	20,67	75,23%
śląskie	26 555	587,81	1 292	20,55	79,20%
świętokrzyskie	6 938	562,25	313	22,17	106,56%
warmińsko-mazurskie	7 198	505,93	381	18,89	78,04%
wielkopolskie	17 686	505,50	865	20,45	81,57%
zachodnio-pomorskie	9 395	553,89	468	20,07	76,98%
Polska	20 4595	533,04	10 194	20,07	82,63%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych RPWDL, 2019 r.

Tabela 33. Liczba łóżek w wartościach bezwzględnych oraz procentowy udział łóżek w podziale na poziomy PSZ

Poziom PSZ	Liczba łóżek	% udział łóżek
Szpital ogólnopolski	33 423	16%
Szpital III stopnia	31 684	16%
Szpital I stopnia	45 970	23%
Szpital II stopnia	32 860	16%
Szpital onkologiczny	3 898	2%
Poza siecią	47 845	23%
Szpital pulmonologiczny	6 048	3%
Szpital pediatryczny	2 867	1%
Suma końcowa	204 595	100%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych RPWDL, 2019 r.

Kolejnym istotnym aspektem przy analizie łóżek szpitalnych są łóżka intensywnej opieki medycznej. Są to łóżka spełniające określone wymagania wyszczególnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r., zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które zostały wyodrębnione spośród łóżek oddziału specjalistycznego szpitala jako łóżka przeznaczone dla chorych wymagających wzmożonego nadzoru i niespełniających kryteriów medycznych przyjęcia do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii⁸⁷.

Ze względu na zmieniającą się strukturę wiekową społeczeństwa oraz zwiększające się występowanie wielochorobowości zapotrzebowanie na łóżka intensywnej opieki medycznej będzie rosnąć w przyszłości⁸⁸.

⁸⁷ <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20112021191/O/D20111191.pdf>, dostęp w dniu 09.06.2020 r.

⁸⁸ A. Rhodes, P. Ferdinande, H. Flaatten i in., *The variability of critical care bed numbers in Europe*, DOI: 10.1007/s00134-012-2627-8, 2012, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22777516/>, dostęp w dniu 09.06.2020 r.

Tabela 34. Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności w podziale na województwa

Województwo	Liczba łóżek	Liczba łóżek na 100 tys. ludności
dolnośląskie	703	24,24
kujawsko-pomorskie	551	26,59
lubelskie	554	26,28
lubuskie	250	24,71
łódzkie	678	27,62
małopolskie	577	16,92
mazowieckie	1 708	31,49
opolskie	270	27,48
podkarpackie	597	28,07
podlaskie	264	22,40
pomorskie	618	26,37
śląskie	1 140	25,23
świętokrzyskie	259	20,99
warmińsko-mazurskie	239	16,80
wielkopolskie	875	25,01
zachodniopomorskie	627	36,96
Polska	9 910	25,82

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych RPWDL, 2019 r.

W przypadku gęstości łóżek intensywnej opieki medycznej można zauważyć, że różnice są bardziej znaczące niż w przypadku łóżek szpitalnych ogółem. Województwo o najniższym współczynniku łóżek intensywnej opieki medycznej na 100 tys. ludności (warmińsko-mazurskie) posiada niecałe 46% łóżek intensywnej opieki medycznej na 100 tys. ludności, które znajdują się w województwie o najwyższej wartości tego współczynnika (zachodniopomorskie).

Kolejnym istotnym elementem infrastruktury szpitalnej są inkubatory. Według wytycznych WHO stanowią one jedno z podstawowych narzędzi w opiece nad wcześniakami⁸⁹.

Tabela 35. Liczba inkubatorów w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności w podziale na województwa

Województwo	Liczba inkubatorów	Liczba inkubatorów na 100 tys. ludności
dolnośląskie	158	5,34
kujawsko-pomorskie	105	5,02
lubelskie	141	6,69
lubuskie	60	5,93
łódzkie	194	7,90
małopolskie	165	4,84
mazowieckie	354	6,53
opolskie	56	5,70
podkarpackie	151	7,10
podlaskie	70	5,94
pomorskie	123	5,25
śląskie	302	6,68
świętokrzyskie	60	4,86
warmińsko-mazurskie	85	5,97
wielkopolskie	235	6,72
zachodniopomorskie	146	8,19
Polska	2 394	6,27

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych RPWDL, 2019 r.

⁸⁹ https://www.who.int/docs/default-source/reproductive-health/stillbirth/who-mca-17-07-eng.pdf?sfvrsn=bf769add_2, dostęp w dniu 09.06.2020 r.

Również w przypadku inkubatorów można zauważyć zróżnicowanie w gęstości pomiędzy województwami. Najniższy współczynnik liczby inkubatorów na 100 tys. ludności odnotowano w województwie małopolskim (4,84), natomiast najwyższy w województwie zachodniopomorskim (8,19). Różnica między tymi dwoma województwami jest niemal dwukrotna.

Tabela 36. Liczba łóżek dla 10 oddziałów o największej liczbie łóżek wraz z procentowym udziałem w całkowitej liczbie łóżek oraz skumulowanym udziałem

Nazwa oddziału	Liczba łóżek	% udział	% udział skumulowany	Średnie obłożenie
Chorób wewnętrznych	20 602	10%	10%	76%
Położniczo-ginekologiczny	13 873	7%	17%	58%
Chirurgiczny ogólny	13 636	7%	24%	65%
Psychiatryczny (ogólny)	12 971	6%	30%	91%
Rehabilitacyjny	12 914	6%	36%	84%
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	8 849	4%	40%	63%
Neonatologiczny	8 273	4%	44%	56%
Pediatryczny	7 357	4%	48%	49%
Kardiologiczny	7 348	4%	52%	80%
Neurologiczny	4 846	2%	54%	124%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych RPWDL, 2019 r.

Można zauważyć, że 10 oddziałów o największej liczbie łóżek pokrywa ponad 50% całkowitej liczby łóżek w kraju. Wyraźne jest zróżnicowanie w obłożeniu dla poszczególnych oddziałów.

Analiza obłożenia pokazuje, że dla niektórych oddziałów wykracza ono poza przedział 75%-85%. Oddziały te można podzielić na dwie grupy:

- poniżej danego przedziału: oddział chorób wewnętrznych, położniczo-ginekologiczny, chirurgiczny ogólny, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neonatologiczny oraz pediatryczny;

- powyżej danego przedziału: oddział psychiatryczny (ogólny) oraz neurologiczny.

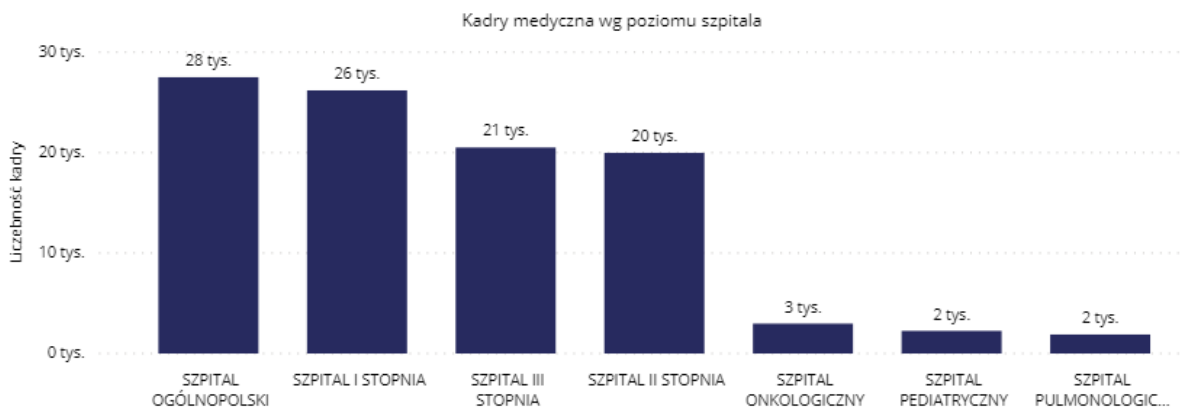
Należy pamiętać, że przy ocenie efektywności danego oddziału na podstawie informacji o łózkach i obłożeniu powinno się uwzględniać specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na obecną sytuację.

6.5. Kadry

Lekarzy zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia i posiadających kontrakt z NFZ, którzy udzielają świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, jest 76,6 tys. Dana grupa lekarzy najczęściej była zatrudniona w izbie przyjęć szpitala (15,9 tys.), w szpitalnym oddziale ratunkowym (14,5 tys.) oraz na oddziale chorób wewnętrznych (9,2 tys.).

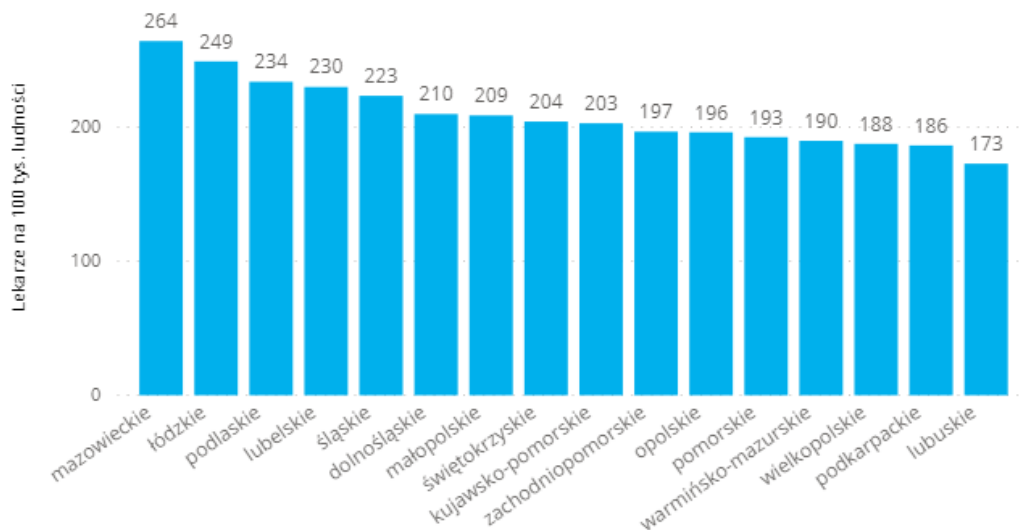
W sieci szpitali zatrudnionych jest 78,5 tys. lekarzy. Najwięcej z nich pracuje w szpitalach ogólnopolskich (27,5 tys.) i szpitalach pierwszego stopnia (26,2 tys.). Liczba lekarzy zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w leczeniu szpitalnym jest zróżnicowana regionalnie. W przeliczeniu na 100 tys. ludności najmniej lekarzy jest zatrudnionych województwie lubuskim (173), a najwięcej w województwie mazowieckim (264) – o 53 % więcej.

Rysunek 111. Liczba lekarzy wg poziomu sieci szpitali



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rysunek 112. Liczba lekarzy zatrudnionych w ramach leczenia szpitalnego w NFZ wg województw



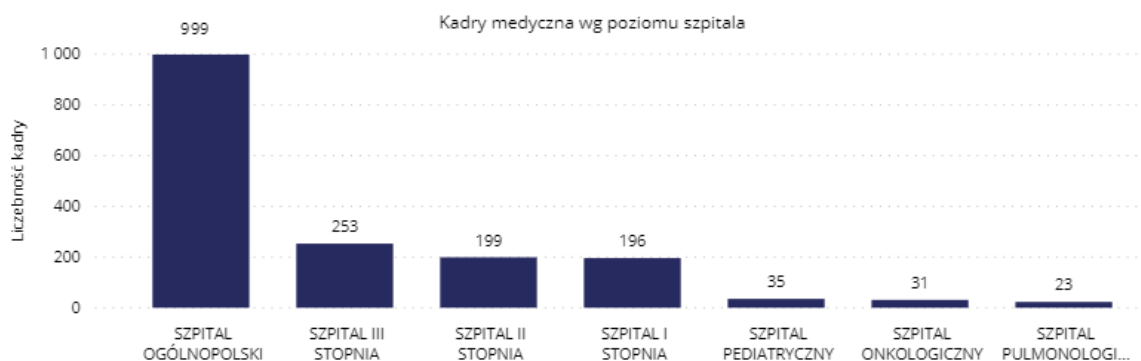
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Lekarzy dentystów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia, posiadających kontrakt z NFZ i udzielających świadczeń w ramach leczenia szpitalnego jest 786. Najczęściej pracują na oddziałach chirurgii szczękowo-twarzowej (490 lekarzy dentystów).

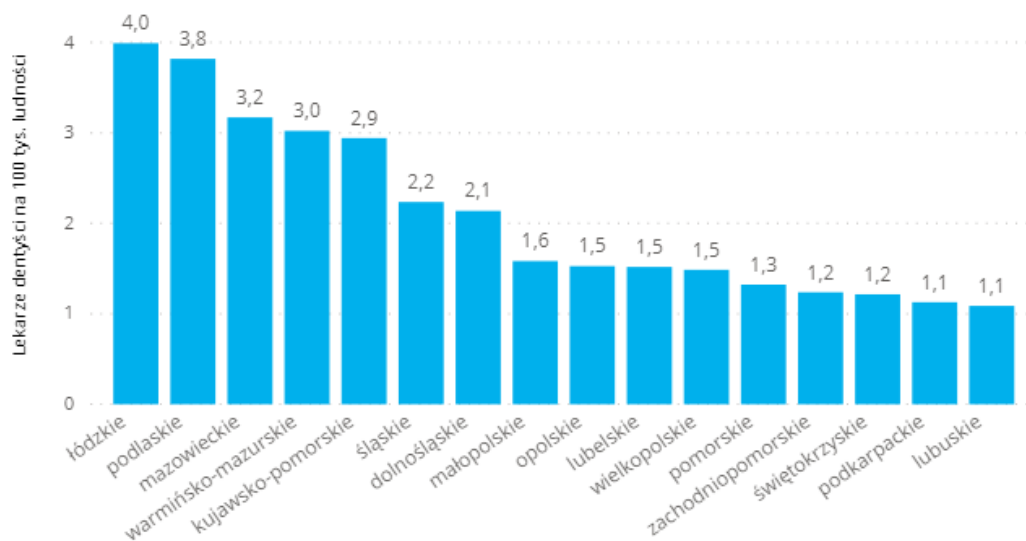
Liczba lekarzy dentystów zatrudnionych w sieci szpitali jest większa niż liczba lekarzy dentystów zatrudnionych w ramach leczenia szpitalnego i wynosi 1 570. Najwięcej lekarzy dentystów pracuje w szpitalach ogólnopolskich (999).

Liczba lekarzy dentystów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia i posiadających kontrakt z NFZ w leczeniu szpitalnym jest silnie zróżnicowana regionalnie. Wartość na 100 tys. ludności w ramach leczenia szpitalnego w NFZ ma najmniejszą wartość w województwie lubuskim i podkarpackim (1,1), a największą w województwie łódzkim (4,0) – o 264 % więcej.

Rysunek 113. Liczba lekarzy dentystów wg poziomu szpitali



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

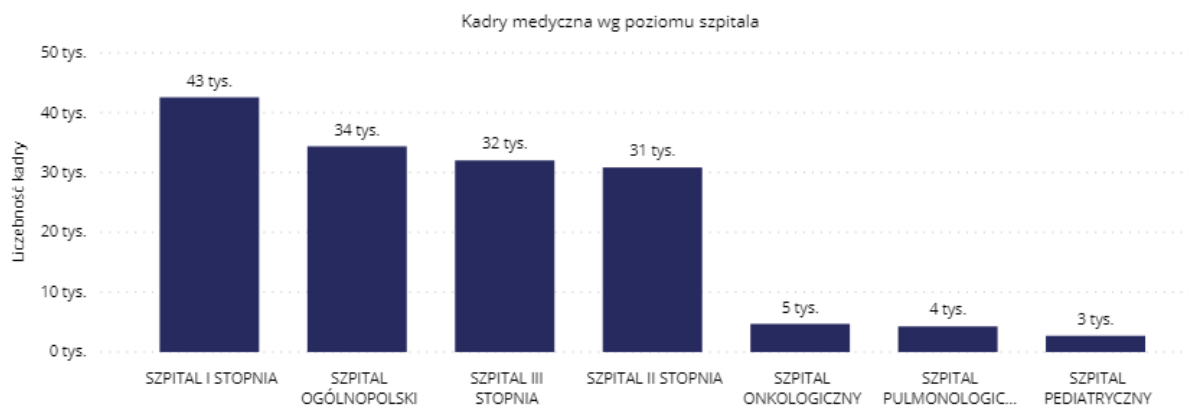
Rysunek 114. Liczba lekarzy dentyistów zatrudnionych w ramach leczenia szpitalnego w NFZ wg województw

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

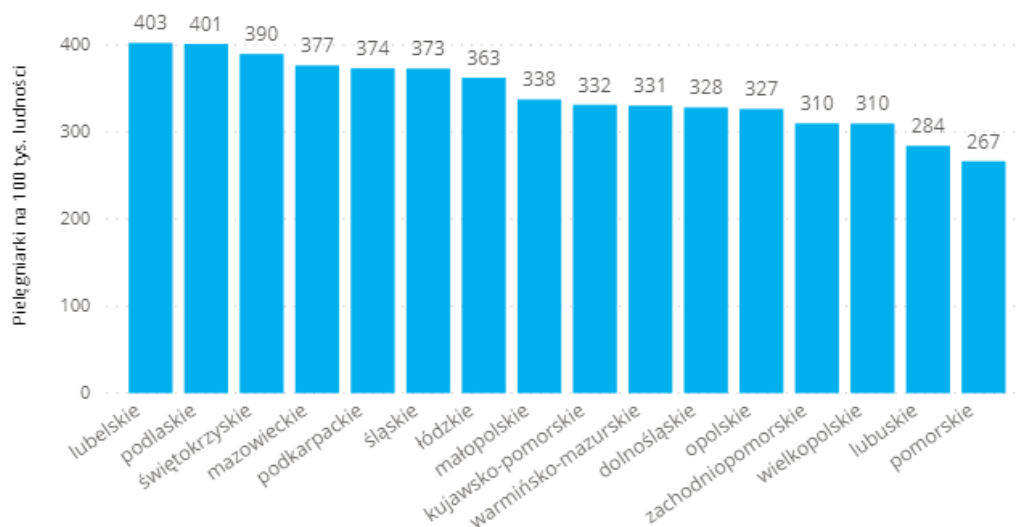
Największą grupę w analizowanej kadrze medycznej stanowią pielęgniarki. Pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia i posiadających kontrakt z NFZ jest 131 tys. Udzielają one świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Najczęściej zatrudniane są na oddziałach: chorób wewnętrznych (15,8 tys.), anestezjologii i intensywnej terapii (15,5 tys.) oraz chirurgicznym ogólnym (14 tys.).

W ramach sieci szpitali zatrudnionych jest 137 tys. pielęgniarek. Najwięcej (42,6 tys.) pracuje w szpitalach pierwszego stopnia będących najczęściej szpitalami powiatowymi. Liczba pielęgniarek w szpitalach ogólnopolskich oraz trzeciego i drugiego stopnia jest zbliżona i wynosi 30-34 tys.

Zdecydowanie wyższe wartości wskaźnika liczby pielęgniarek na 100 tys. ludności występują w województwach wschodnich. Najmniej zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia i posiadających kontrakt z NFZ jest w województwie pomorskim (267), natomiast najwięcej w województwie lubelskim (403) – więcej o 51%.

Rysunek 115. Liczba pielęgniarek wg poziomu sieci szpitali

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rysunek 116. Liczba pielęgniarek zatrudnionych w ramach leczenia szpitalnego w NFZ wg województw

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

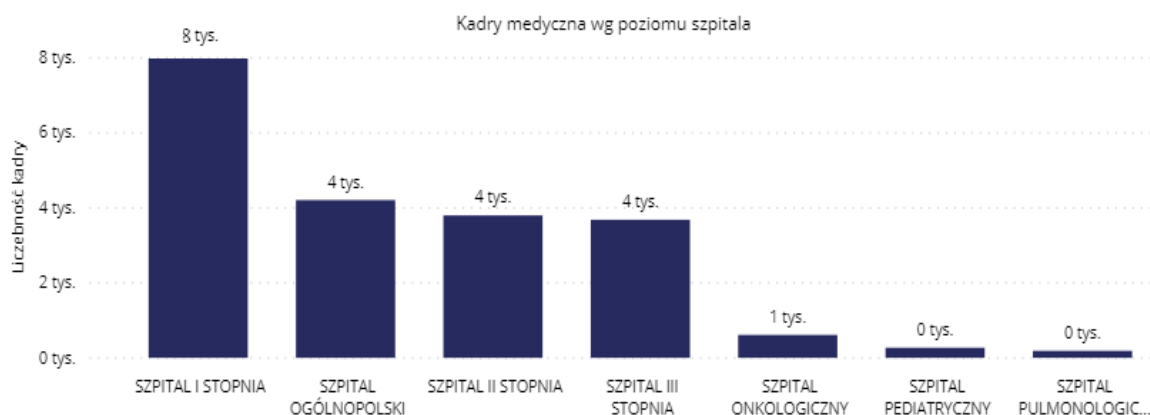
Liczba położnych, które pracują w ramach umowy z NFZ, wynosi 18,8 tys. Największy udział widoczny był na oddziałach położniczo-ginekologicznych (13,2 tys.) oraz neonatologicznych (3,8 tys.).

W ramach sieci szpitali pracuje 19 tys. położnych. Najwięcej (prawie 8 tys.) pracuje w szpitalach pierwszego stopnia, które w większości są szpitalami powiatowymi, wyraźnie mniej (4,2 tys.) pracuje w szpitalach ogólnopolskich które stanowią najwyższy poziom sieci szpitali.

Podobnie jak w innych zawodach medycznych, występuje również duże zróżnicowanie regionalne w liczbie położnych na 100 tys. w ramach leczenia szpitalnego w NFZ. Najmniej położnych na 100 tys. ludności przypada w województwie pomorskim (40), a najwięcej

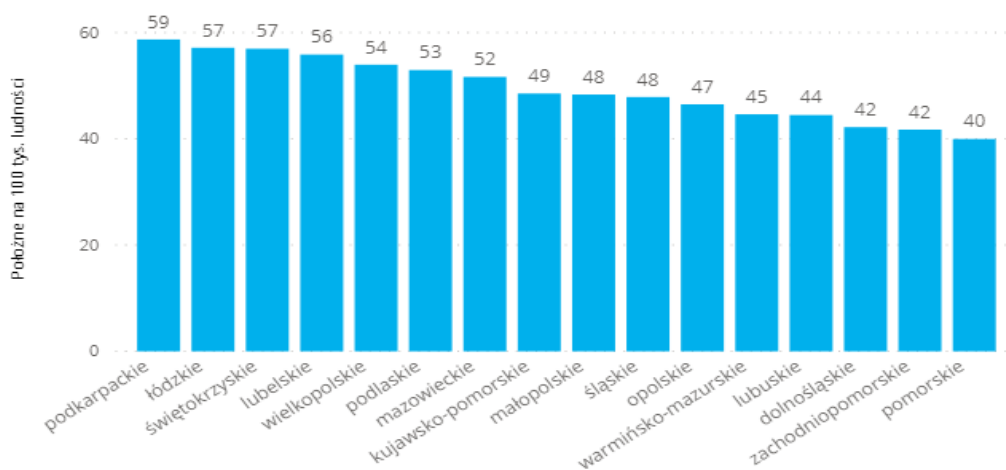
w województwie podkarpackim (59) – o 47% więcej. Zróżnicowanie to jest jednak mniejsze niż w przypadku pielęgniarek.

Rysunek 117. Liczba położnych z podziałem na PSZ



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rysunek 118. Liczba położnych zatrudnionych w ramach leczenia szpitalnego w NFZ wg województw



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

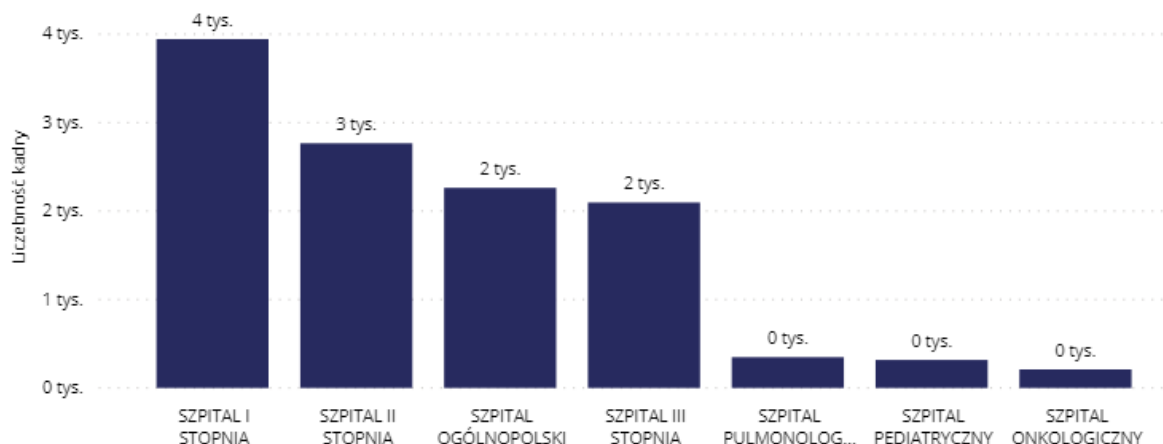
Liczba fizjoterapeutów pracujących w ramach umowy z NFZ wynosi 8,2 tys. Dana grupa najczęściej była zatrudniona w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej (2,2 tys.), na oddziale rehabilitacyjnym (2 tys.) oraz na oddziale rehabilitacji neurologicznej (1,4 tys.).

W ramach sieci szpitali zatrudnionych jest 11,7 tys. fizjoterapeutów. Znaczna część z nich pracuje w szpitalach pierwszego stopnia (3,9 tys.), wyraźnie mniej w szpitalach drugiego stopnia (2,8 tys.), szpitalach ogólnopolskich oraz trzeciego stopnia (odpowiednio: 2,3 tys. i 2,1 tys.).

Liczba fizjoterapeutów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia i posiadających kontrakt z NFZ w leczeniu szpitalnym jest zróżnicowana regionalnie. Najmniej

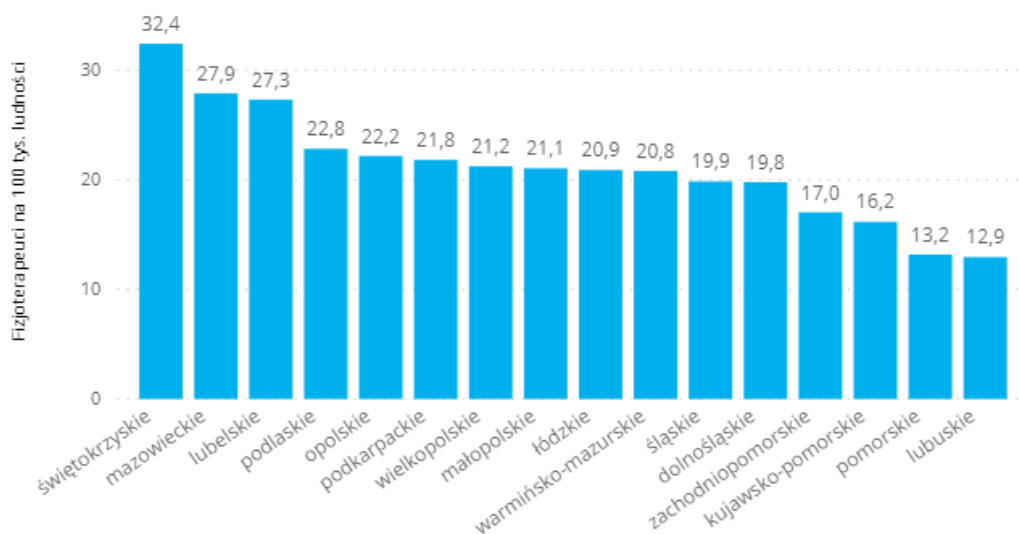
fizjoterapeutów na 100 tys. ludności przypada w województwie lubuskim (12,9), a najwięcej w województwie świętokrzyskim (32,4) – więcej o 151%.

Rysunek 119. Liczba fizjoterapeutów w sieci szpitali



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rysunek 120. Liczba fizjoterapeutów zatrudnionych w ramach leczenia szpitalnego w NFZ wg województw



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Lecznictwo szpitalne odgrywa szczególną rolę w zatrudnieniu kadry medycznej. Dane wskazują silne zróżnicowanie regionalne w odniesieniu do liczebności kadry medycznej poszczególnych zawodów, dostępnej w ramach NFZ. Występujące nierówności mogą być niebezpieczne dla zdrowia Polaków.

6.6. Programy lekowe

Programy lekowe to programy zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹⁰. Są programami zdrowotnymi obejmującymi technologię lekową, w której substancja czynna w danym wskazaniu oraz dla danej populacji nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych lub środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, który nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych w rozumieniu art. 5 pkt 35 tej ustawy. Z jednej strony generują wysokie koszty leczenia, z drugiej zapewniają jedyną możliwość dostępu do innowacyjnych terapii dla pacjentów chorujących na określone grupy chorób (uwzględnione w załącznikach opisujących zakres każdego programu lekowego).

Ze względu na rozpoznania dokonano podziału programów lekowych na onkologiczne i nieonkologiczne

W 2019 r. realizowano 178 programów lekowych w następujących grupach chorób (według klasyfikacji GBD):

1) onkologiczne

- nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, nowotwór złośliwy szyjki macicy, nowotwory złośliwe kości, międzybłoniak, nerwiak zarodkowy i inne nowotwory obwodowego układu nerwowego, chłoniak Hodgkina, nowotwór złośliwy jamy ustnej i wargi, nieczerniakowe nowotwory złośliwe skóry, nowotwór złośliwy przełyku, nowotwór złośliwy krtani, nowotwór złośliwy macicy, mięsaki tkanek miękkich i inne pozakostne postacie mięsaków, czerniak skóry, nowotwór złośliwy nerki, nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy, nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, nowotwór złośliwy sutka, szpiczak mnogi, nowotwór złośliwy żołądka, nowotwór złośliwy wątroby, nowotwór złośliwy jamy nosowo-gardłowej, nowotwór złośliwy trzustki, nowotwór złośliwy jajnika, nowotwór złośliwy mózgu i ośrodkowego układu nerwowego, chłoniaki nieziarnicze, nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, inne nowotwory złośliwe, inne nowotwory.

2) nieonkologiczne

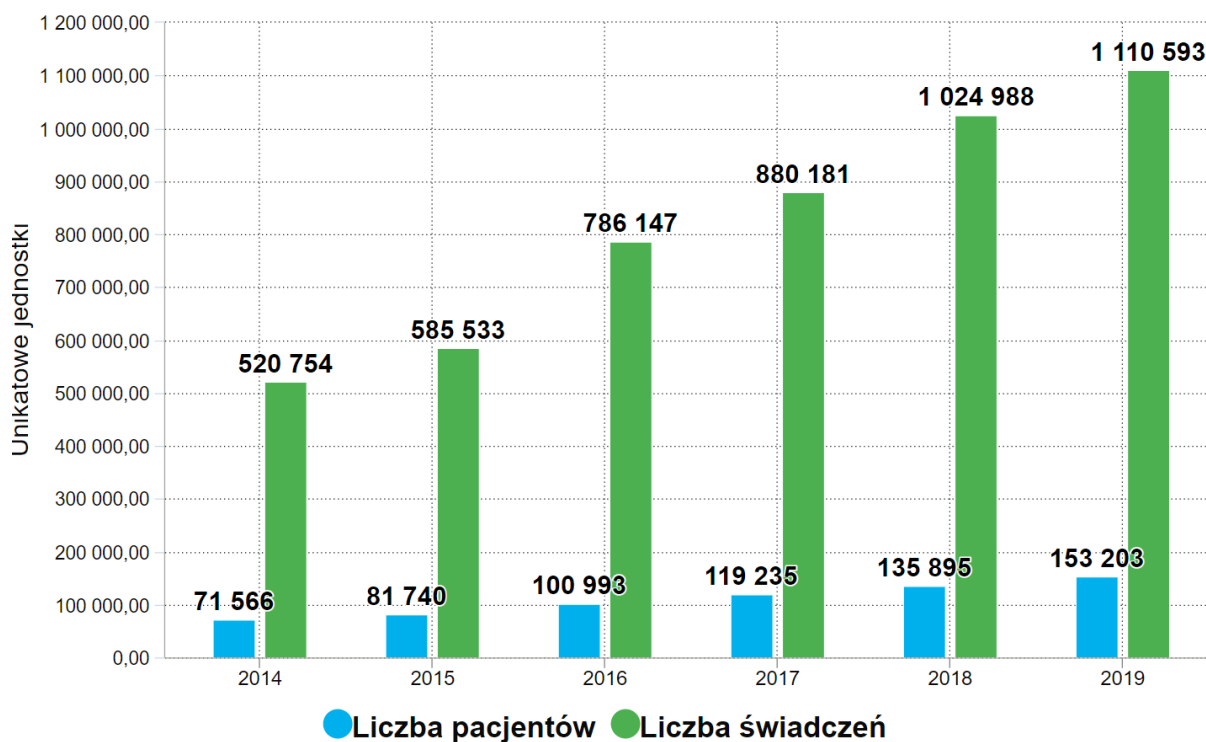
- choroby układu wydzielania wewnętrznego, przemiany materii, krwi i układu odpornościowego, cukrzyca, niedożywienie białkowo-kaloryczne, niedobór żelaza w diecie, inne niedobory żywieniowe;

⁹⁰ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (art. 2 pkt 18).

- choroba niedokrwienna serca, zapalenie wsierdza, choroba tętnic obwodowych, migotanie i trzepotanie przedsionków, inne choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia;
- udar, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera i inne choroby otępienne, choroba neuronu ruchowego, stany padaczkowe, zapalenie mózgu, zespoły bólu głowy, inne choroby układu nerwowego;
- choroby układu moczowego i niepłodność u mężczyzn;
- schorzenia noworodków;
- astma, zakażenia dolnych dróg oddechowych, zakażenia górnych dróg oddechowych, przewlekła obturacyjna choroba płuc, śródmiąższowa choroba płuc i sarkoidoza, inne przewlekłe choroby układu oddechowego;
- łuszczyca, pokrzywka, zapalenie skóry, inne zakażenia skóry i tkanki podskórnej;
- wady wrodzone płodu, idiopatyczna niepełnosprawność intelektualna;
- nieswoiste zapalenie jelit, choroby biegunkowe, zapalenie błony śluzowej żołądka i dwunastnicy, zapalenie trzustki, niedrożność porażenna i niedrożność jelit, choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, refluks żołądkowo-przłykowy, ostre zapalenie wątroby, marskość wątroby i inne przewlekłe choroby wątroby, inne choroby układu trawiennego;
- reumatoidalne zapalenie stawów, choroba reumatyczna z zajęciem serca, inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, zapalenie kości i stawów
- ból odcinka szyjnego kręgosłupa, ból dolnego odcinka kręgosłupa;
- ostre kłębuszkowe zapalenie nerek, przewlekła choroba nerek;
- hemoglobinopatie i niedokrwistości hemolityczne;
- choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia związane z pićem alkoholu, inne zaburzenia psychiczne;
- HIV/AIDS, ospa wietrzna i półpasiec, inne zaniedbywane choroby tropikalne, zakażenia przenoszone drogą płciową z wyłączeniem HIV, inne choroby zakaźne;
- zaburzenia w obrębie jamy ustnej;
- zapalenie ucha środkowego.

Liczba świadczeń w ramach programów lekowych systematycznie rośnie. W 2014 r. wynosiła 520 tys., natomiast w 2019 r. już 1 mln 11 tys. (wzrost o 112%).

Rysunek 121. Zmiana roczna liczby świadczeń oraz liczby pacjentów hospitalizowanych w zakresie „PROGRAMÓW LEKOWYCH” lub „LEKÓW W PROGRAMACH LEKOWYCH” w latach 2014-2019



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Najwięcej świadczeń udzielono pacjentom w ramach programów lekowych dla następujących rozpoznai: stwardnienie rozsiane, ostre zapalenie wątroby, nowotwór złośliwy sutka, reumatoidalne zapalenie stawów, choroby układu wydzielania wewnętrznego, przemiany materii, krwi i układu odpornościowego, inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, inne choroby układu nerwowego, nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy, nowotwór złośliwy nerki oraz łuszczyca.

Najwięcej świadczeń w ramach programów lekowych dla 10 najczęstszych rozpoznai wykonano w szpitalach ogólnopolskich oraz szpitalach III stopnia, a najmniej w szpitalach pediatrycznych.

W 2019 r. wprowadzono 6 nowych programów lekowych, z których tylko jeden był realizowany⁹¹:

- 3) Program lekowy – leczenie rdzeniowego zaniku mięśni;
- 4) Program lekowy – leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem;

⁹¹ Po wprowadzeniu programu lekowego na listy refundacyjne następuje kontraktowanie przez płatnika. W dalszej kolejności po podpisaniu umów rozpoczyna się realizacja.

- 5) Program lekowy – przedoperacyjne leczenie raka piersi pertuzumabem i trastuzumabem;
- 6) Program lekowy – leczenie choroby Fabry'ego;
- 7) Program lekowy – leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem;
- 8) Program lekowy – leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) - część pośrednia, odcinek tylny lub cała błona naczyniowa.

W ramach programu lekowego łącznie hospitalizowanych było 86 pacjentów, w tym 74% leczyło się w województwie zamieszkania.

Tabela 37. Liczba pacjentów leczących się w miejscu (województwie) zamieszkania i poza miejscem zamieszkania

	II stopnia	III stopnia	Ogólnopolski	Onkologiczny	Pulmonologiczny	Suma
W miejscu zamieszkania	1	4	50	8	1	64
dolnośląskie	0	0	0	1	0	1
kujawsko-pomorskie	0	0	0	2	0	2
lubuskie	0	0	2	0	0	2
łódzkie	0	3	0	0	0	3
małopolskie	0	0	5	0	0	5
mazowieckie	0	0	19	0	0	19
podkarpackie	1	1	0	2	1	5
podlaskie	0	0	2	2	0	4
pomorskie	0	0	3	0	0	3
śląskie	0	0	7	0	0	7
warmińsko-mazurskie	0	0	1	0	0	1
wielkopolskie	0	0	8	0	0	8
zachodniopomorskie	0	0	3	1	0	4
Poza miejscem zamieszkania	0	3	16	3	0	22
dolnośląskie	0	0	0	1	0	1
kujawsko-pomorskie	0	0	0	1	0	1
łódzkie	0	3	0	0	0	3
małopolskie	0	0	3	0	0	3
mazowieckie	0	0	7	0	0	7
wielkopolskie	0	0	5	0	0	5
zachodniopomorskie	0	0	1	1	0	2

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

6.7. Jakość opieki w ramach leczenia szpitalnego

Zapewnienie wysokiej jakości usług to wyzwanie, które stoi przed podmiotami leczniczymi chcącymi funkcjonować na coraz bardziej konkurencyjnym rynku usług zdrowotnych. Oznacza to ciągłe doskonalenie i dopasowanie do potrzeb i wymagań pacjentów. Na całym świecie obserwuje się wprowadzanie akredytacji, procedur czy certyfikatów, by zapewnić,

że dana placówka medyczna realizuje świadczenia medyczne o najwyższym poziomie jakości⁹².

WHO jakość opieki zdrowotnej definiuje jako „stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą”⁹³.

Wysoka jakość opieki zdrowotnej wymaga podejścia kompleksowego, które obejmuje każdy etap udzielania świadczeń medycznych. W zapewnieniu usług na jak najwyższym poziomie powinno się brać pod uwagę nie tylko jakość udzielanych świadczeń, lecz także zasoby kadrowe, medyczne, infrastrukturalne, jak również odpowiednie zarządzanie finansami. Należy także uwzględnić obszary, takie jak profilaktyka, promocja zdrowia, wczesna diagnostyka czy rehabilitacja medyczna.

Na jakość opieki zdrowotnej składa się wiele czynników mogących podlegać ocenie, takich jak skuteczność (udzielanie świadczeń medycznych w oparciu o aktualne doniesienia naukowe) i efektywność, bezpieczeństwo, dostępność usług oraz dostosowanie oferty świadczeń do aktualnych potrzeb pacjentów oraz zapewnienie równego dostępu do świadczeń dla wszystkich pacjentów⁹⁴.

W Polsce wyróżnia się dwa systemy jakości – zewnętrzny (certyfikaty ISO oraz akredytacja przyznawana przez Ministra Zdrowia) oraz wewnętrzny (oczekiwania pacjentów mierzone cyklicznymi badaniami satysfakcji w placówkach medycznych).

Eurostat prowadzi systematyczne badanie ankietowe (European Health Interview Survey, EHIS), w którym populacje krajów UE udzielają odpowiedzi nt. subiektywnego postrzegania jakości opieki medycznej. Zebrane dane służą określeniu determinantów zdrowia i wskaźników świadczących o skuteczności opieki medycznej w tych krajach. Wyniki badania dla Rzeczypospolitej Polskiej wskazują, że w 2017 r. nastąpił spadek liczby osób raportujących problemy wymienione na wykresie⁹⁵.

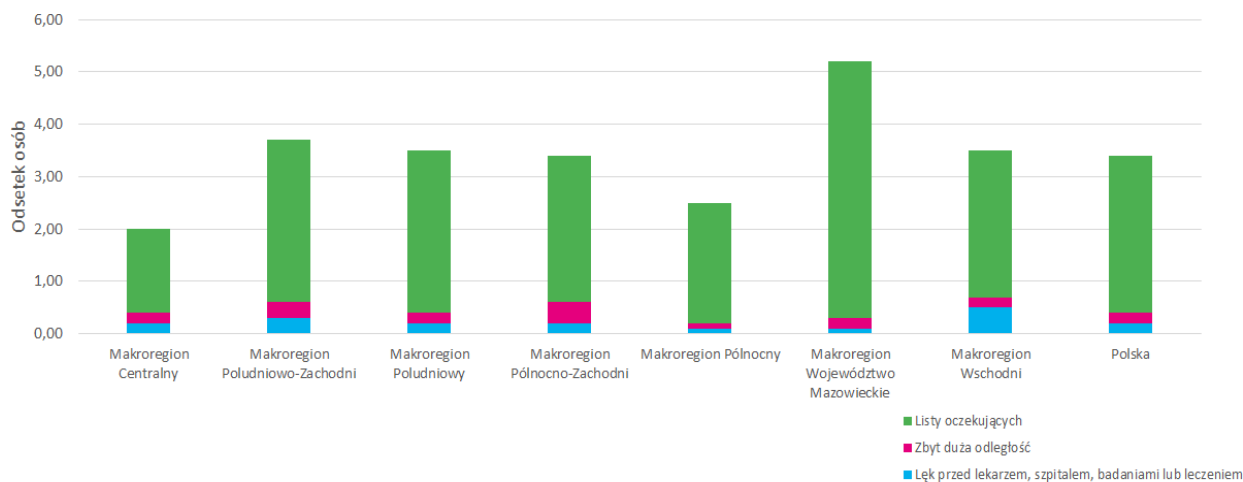
⁹² G. Nowak-Starz, M. Siwek, A. Salwa i in., Jakość usług medycznych ich charakterystyka, rola w procesie zarządzania jakością.

⁹³ M. Bemnowska, J. Joško-Ochojska, Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia, *Hygeia Public Health* 2015, 50(3): 457-462, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2015/hyg-2015-3-457.pdf>, dostęp w dniu 09.06.2020 r.

⁹⁴ A. Czerw, U. Religioni, D. Olejniczak, Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych, red. A. Czerw i wsp., *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(2):269- 273.

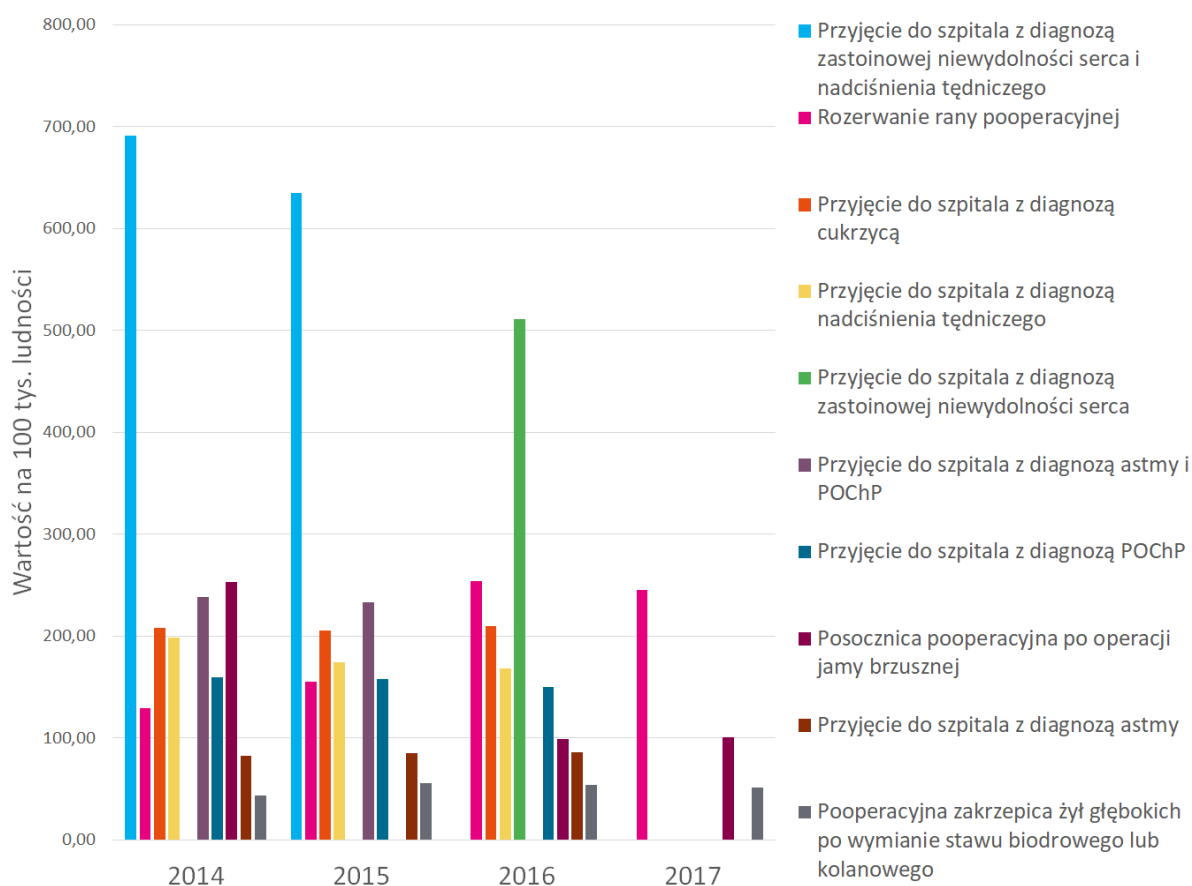
⁹⁵ Eurostat (2018), European Health Interview Survey (EHIS wave 3) – Methodological manual, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/8762193/KS-02-18-240-EN-N.pdf/5fa53ed4-4367-41c4-b3f5-260ced9ff2f6>, dostęp w dniu 09.06.2020 r.

Rysunek 122. Odsetek osób raportujących niezaspokojone potrzeby medyczne w 2017 r. w podziale na makroregiony i łącznie



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych Eurostat

Rysunek 123. Wybrane wskaźniki jakości opieki medycznej w Polsce latach 2014-2017



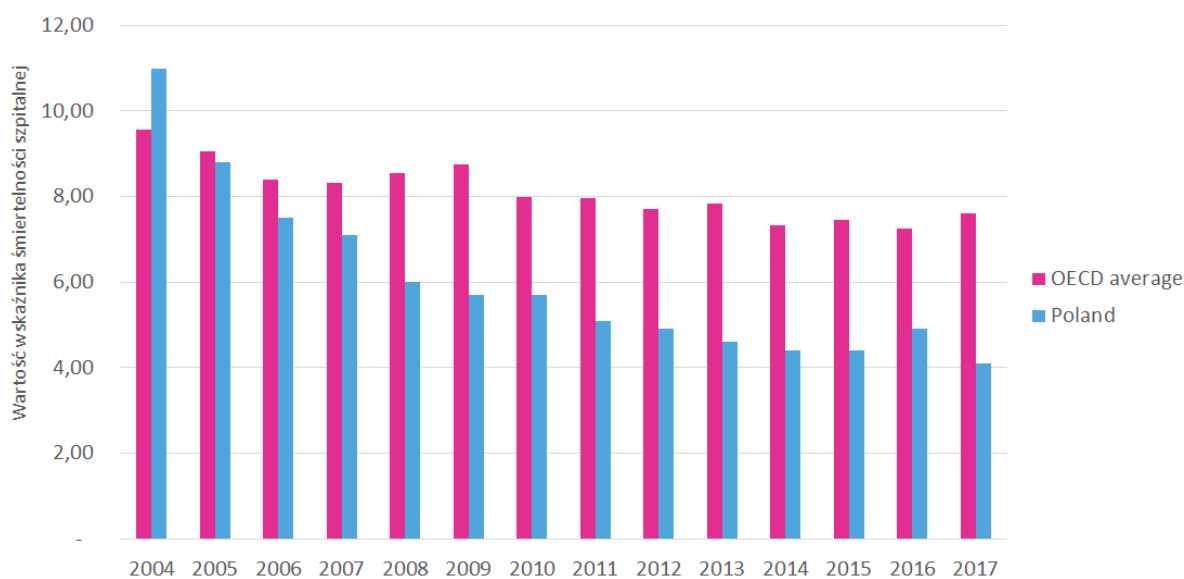
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych OECD

Jednym ze wskaźników skuteczności leczenia szpitalnego jest wskaźnik opracowany przez OECD na danych zbieranych od krajów członkowskich przez wiele lat. Bazuje on na śmiertelności szpitalnej, tj. poniżej 30 dni od dnia rozpoczęcia hospitalizacji wśród

pacjentów z rozpoznaniem ostrego zawału serca (ang. *acute myocardial infarction*), wystandaryzowany ze względu na wiek, płeć i współwystępujące choroby (w tym wcześniejsze rozpoznanie zawału serca) i oznacza liczbę zgłoszeń zawału serca na 100 tys. ludności. Pozwala ocenić funkcjonowanie systemu na różnych poziomach, w tym na czasie dojazdu do szpitala, procedurze przyjęcia oraz jakości opieki i wykonywanych procedur podczas samej hospitalizacji. Wszystkie etapy wymagają szybkiej interwencji, aby opieka w szpitalu, a tym samym zmniejszenie ryzyka powikłań, była skuteczna, co w konsekwencji zmniejsza ryzyko zgonu.

Wyniki analizy wskazują na zmianę wskaźnika dla Rzeczypospolitej Polskiej oraz średniej dla krajów OECD. Śmiertelność szpitalna w Polsce spada, natomiast średnia śmiertelność w krajach OECD wzrasta. Ponadto zmiana (spadek) w Polsce w 2017 r. względem 2016 r. jest największy od 11 lat. Warto zauważyć, że w 2017 r. system opieki zdrowotnej przeszedł szereg przemian, m.in. wdrożono Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020 (którego jednym z celów było doposażenie pracowni w wysokiej klasy sprzęt diagnostyczny)⁹⁶, a także rozpoczęto funkcjonowanie systemu PSZ.

Rysunek 124. Zmiana roczna śmiertelności szpitalnej w Polsce oraz w krajach OECD (wartość średnia) na 100 tys. mieszkańców w latach 2004-2017



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych OECD

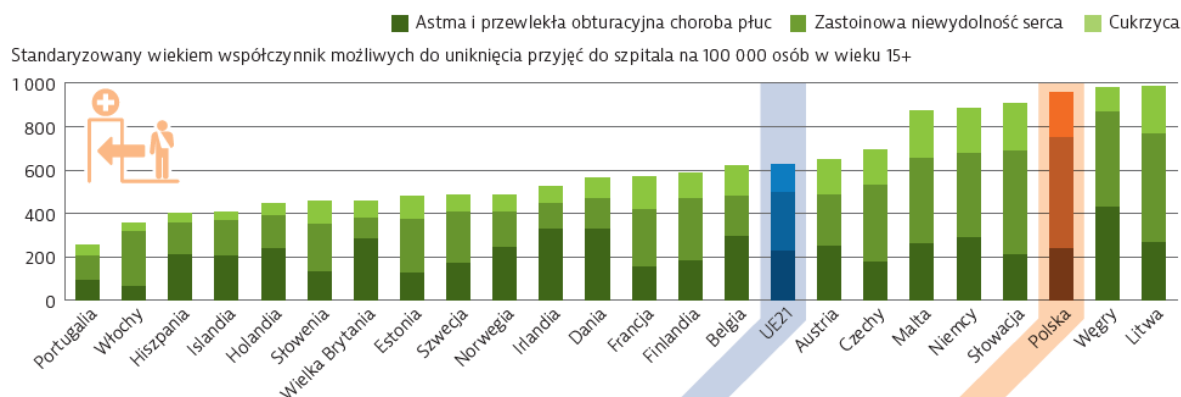
Wskaźnik hospitalizacji możliwych do uniknięcia⁹⁷ możemy zaliczyć do wewnętrznego systemu oceny jakości w szpitalach. Jest on również kwalifikowany do grona wskaźników

⁹⁶ Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2018.

⁹⁷ L. C. Thygesen, T. Christiansen, S. Garcia-Armesto, E. Angulo-Pueyo, N. Martínez-Lizaga, E. Bernal-Delgado, on behalf of ECHO Consortium, *Potentially avoidable hospitalizations in five European countries in 2009 and time*

dostępności oraz skuteczności udzielanych świadczeń. Ogólnie definiuje się go jako liczbę przyjęć do szpitala możliwych do uniknięcia w wybranych problemach zdrowotnych. W Polsce liczba ta należała w 2017 r. do jednych z najwyższych w Europie, po Litwie i Węgrzech.

Rysunek 125. Liczba hospitalizacji możliwych do uniknięcia dla trzech wybranych problemów zdrowotnych w krajach UE w 2017 r.



Źródło: statystyki OECD z 2019 r. dotyczące zdrowia (dane za 2017 r. lub najbliższy rok)

W celu stworzenia wskaźnika hospitalizacji możliwych do uniknięcia do analiz włączono jednostki chorobowe, które spełniają kilka kryteriów:

- 1) są chorobami przewlekłymi,
- 2) wymagają zarówno opieki ambulatoryjnej, jak i szpitalnej (w cięższym przebiegu, w przypadku nasilenia objawów),
- 3) towarzyszą pacjentom do starości,
- 4) mają podłoże cywilizacyjne, co oznacza, że przy włączeniu profilaktyki, objawy tych chorób mogą stać się mniej nasilone.

W kolejnym kroku wyodrębniono 15 jednostek chorobowych uważanych za choroby przewlekłe, do których zaliczają się: astma oskrzelowa (J45), przewlekła obturacyjna choroba płuc (J44), cukrzyca insulinozależna (E10), cukrzyca insulinoniezależna (E11), ostry zawał serca (I21), ponowny zawał serca ("dorzut") (I22), niektóre powikłania występujące w czasie ostrego zawału serca (I23), inne ostre postacie choroby niedokrwiennej serca (I24), przewlekła choroba niedokrwienności serca (I25), otyłość (E66), inne reumatoidalne zapalenia stawów (M06), inne postacie niedoczynności tarczycy (E03), udar niedokrwienności (I63), zapalenie żył i zakrzepowe zapalenie żył (I80), choroba Alzheimera (G30) wraz z podtypami. Odpowiada im 10 grup chorób według klasyfikacji GBD:

trends from 2002 to 2009 based on administrative data, European Journal of Public Health, Volume 25, Issue suppl_1, 01.02.2015, s. 35–43, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku227>, dostęp w dniu 09.06.2020 r.

- choroby układu wydzielania wewnętrznego, przemiany materii, krwi i układu odpornościowego,
- cukrzyca,
- przewlekła choroba nerek,
- choroba Alzheimera i inne choroby otępienne,
- choroba niedokrwienna serca,
- inne choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc,
- astma,
- inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego,
- udar.

Rysunek 126. Proporcje liczby pacjentów w 2019 r. leczących się w ramach AOS (2) i lecznictwie szpitalnym (3) dla 10 wybranych grup chorób



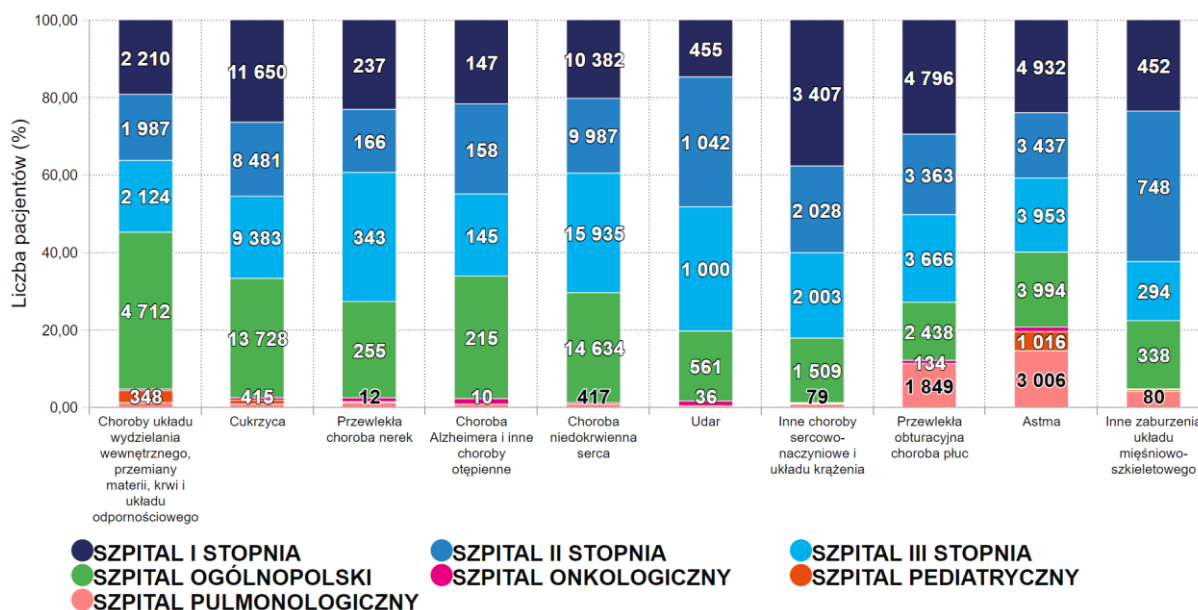
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Proporcje pacjentów leczonych w ramach AOS oraz lecznictwie szpitalnym wahały się jedynie nieznacznie od 2018 r. W 2019 r. niepokojąco wysoki odsetek pacjentów chorujących na inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego (reumatoidalne zapalenie stawów wraz z podtypami) był hospitalizowany. Również w przypadku chorób sercowo-naczyniowych (przewlekła choroba niedokrwienna serca) odsetek ten był wysoki – 54% pacjentów leczyło się w ramach leczenia szpitalnego. Odsetek niemal dorównywał chorobie niedokrwiennej serca (ostry zawał serca, ponowny zawał serca, dorzut wraz z komplikacjami - 60%). W przypadku cukrzycy (insulinozależnej oraz insulinoniezależnej) również był wyższy.

W kolejnym kroku obliczono liczbę osobodni dla każdej z tych jednostek chorobowych, a także średnią długość pobytu.

Największa liczba pacjentów leczących się ambulatoryjnie i hospitalizowanych w tym samym roku to osoby chorujące na chorobę niedokrwienną serca, leczący się w szpitalach III stopnia (15 935 osób; spadek 12% od 2018 r.). Z kolei osoby chorujące na cukrzycę były hospitalizowane w szpitalach ogólnopolskich (13 728; wzrost o 71%). Natomiast grupy pacjentów, które powinny być leczone w warunkach ambulatoryjnych ze względu na etiologię i przebieg choroby, to osoby chorujące na PoChP oraz astmę, które najczęściej hospitalizowano w szpitalach I stopnia. W szpitalach na tym poziomie PSZ najczęściej hospitalizowano również pacjentów chorujących na inne choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia, które w szpitalach I stopnia obejmowały żyłaki kończyn dolnych bez zapalenia i owrzodzenia. Wśród wszystkich pacjentów hospitalizowanych ze względu na tę jednostkę chorobową 37% hospitalizacji prowadzonych jest w szpitalach I stopnia, natomiast 26% w szpitalach poza PSZ.

Rysunek 127. Liczba pacjentów leczących się w ramach leczenia szpitalnego i AOS w 2019 r. w podziale na PSZ



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Zakażenia szpitalne to jeden z wielu istotnych problemów zdrowotnych w Polsce. Monitorowanie zakażeń, chorób nimi wywołanych i ich konsekwencji klinicznych jest ważne nie tylko ze względu na możliwość oceny jakości standardów epidemiologicznych i sanitarno-higienicznych w placówkach medycznych, lecz również ze względów klinicznych, mając

na uwadze możliwości leczenia zakażeń i rozprzestrzenianie się lekoopornych drobnoustrojów⁹⁸.

Punktem wyjściowym przeprowadzonych analiz są dane dotyczące zgłaszanych przypadków zakażeń szpitalnych w sprawozdaniu o działalności szpitala ogólnego (MZ-29). Pozwalają one na analizę regionalną występowania zakażeń szpitalnych oraz śmiertelności w szpitalach z ich przyczyny. Sposób sprawozdawania zakażeń nie pozwala jednak na analizę poszczególnych typów zakażeń czy analizę jednostkową pacjentów. Konsekwencją powyższego jest wykorzystanie danych jednostkowych pacjentów sprawozdawanych do NFZ. Wybrana metodologia badawcza pozwala na dokładniejszą analizę zjawiska zakażeń szpitalnych.

Zgodnie z danymi zakażenia szpitalne stanowią narastający problem. W okresie 2015-2019 liczba zakażonych pacjentów wzrosła o ok. 12,6 tys., osiągając ponad 90 tys. w 2019 r. Podobny trend dotyczy liczby zgonów. W ciągu 4 lat liczba zgonów prawie się podwoiła, a w 2019 r. z tego powodu zmarło ponad 1 500 pacjentów.

W raporcie Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób przedstawiono wyniki analiz dotyczących zakażeń szpitalnych w 33 krajach Europy. Dane wskazują na zróżnicowanie w zapadalności na zakażenia szpitalne w granicach 2,3-10,8% (w Polsce ok. 6%). Najniższe wartości dotyczyły m. in. Bułgarii i Rumunii, a najwyższe Portugalii i Islandii⁹⁹.

Jako czynnik zakaźny dobrze obrazujący problematykę zakażeń szpitalnych wybrano zakażenia *Clostridium difficile* (CDI)¹⁰⁰. *Clostridium difficile* to beztlenowa, Gramodatnia bakteria, która w sprzyjających warunkach wywołuje rzekomobłoniaste zapalenie jelit¹⁰¹. W ostatnich latach obserwuje się wzrastającą liczbę pacjentów z CDI i zwiększający się odsetek zgonów z tego powodu. Istotność tego problemu w Rzeczypospolitej Polskiej podkreślało już w 2016 r. ECDC, które zaklasyfikowało Rzeczpospolitą Polską jako kraj o największej zapadalności CDI w Europie¹⁰².

⁹⁸ W. Bartnik, Zakażenie *Clostridium difficile*, 2014, <https://www.mp.pl/pacjent/gastrologia/choroby/jelitogrube/80812,zakazenie-clostridium-difficile>, dostęp w dniu 09.06.2020 r.

⁹⁹ European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of health care associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC, 2013.

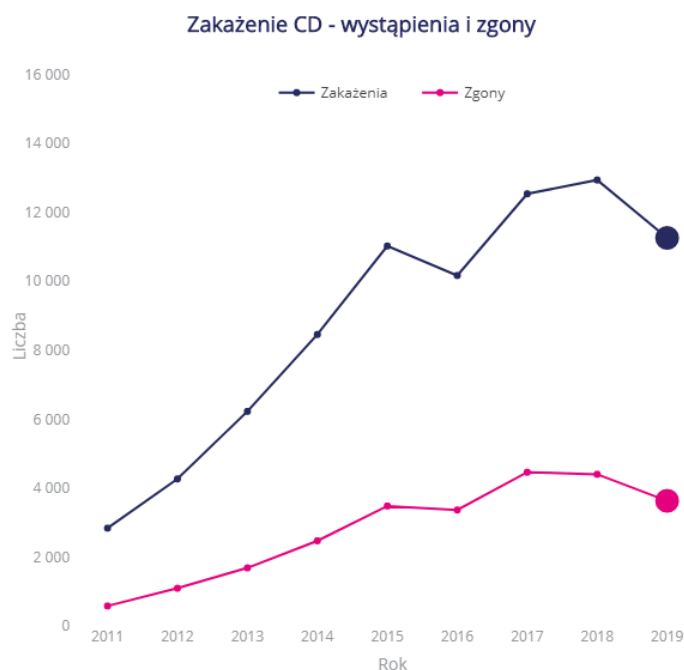
¹⁰⁰ CDI - Zakażenie *Clostridium difficile* zdefiniowane za pomocą kodu A04.7 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

¹⁰¹ European Centre for Disease Prevention and Control. *Clostridium difficile* infections. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC, 2018.

¹⁰² R. E. Ooijevaar, Y. H. van Beurden, E. M. Terveer, et al. Update of treatment algorithms for *Clostridium difficile* infection. *Clin Microbiol Infect.* 2018;24(5):452-462. DOI: 10.1016/j.cmi.2017.12.022.

Ważnym aspektem CDI jest jego powiązanie z opieką zdrowotną, ponieważ jest to jedno z najczęstszych zakażeń szpitalnych¹⁰³. Jednym z głównych czynników ryzyka jest niska jakość standardów sanitarno-epidemiologicznych w szpitalach i przenoszenie zakażenia między pacjentami. W związku z tym liczba zakażeń *Clostridium difficile* świadczy pośrednio o zachowaniu standardów sanitarnych w polskich szpitalach, w tym konieczności ścisłej izolacji chorych.

Rysunek 128. Liczba zakażeń CDI oraz zgonów w ciągu 90 dni od rozpoznania CDI w latach 2011-2019



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Zgodnie z danymi liczba zakażeń *Clostridium difficile* wzrosła w okresie 2011-2019 prawie czterokrotnie, osiągając wartość ponad 11 tys. w 2019 r., w tym liczba szpitalnych zakażeń *Clostridium difficile* również wzrosła w badanym okresie prawie 4-krotnie do niecałych 7 tys. w 2019 r.

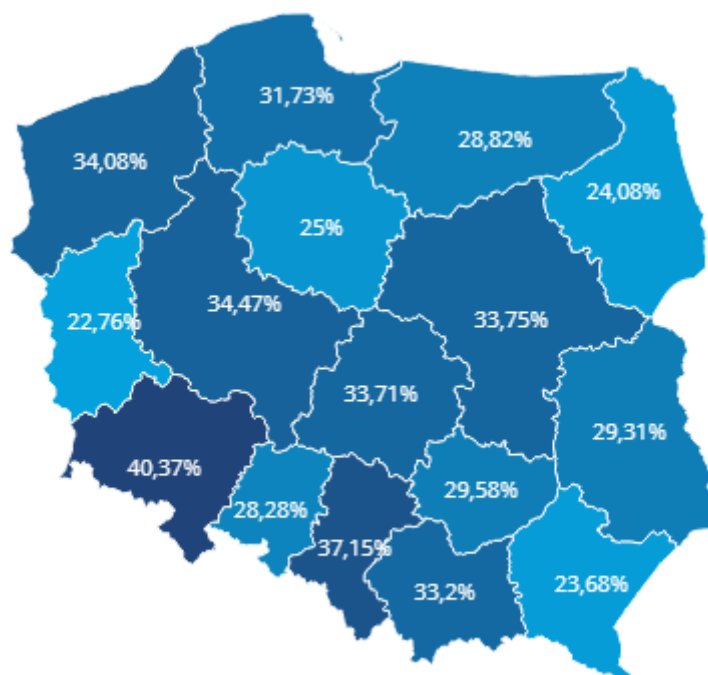
Zapadalność na CDI różni się pomiędzy województwami. Choć najwięcej CDI sprawozdano do NFZ w województwie mazowieckim, to najwyższa zapadalność w przeliczeniu na liczbę mieszkańców dotyczyła województwa łódzkiego, zarówno pod względem ogólnej liczby zakażeń, jak i zakażeń szpitalnych.

¹⁰³ Szpitalne CDI - hospitalizacje z rozpoznaniem CDI, które rozpoczęły się rozpoznaniem innym niż CDI, a CDI rozpoznano po okresie co najmniej 3 dni od przyjęcia albo są najbliższymi hospitalizacjami poprzedzającymi tę, w trakcie której w okresie poniżej 3 dni od przyjęcia rozpoznano CDI. Najbliższa hospitalizacja to taka, która rozpoczęła się co najmniej 3 dni przed hospitalizacją z CDI oraz trwała maksymalnie 8 tygodni przed wystąpieniem hospitalizacji z CDI.

Najwięcej zakażeń szpitalnych (niezależnie od roku) odnotowano na oddziale chorób wewnętrznych. Wiele wystąpiło również w szpitalnych oddziałach ratunkowych, oddziałach chirurgicznych ogólnych oraz izbach przyjęć.

Rosnący trend dotyczył również liczby zgonów związanych z CDI (zgon w ciągu 90 dni od początku hospitalizacji, do której doszło z powodu zakażenia CDI). W ciągu badanych 9 lat liczba zgonów związanych z CDI wzrosła ponad sześciokrotnie, osiągając niecałe 4 tys. w 2019 r. (w tym ponad 2,4 tys. dotyczy zakażeń szpitalnych). Oznacza to, że 32% hospitalizacji z CDI zakończyło się zgonem w ciągu 90 dni.

Rysunek 129. Rozkład odsetka zgonów w ciągu 90 dni po wystąpieniu CDI w 2019 r.



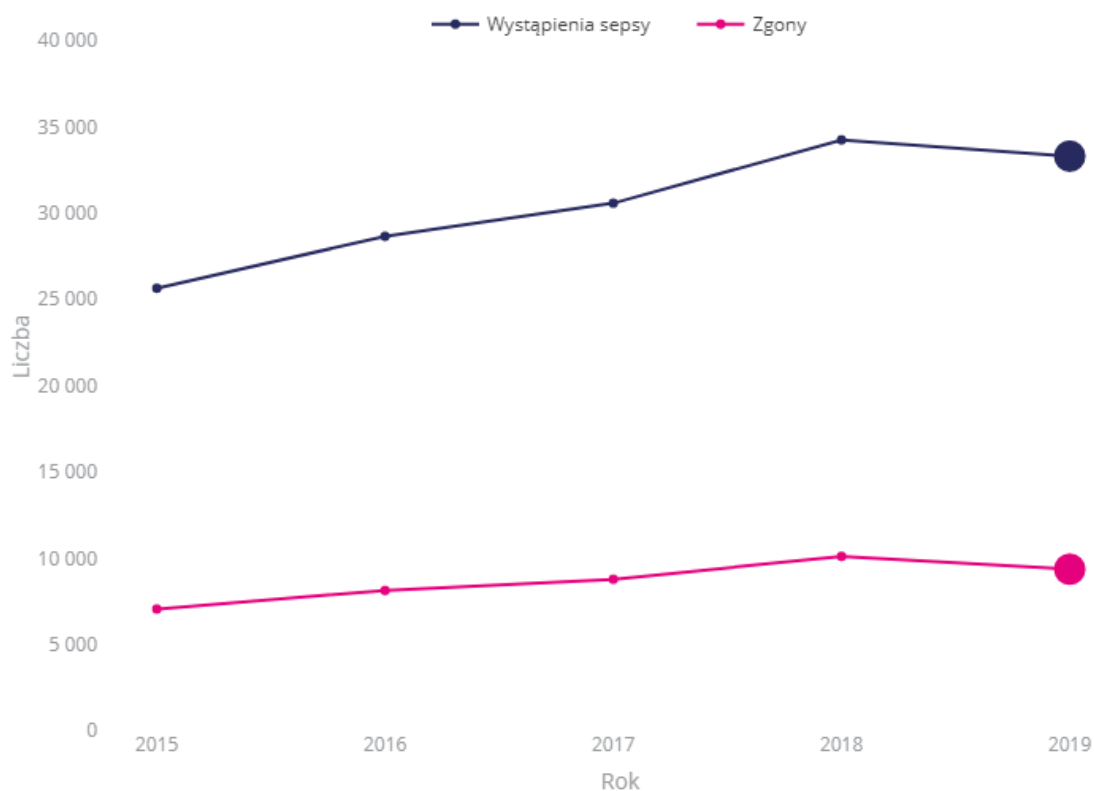
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Wartość odsetka zgonów w ciągu 90 dni od początku zakażenia *Clostridium difficile* w 2019 r. różni się znacznie w zależności od regionu kraju (od 25,8% do 40,4%). Najwyższe wartości obserwowane są w województwie dolnośląskim, zaś najniższe występują w województwie lubuskim.

Analiza czynników ryzyka zgonów związanych z CDI została oparta o choroby współtowarzyszące oraz czynniki demograficzne i dotyczące ośrodka, w którym pacjent był hospitalizowany. Wśród czynników ryzyka zgonu najważniejszy okazał się wiek powyżej 84. roku życia, który zwiększa szansę ponad dwudziestopięciokrotnie. Do innych czynników istotnie pogarszających rokowania należą zakażenia wirusem HIV, choroby nowotworowe (z przerzutami i bez przerzutów) oraz niedożywienie lub nieprawidłowa utrata masy ciała.

Kolejną chorobą na jaką warto zwrócić uwagę w kontekście zakażeń szpitalnych jest sepsa¹⁰⁴. Do sepsy może doprowadzić wiele zakażeń niezależnie od etiologii¹⁰⁵. Jest to zespół objawów, który należy leczyć w sposób szybki i agresywny. Analiza zapadalności i śmiertelności z powodu sepsy, do której dochodzi w szpitalu¹⁰⁶ pozwala ocenić jakość leczenia ośrodków zdrowia, ponieważ najczęstszymi przyczynami są błędy popełnione podczas operacji czy zaniedbania higieniczne.

Rysunek 130. Wystąpienia sepsy oraz zgonów w ciągu 28 dni od rozpoznania sepsy w latach 2015-2019



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Liczba sprawozdanych przypadków sepsy wzrastała systematycznie do 2018 r., a następnie niewiele się zmniejszyła w 2019 r., osiągając wartość ponad 33 tys., z tego ponad 8 tys. to sepsy szpitalne. Około 30% pacjentów z sepsą zmarło w ciągu 28 dni od rozpoznania.

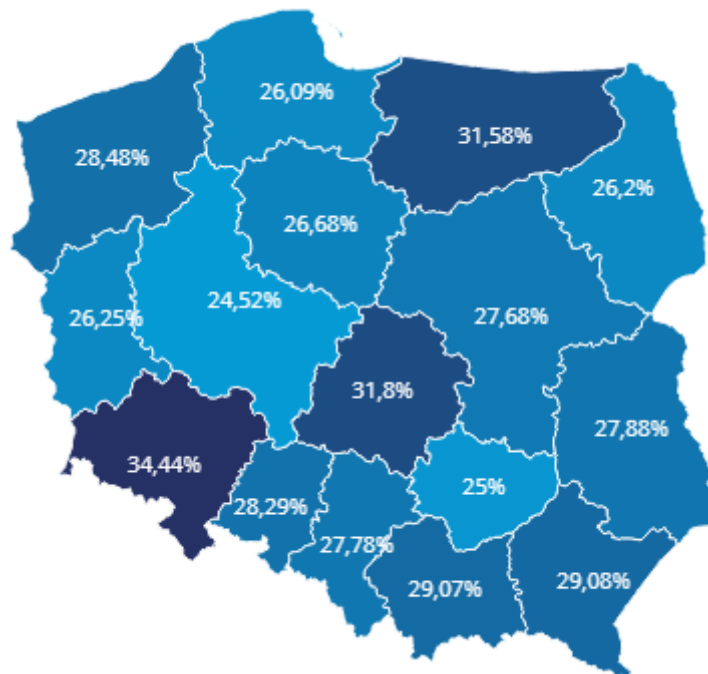
¹⁰⁴ Sepsa została zdefiniowana za pomocą kodów ICD-10: A40-A41 (wraz z rozszerzeniami).

¹⁰⁵ E. Kuchar, *Sepsa i wstrząs septyczny*, <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/choroby/zakazenia-bakteryjne/160129,sepsa-i-wstrzas-septyczny>, dostęp w dniu 09.06.2020 r.

¹⁰⁶ Sepsa szpitalna to hospitalizacja z rozpoznaną sepsą, która rozpoczęła się rozpoznaniem innym niż sepsa, a sepsę rozpoznano po okresie co najmniej 2 dni od przyjęcia albo, podczas której wykonano badanie posiewu krwi (określonego za pomocą kodów ICD-9: 90.51, 90.52 lub 90.53) po co najmniej 2 dniach od przyjęcia i co najmniej 7 dni przed zakończeniem hospitalizacji.

Odsetek ten różni się w zależności od regionu kraju (od 24,5% dla województwa wielkopolskiego do 34,4% dla województwa dolnośląskiego).

Rysunek 131. Rozkład odsetka zgonów w ciągu 28 dni po wystąpieniu sepsy w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Najwięcej przypadków sepsy szpitalnej w 2019 r. stwierdzono w województwie mazowieckim (1 543 pacjentów), co w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców daje 28,45.

W dalszej części analizy zbadano czynniki ryzyka zgonu z powodu sepsy ogółem w ciągu 28 dni od rozpoznania. Wiek powyżej 84 lat zwiększa ponad 9-krotnie prawdopodobieństwo zgonu w porównaniu do pacjentów poniżej 50 roku życia. Do czynników ryzyka niezwiązanych z wiekiem należą: założenie cewnika do dużego naczynia, nowotwory z przerzutami, alkoholizm oraz niedożywienie i patologiczna utrata masy ciała.

W celu zapewnienia wysokiej jakości opieki konieczne będzie zwiększenie świadomości pracowników medycznych i wspomagających w szpitalach oraz zespołów kontroli zakażeń szpitalnych na temat epidemiologii CDI i rozprzestrzeniania się choroby, na co wskazuje rosnący trend zakażeń ogółem i szpitalnych nieproporcjonalny pomiędzy województwami. Ważne jest również zachowanie dodatkowych środków ostrożności w celu zapobiegania sepsie (w tym ściślejsza higiena rąk, dezynfekcja pomieszczeń środkami aktywnymi wobec przetrwalników, codzienna zmiana stroju medycznego) oraz stosowanie bardziej agresywnego leczenia CDI w populacjach szczególnie narażonych na zakażenie i zgon (szczególnie starszych pacjentów onkologicznych leczonych na oddziałach chorób wewnętrznych), a także zapewnienie wysokich standardów higienicznych w okresie okołoperacyjnym, w szczególności pacjentów hospitalizowanych na oddziałach intensywnej terapii, zwłaszcza pacjentów starszych z założonym cewnikiem centralnym.

6.8. Podsumowanie

Leczenie szpitalne ma duże znaczenie w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych pacjentów, których stan zdrowia nie pozwala na zapewnienie im odpowiedniej opieki w warunkach ambulatoryjnych. Od 2017 r. szpitalny system opieki zdrowotnej przeszedł szeroką reformę, w której wprowadzono system PSZ, potocznie nazywany „siecią szpitali”. Dotychczasowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej charakteryzowało się brakiem równowagi pod względem charakterystyki udzielanych świadczeń, co jest uwarunkowane historycznymi zaszczościami. Niedostateczna koordynacja pomiędzy różnymi rodzajami świadczeń skutkowałą kierowaniem pacjentów do leczenia w ramach lecznictwa szpitalnego, nawet w przypadkach, w których optymalnym rozwiązaniem byłoby leczenie w warunkach ambulatoryjnych. Zapewnienie lepszej jakości opieki ambulatoryjnej mogłoby pomóc skrócić czas oczekiwania pacjenta na zabieg/procedurę. Dodatkowo stała kontrola w ramach AOS i POZ wiązałaby się z mniejszym ryzykiem komplikacji związanych z głównym rozpoznaniem. Odciążenie szpitali prowadziłoby do poprawy jakości udzielanych przez nie świadczeń oraz ich dostępności poprzez skrócenie list oczekujących oraz efektywne wykorzystanie łóżek szpitalnych.

6.9. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

W porównaniu z innymi krajami europejskimi, Polska charakteryzuje się wysokimi nakładami finansowymi na lecznictwo szpitalne. Stanowią one 34% łącznych wydatków na opiekę medyczną (średnia dla UE wynosi 29%). Wydatki na lecznictwo szpitalne przewyższają wydatki na inne rodzaje świadczeń. Jest to szczególnie istotne w porównaniu do wydatków na AOS, która jest lepiej finansowana w innych krajach europejskich niż w Polsce. Dzięki zwiększeniu nakładów na AOS w innych krajach obserwuje się zmniejszenie (wtedy, gdy jest to możliwe) liczby świadczeń szpitalnych na rzecz świadczeń realizowanych w AOS, co z kolei uwalnia zasoby potrzebne podczas niezbędnej hospitalizacji bez uszczerbku dla jakości udzielanych świadczeń.

Rzeczpospolita Polska ma jeden z najwyższych w Europie wskaźników liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców. W innych krajach liczba łóżek na 100 tys. ludności spada co roku, co sprawia, że różnica pomiędzy Polską a innymi krajami się pogłębia.

Szpitalne, zwłaszcza I i II poziomu sieci szpitali, posiadają znaczną liczbę oddziałów wykraczających poza te, które zostały przewidziane dla tych poziomów w ustawie. Ich istnienie i dalsze tworzenie mogą prowadzić do presji w kierunku nieefektywnego kontraktowania świadczeń i pogorszenia ich jakości.

Dane OECD oraz Eurostatu wskazują na poprawę przynajmniej niektórych aspektów jakości opieki szpitalnej. Śmiertelność szpitalna wśród pacjentów z rozpoznaniem zawału serca (standaryzowany wskaźnik AMI) w Polsce wykazuje trend spadkowy. Poprawa ta jednak nie jest jednoznaczna, co pokazuje m.in. wzrost liczby zakażeń szpitalnych.

Liczba hospitalizacji w niektórych chorobach przewlekłych jest znacznie wyższa niż wskazywałaby na to etiologia choroby. Wśród pacjentów chorujących na choroby przewlekłe, np. chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę, astmę czy reumatoidalne zapalenie stawów, występuje wysoki odsetek hospitalizacji, który nie zmienił się znacząco od 2014 r. W przypadku przewlekłej choroby niedokrwiennej serca aż 54% pacjentów leczących się w ramach AOS było również hospitalizowanych w tym samym roku, co jest zbyt wysokim wynikiem. Większość z tych pacjentów mogłaby uniknąć hospitalizacji przy sprawnej funkcjonującej opiece w ramach AOS i POZ.

Niezależnie od wyboru podejścia do analizy – rozpatrywanie kolejek przez pryzmat list oczekujących lub danych o realnym czasie oczekiwania – zaobserwowano, że operacja zaćmy była jednym z najpopularniejszych świadczeń, na które czas oczekiwania był stosunkowo długi. Z kolei najdłuższy przeciętny czas oczekiwania dotyczył endoprotezoplastyki stawu kolanowego i stawu biodrowego.

W ramach analiz dokonano porównań na poziomie województw. Patrząc zarówno na wartości wskaźników opisujących efektywność realizacji świadczeń, jaki i wartości przeciętnego czasu oczekiwania, zaobserwowano nierówności pomiędzy poszczególnymi regionami Rzeczypospolitej Polskiej. Najlepiej wypadły województwa zlokalizowane w południowo-wschodniej części kraju (województwa lubelskie, podkarpackie oraz małopolskie). Najgorzej natomiast wypadły województwa kujawsko-pomorskie oraz śląskie.

6.10. Rekomendowane kierunki działań

- w celu obniżenia nadmiernej liczby hospitalizacji, która jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów, rekomenduje się zwiększenie dostępności badań diagnostycznych w warunkach ambulatoryjnych, w szczególności poprzez regulacje sprzyjające realizowaniu tych świadczeń w AOS (np. adekwatna wycena świadczeń, wskaźniki jakościowe);
- dążąc do jak najkrótszego czasu hospitalizacji pacjentów, należy wprowadzić zmianę – tam, gdzie to jest możliwe – hospitalizacji kilkudniowych na trwające jeden dzień;
- raz ze wzrostem liczby pacjentów leczonych w AOS nastąpi spadek obłożenia łóżek na oddziałach szpitalnych, należy zatem racjonalizować liczbę łóżek na oddziałach szpitalnych lub przekształcić je zgodnie z prognozami demograficznymi w łóżka opieki długoterminowej;
- podmioty lecznicze prowadzące działalność w zakresie leczenia szpitalnego na poziomie powiatowym powinny również przejąć funkcję w zakresie innych rodzajów opieki stacjonarnej, które powinny znajdować się blisko pacjenta (opieka długoterminowa, opieka paliatywno-hospicyjna). Szpitale te powinny rozwijać się wokół sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych, zapewniając możliwie równomierną dostępność na terenie całego kraju;

- tworzenie i kontraktowanie oddziałów udzielających świadczeń, które wykraczają poza podstawowy profil wynikający z przynależnego stopnia sieci szpitali (w szczególności w szpitalach I i II poziomu), powinno być ograniczane. Ich powstawanie może prowadzić do niezrównoważonego rozwoju podmiotów leczniczych – niezgodnego z przypisaną im funkcją w systemie ochrony zdrowia. Konieczne jest zróżnicowanie zakresu świadczeń udzielanych w poszczególnych szpitalach poprzez ich dalsze profilowanie;
- konieczny jest dalszy proces centralizacji oraz koncentracji świadczeń w ośrodkach o odpowiednim zapleczu i doświadczeniu dla chorób rzadkich oraz innych chorób wymagających skomplikowanego oraz kompleksowego leczenia;
- należy kontynuować koordynację ścieżek leczenia pacjentów leczonych w różnych ośrodkach w celu zapewnienia wysokiego standardu opieki, szczególnie w przypadku pacjentów leczonych długotrwale lub wymagających kompleksowej opieki. Konieczne zatem jest wspieranie kompetencyjnego usieciowienia podmiotów leczniczych, np. poprzez tworzenie jednostek wyspecjalizowanych, wprowadzanie poziomów referencyjnych i tworzenie odpowiednich warunków do nadzoru i współpracy w ramach takiego usieciowienia. Dotyczy to w szczególności oddziałów o zróżnicowanym zakresie udzielanych świadczeń, gdzie nie wszystkie oddziały wykonują procedury danego rodzaju (np. oddziały udarowe);
- szersze wykorzystanie wskaźników jakości udzielanych świadczeń. Wskaźniki te powinny być analogicznie do tych, które są stosowane przy porównaniach z innymi krajami. Wskazane jest również wprowadzenie wskaźników opartych na miarach deklaratywnych z ankiet wypełnianych przez pacjentów (tzw. PROM), oceniających wykonane procedury i ogólną jakość świadczeń. Należy dalej wspierać wzrost jakości świadczeń udzielanych w ramach leczenia szpitalnego, m.in. poprzez wzmocnienie roli akredytacji w ochronie zdrowia przy zapewnieniu aktualizacji jej standardów, wdrożenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych nieopartego na winie, a także nadanie większej wagi wskaźnikowi jakościowemu w algorytmie obliczającym kwoty umów, a w konsekwencji zwiększenie roli płatnika za jakość świadczeń.

7. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Zaburzenia psychiczne są jedną z głównych przyczyn orzeczeń o stopniu niepełnosprawności lub orzeczeń o niepełnosprawności, obniżenia dobrostanu jednostki i jej bliskich, skrócenia długości życia, np. w wyniku samobójstwa lub zaniedbania leczenia chorób współistniejących. Zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne i opieki społecznej oraz gotowość do podjęcia leczenia na przestrzeni ostatnich lat wzrasta, co przy poprawie dostępności powyższych świadczeń może skutkować lepszym funkcjonowaniem Polaków z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych w sferze rodzinnej, społecznej i zawodowej.

Zdrowie psychiczne jest jednym z fundamentalnych dóbr osobistych człowieka¹⁰⁷. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego¹⁰⁸ zawiera strategię działania mającą zapewnić obywatelom z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych kompleksową, wielostronną i powszechnie dostępną opiekę zdrowotną oraz inne formy opieki i pomocy niezbędne do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Program porusza także kwestie dotyczące kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości i przeciwdziałania ich dyskryminacji. Aby to umożliwić, rozpoczęto wprowadzanie reformy systemu opieki psychiatrycznej w Polsce. W przypadku leczenia dorosłych w 2018 r. wprowadzono pilotaż CZP¹⁰⁹, natomiast w przypadku leczenia dzieci i młodzieży pod koniec 2019 r. rozpoczęto wdrażanie nowego modelu leczenia pacjentów poniżej 18. roku życia¹¹⁰. Ze względu na różną specyfikę leczenia dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych system psychiatrycznej opieki zdrowotnej powyższych grup rozpatrywano oddzielnie. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”, w tym również w ramach programu pilotażowego CZP, można podzielić na formy udzielanej pomocy: ambulatoryjne (poradnie zdrowia psychicznego, zespoły leczenia środowiskowego), pośrednie (oddziały dzienne) oraz stacjonarne (oddziały szpitalne).

Według obliczeń Eurostatu¹¹¹ średni czas trwania hospitalizacji psychiatrycznych w Polsce wydłużył się w przypadku wszystkich grup zaburzeń psychicznych na przestrzeni lat

¹⁰⁷ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z. 2020 r. poz. 685).

¹⁰⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. poz. 458).

¹⁰⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852, z późn. zm.).

¹¹⁰ Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-72020dsoz,7116.html>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

¹¹¹ [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:In-patient_average_length_of_stay_for_mental_and_behavioural_disorders_and_Alzheimer%27s_disease,_2013_and_2018_\(days\)_Health20.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:In-patient_average_length_of_stay_for_mental_and_behavioural_disorders_and_Alzheimer%27s_disease,_2013_and_2018_(days)_Health20.png), dostęp w dniu 01.06.2020 r.

2013-2018. Największą zmianę zaobserwowano w przypadku zaburzeń psychicznych i behawioralnych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wzrost o 43%). Rzeczpospolita Polska z wynikiem 31,4 dnia zajmuje 25. miejsce spośród 27. krajów UE. Najlepiej w opisywanej kategorii wypadają Holandia (3,2 dnia), Belgia (6,1 dnia) oraz Szwecja (6,6 dnia).

Analiza wskaźnika wypisów ze szpitala dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi na 100 tys. mieszkańców za 2018 r. pokazuje, że wśród krajów OECD¹¹² Rzeczpospolita Polska zajmuje 15. miejsce z wynikiem 680. Najwyższy wskaźnik występuje Niemczech (1 650), Rumunii (1 315) oraz Austrii (1 275).

Polska jest jednym z pięciu krajów UE, w których na przestrzeni lat 2012–2017 wzrosła liczba łóżek na oddziałach psychiatrycznych w przeliczeniu na 100 tys. ludności oraz 16. pod względem ich liczby (65,14 – przy średniej w krajach UE 68,82)¹¹³. Najwięcej łóżek na 100 tys. ludności w 2018 r. wśród krajów UE¹¹⁴ było w Belgii (135,22), na Łotwie (122,46) oraz w Norwegii (105,35), natomiast najmniej we Włoszech (8,87), na Cyprze (17,81) oraz w Irlandii (33,57).

W kwestii liczby lekarzy ze specjalizacją w psychiatrii w 2015 r.¹¹⁵ Polska w porównaniu z krajami UE wypadła znacznie poniżej średniej – zajmując przedostatnie, tj. 27. miejsce z liczbą 90 lekarzy psychiatrów na 1 mln ludności. Gorsza sytuacja wystąpiła jedynie w Bułgarii (76), natomiast najlepiej było w Finlandii (236), Szwecji (232) i Holandii (230).

Wyzwania w opiece psychiatrycznej:

- niski udział (3,05% wg planów finansowych na 2019 r.¹¹⁶) wydatków publicznych przeznaczonych na opiekę psychiatryczną w porównaniu do średniej w UE(6%),
- w przypadku leczenia dorosłych: dysproporcja udzielanych świadczeń w ramach leczenia stacjonarnego w porównaniu z ambulatoryjnym i dziennym (wyższe koszty finansowania pierwszych wymienionych) oraz utrudniony dostęp do kompleksowej i skoordynowanej opieki,
- w przypadku leczenia dzieci i młodzieży: bardzo niska liczba świadczeniodawców umożliwiających leczenie w każdej z form, utrudniony dostęp do kompleksowej i skoordynowanej opieki.

¹¹² [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Hospital discharge rates for in-patients with mental and behavioural disorders, 2018 \(per 100 000 inhabitants\) Health20.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Hospital_discharge_rates_for_in-patients_with_mental_and_behavioural_disorders,_2018_(per_100_000_inhabitants)_Health20.png), dostęp w dniu 01.06.2020 r.

¹¹³ [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Hospital beds %E2%80%94 psychiatric care beds, 2012 and 2017 \(per 100 000 inhabitants\) Health2019.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Hospital_beds_%E2%80%94_psychiatric_care_beds,_2012_and_2017_(per_100_000_inhabitants)_Health2019.png), dostęp w dniu 01.06.2020 r.

¹¹⁴ <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

¹¹⁵ <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171010-1>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

¹¹⁶ <https://www.politykazdrowotna.com/33851,plan-nfz-na-2019-r-ile-dokladnie-wyda-na-swadczenia>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

- Mała liczba lekarzy psychiatrów (4 256 lekarzy psychiatrów oraz 435 lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w 2019 r.) w stosunku do zapotrzebowania – utrudniony dostęp do świadczeń.
- Wysoki udział wydatków własnych na leczenie w sektorze prywatnym (ok. 500 mln PLN rocznie¹¹⁷).

7.1. Analiza opieki psychiatrycznej osób dorosłych

Charakterystyka pacjentów

Łączna liczba pacjentów powyżej 18. roku życia, którzy korzystali w 2019 r. ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ze świadczeń CZP, to 1,51 mln, w tym 32,7% (492,6 tys.) to pacjenci od 60. roku życia, a 56,8% (854,7 tys.) pacjentów to kobiety (w grupie wiekowej od 60. roku życia udział kobiet jest większy i wynosi 65,1%). 33% pacjentów mieszkało w dużym mieście (powyżej 100 tys. mieszkańców), 32% na wsi, 21,7% w średnim mieście (20-100 tys. mieszkańców), a 13,3% w małym mieście. Liczba pacjentów w stosunku do liczby ludności powyżej 18. roku życia wyniosła 5,6% w dużym mieście, 5,4% w średnim mieście, 4,8% w małym mieście i 3,9% na wsi.

Najczęściej występującą grupą zaburzeń wśród pacjentów dorosłych były zaburzenia lękowe (528,1 tys. pacjentów) i była to najczęściej występująca grupa zaburzeń w każdym z województw. Drugą najczęściej występującą grupą zaburzeń w Rzeczypospolitej Polskiej były zaburzenia nastroju (305,8 tys. pacjentów). W tym przypadku wystąpiły różnice pomiędzy województwami – w dolnośląskim i łódzkim na drugim miejscu znalazły się zaburzenia organiczne, a w województwach lubuskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim – uzależnienia.

Kierunki migracji pacjentów w celu leczenia mogą świadczyć o dostępności i jakości psychiatrycznej opieki zdrowotnej na danym obszarze. Najniższy procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym województwie został odnotowany w województwie warmińsko-mazurskim (92%), może to wskazywać na braki w dostępie do opieki na wymienionym terenie. Jest to również obszar o najniższej nadwyżce bezwzględnej¹¹⁸ (-1 416 pacjentów) oraz względnej¹¹⁹ (0,97), co oznacza, że dużo więcej pacjentów migrowało w poszukiwaniu leczenia niż migrowało z innych województw, aby leczyć się w tym województwie. Najniższy procent pacjentów spoza województwa leczonych w danym regionie wystąpił w województwie podkarpackim (3,07%). Procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym obszarze był stosunkowo wysoki (96,33%), a nadwyżka względna była

¹¹⁷ <https://pulsmedycyny.pl/problem-opieki-psychiatrycznej-w-polsce-analiza-rynkowa-968254>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

¹¹⁸ Nadwyżka bezwzględna pacjentów jest różnicą liczby pacjentów leczonych na danym obszarze oraz liczby pacjentów zamieszkałych na danym obszarze.

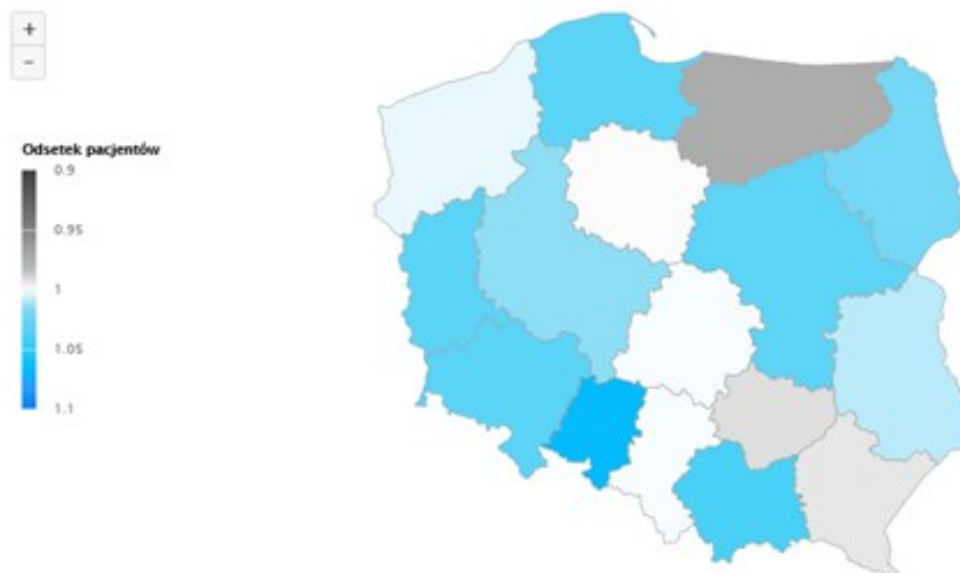
¹¹⁹ Nadwyżka względna pacjentów jest ilorazem liczby pacjentów leczonych na danym obszarze oraz liczby pacjentów zamieszkałych na danym obszarze.

bliska jeden (0,994), dlatego można uznać, że w województwie podkarpackim wystąpiła niska migracja w obie strony.

Najwyższy procent pacjentów spoza województwa leczonych w danym województwie został odnotowany w województwie opolskim (11,5%), najwyższa była tam również nadwyżka względna. Oznacza to, że w stosunku do liczby pacjentów zamieszkałych w województwie migrowała do niego najwyższa liczba pacjentów z innych województw. Najwyższa nadwyżka bezwzględna pacjentów wystąpiła w województwie mazowieckim (5 901 pacjentów), co oznacza, że leczyło się tam dużo pacjentów spoza województwa, co wiąże się również z wielkością województwa.

W podziale na powiaty widać, że najwyższy procent pacjentów leczonych w swoim obszarze zamieszkania występował w większych miastach. Niski procent pacjentów leczył się w swoim obszarze zamieszkania w powiatach na obrzeżach dużych miast. W tych powiatach była także wysoka bezwzględna liczba pacjentów korzystających z leczenia poza miejscem zamieszkania. Można wnioskować, że korzystali oni z opieki w sąsiadujących miastach. Nie oznacza to jednak, że nie ma na tych obszarach dostępu do żadnej formy opieki – procent pacjentów spoza obszaru leczonych na tych obszarach był niejednokrotnie wysoki. Brak jakichkolwiek świadczeniodawców w obrębie powiatu wystąpił w niektórych obszarach kraju – zarówno procent leczonych pacjentów zamieszkałych, jak i leczonych pacjentów spoza obszaru wyniósł zero w kilku powiatach.

Rysunek 132. Nadwyżka względna pacjentów w 2019 r.



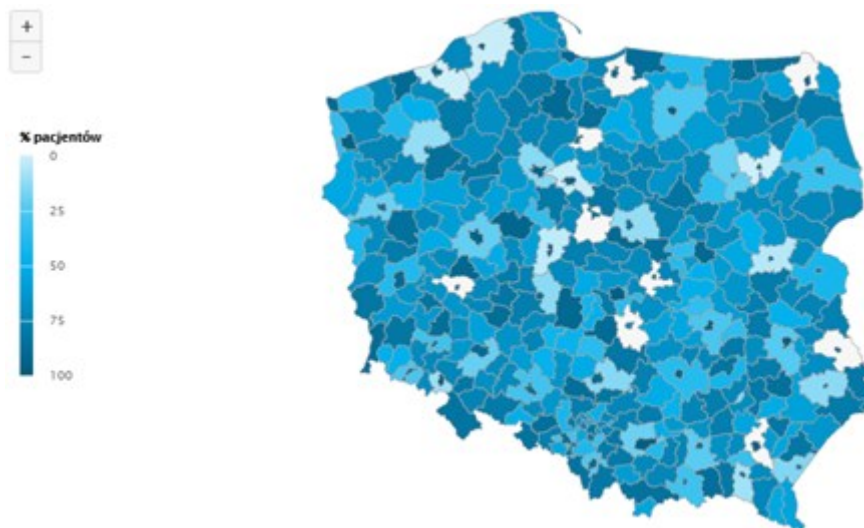
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Rysunek 133. Procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w obszarze tego samego województwa w 2019 r.

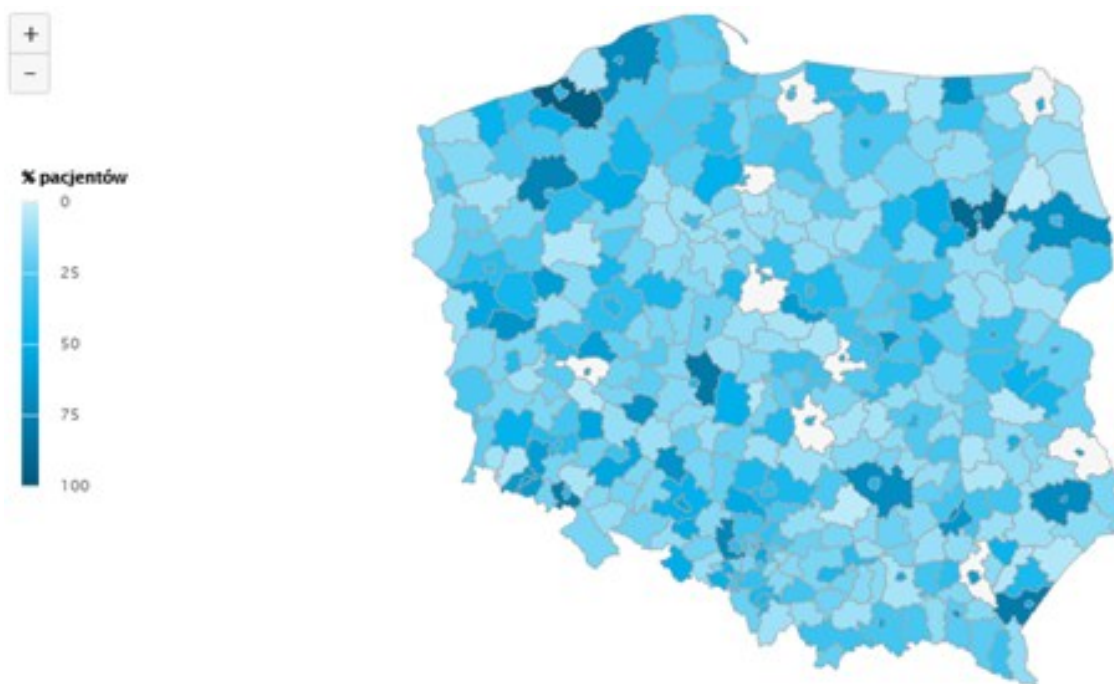


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Rysunek 134. Procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w obszarze tej samej gminy w 2019 r.



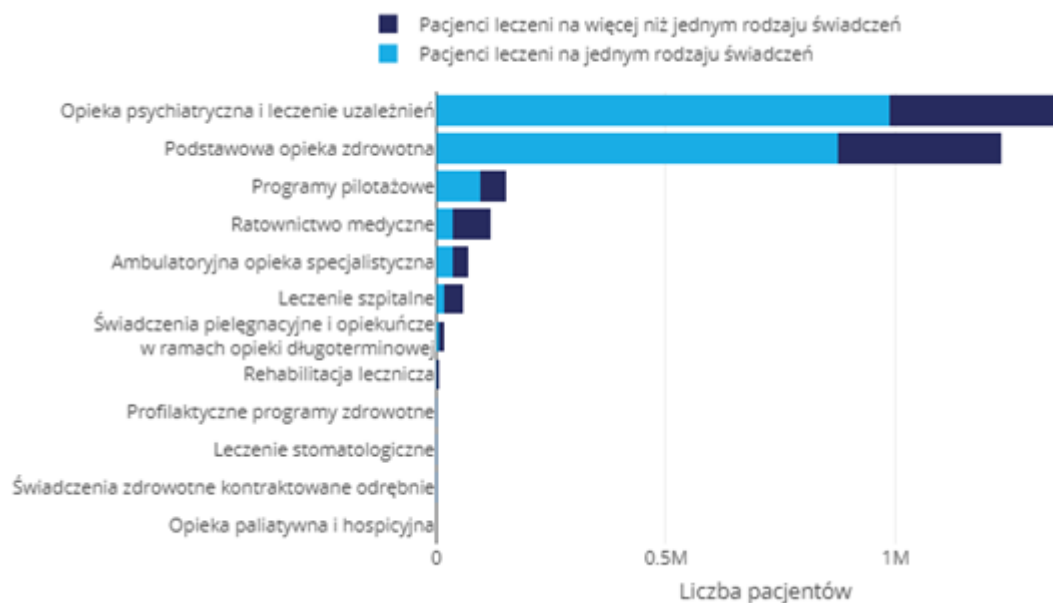
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Rysunek 135. Procent pacjentów spoza obszaru gminy leczonych w danej gminie w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Odpowiednia opieka pacjentów z zaburzeniami psychicznymi możliwa jest poprzez świadczenia „opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień” lub w ramach programu pilotażowego CZP. Mimo to duża liczba pacjentów otrzymuje innego rodzaju świadczenia zdrowotne z rozpoznaniem głównym zaburzeń psychicznych (ICD-10 w zakresie F00-F99) i nie korzysta ze świadczeń opieki psychiatrycznej, a jedynie z POZ. 874,8 tys. Pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych korzystało w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ tylko i wyłącznie ze świadczeń POZ, co oznacza, że pacjenci ci nie uzyskali właściwej opieki specjalistycznej.

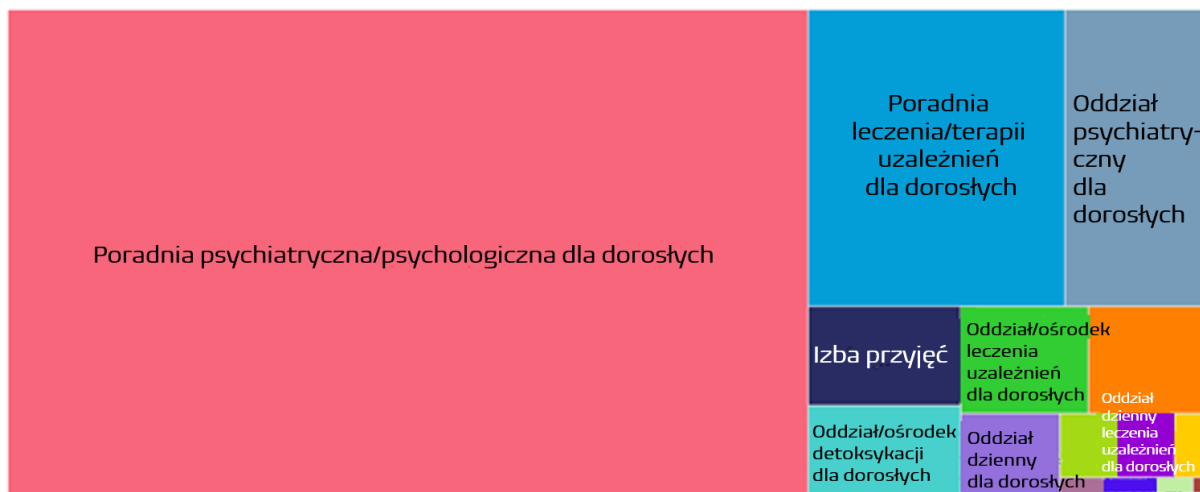
Rysunek 136. Liczba pacjentów według rodzaju świadczeń zdrowotnych, 2019 r. (wyłącznie świadczenia z rozpoznaniem ICD-10 głównym w zakresie F00-F99)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

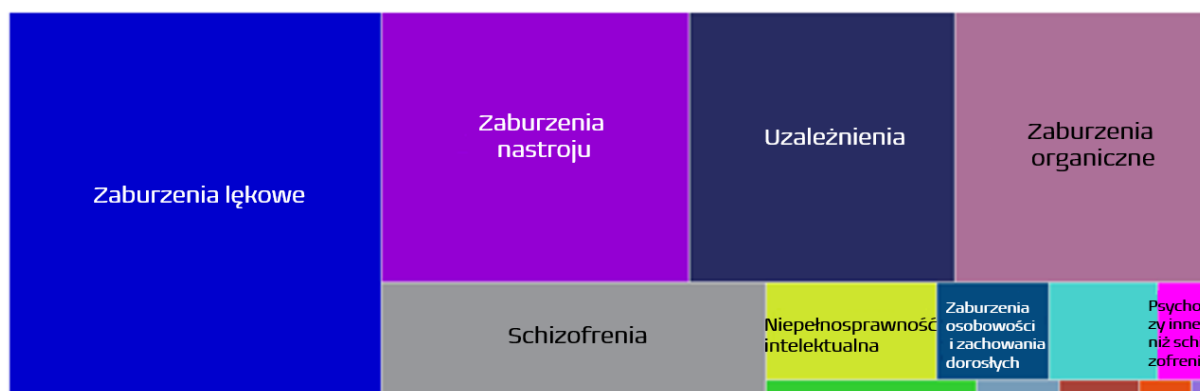
Świadczenia zdrowotne w opiece psychiatrycznej oraz CZP

W 2019 r. pacjentom powyżej 18. roku życia udzielono łącznie 8,78 mln porad, przy 12,5 mln osobodni w opiece stacjonarnej oraz dziennej w ramach świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz CZP. Porównując wszystkie formy opieki dostępne w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, najwięcej pacjentów dorosłych (1,16 mln – czyli 77% pacjentów, z których część korzystała z więcej niż jednej formy leczenia) korzystała z poradni psychiatrycznej/psychologicznej dla dorosłych. Na drugim miejscu znalazły się poradnie leczenia/terapii uzależnień dla dorosłych (224,9 tys. pacjentów), a na trzecim oddział psychiatryczny dla dorosłych (129 tys. pacjentów).

Rysunek 137. Liczba pacjentów według form leczenia, 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Najczęściej leczone były zaburzenia lękowe (528,1 tys. pacjentów – 35,1% ogółu pacjentów, przy czym część pacjentów na przestrzeni roku jest sprawozdawana z więcej niż jednym rozpoznaniem), ale liczną grupę stanowiły także zaburzenia nastroju (305,8 tys. pacjentów), uzależnienia (264,5 tys. pacjentów) oraz zaburzenia organiczne (253,6 tys. pacjentów).

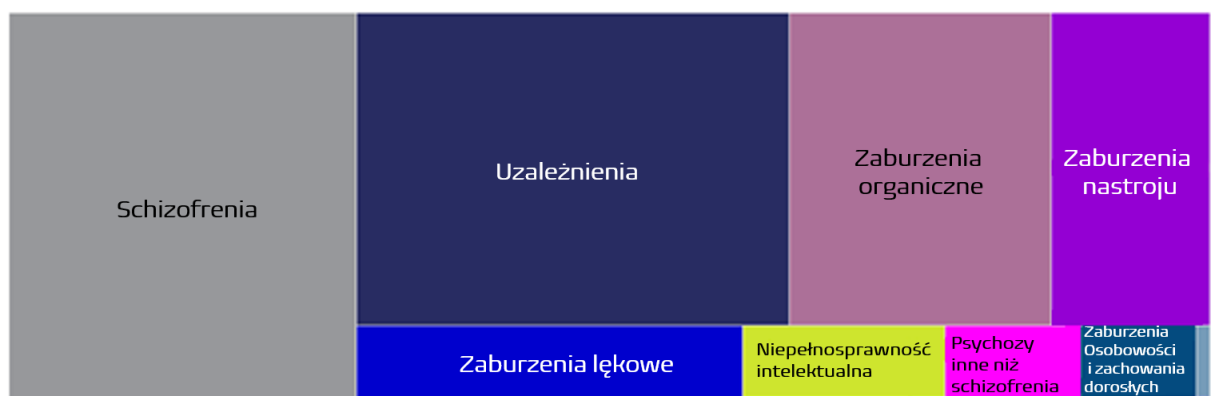
Rysunek 138. Liczba pacjentów według rodzajów zaburzeń, 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Najwyższa liczba wykonanych porad przypadła na zaburzenia lękowe (2,55 mln), na drugim miejscu znalazły się uzależnienia (2,45 mln). Schizofrenia, będąca piątą w kolejności grupą zaburzeń, jeśli chodzi o liczbę pacjentów (163,5 tys.), generowała najwyższą liczbę osobodni (3,620 mln). Oznacza to, że pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii spędzali długi, w porównaniu z innymi rozpoznaniem, czas w szpitalu i na oddziałach dziennych. Na drugim miejscu pod względem liczbę osobodni, znalazły się uzależnienia (3,616 mln), które, jako trzecia najbardziej liczna grupa rozpoznawanych zaburzeń generowały znaczną liczbę zarówno porad, jak i osobodni. Zaburzenia lękowe, które były najliczniejszą grupą rozpoznawanych zaburzeń, generowały znaczną liczbę porad, ale liczba osobodni (793,1 tys.) była stosunkowo niska w porównaniu do liczby rozpoznawanych.

Rysunek 139. Liczba porad według rodzajów zaburzeń 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rysunek 140. Liczba osobodni według rodzajów zaburzeń 2019 r.

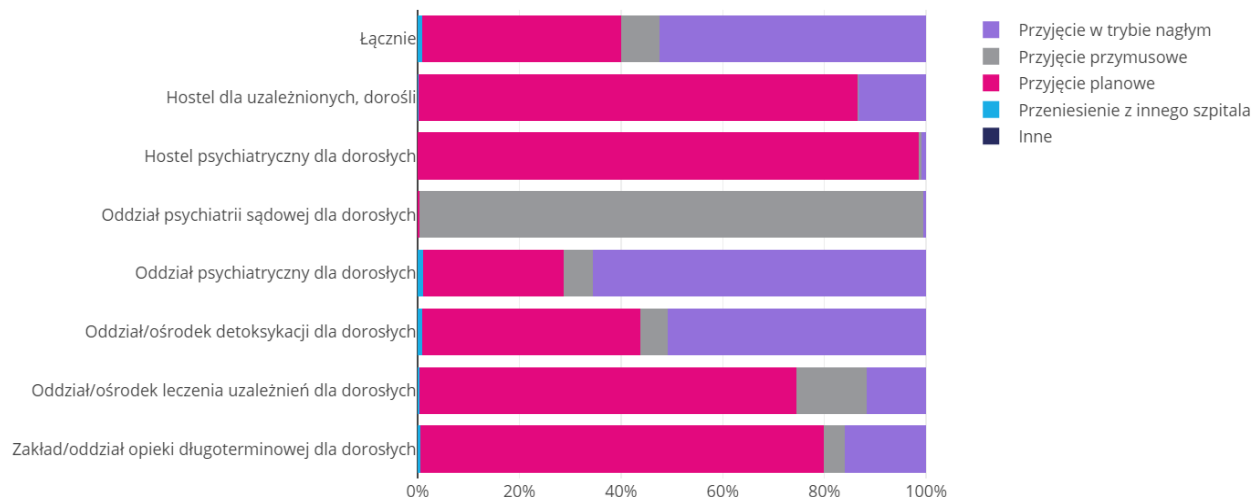
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Struktura rozpoznań różni się w zależności od form opieki. Na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych najczęściej występującymi rozpoznaniami były uzależnienia oraz schizofrenia, na izbach przyjęć były to uzależnienia oraz zaburzenia lękowe, a w zakładach/oddziałach opieki długoterminowej schizofrenia oraz zaburzenia organiczne. Struktura pacjentów korzystających z poradni psychiatrycznych/psychologicznych dla dorosłych jest podobna do ogólnej struktury rozpoznań, z wyłączeniem uzależnień, które są w głównej mierze leczone w poradniach dla nich przeznaczonych.

52,4% przyjęć pacjentów powyżej 18. roku życia na oddziałach stacjonarnych dla dorosłych to przyjęcia w trybie nagłym – w przypadku oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych sprawozdano ich aż 65,5%. Najwyższy odsetek przyjęć planowych wystąpił w hostelach psychiatrycznych dla dorosłych (98,6% przyjęć planowych) oraz w hostelach dla uzależnionych (86,5%). Te formy leczenia zanotowały także największe odsetki zakończonych procesów leczenia w przypadku wypisów (odpowiednio 61% i 52,3%).

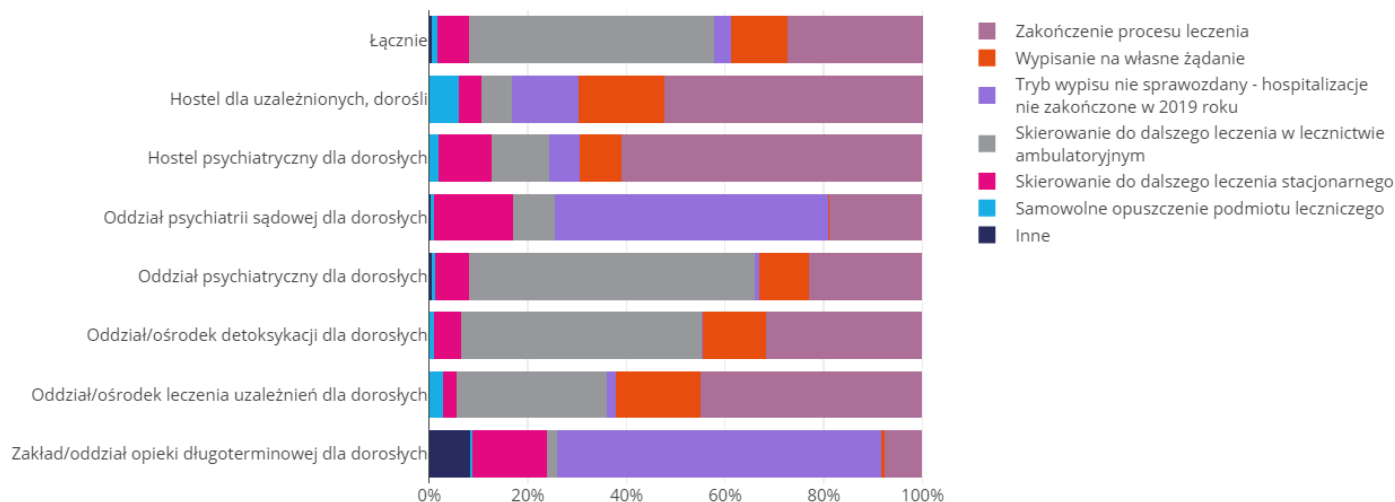
Struktura trybów przyjęć i wypisów znacznie się różni pomiędzy województwami, np. w województwie podkarpackim tylko 28,7% przyjęć to przyjęcia w trybie nagłym, podczas gdy w województwie mazowieckim odsetek ten wyniósł 69,4%.

Rysunek 141. Procent hospitalizacji według trybu przyjęcia 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rysunek 142. Procent hospitalizacji według trybu wypisu 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Zdecydowana większość (68,9%) porad realizowanych w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych dla dorosłych to porady lekarskie. Psychoterapia indywidualna, porady psychologiczne czy oddziaływania grupowe/rodzinne są realizowane w małym stopniu.

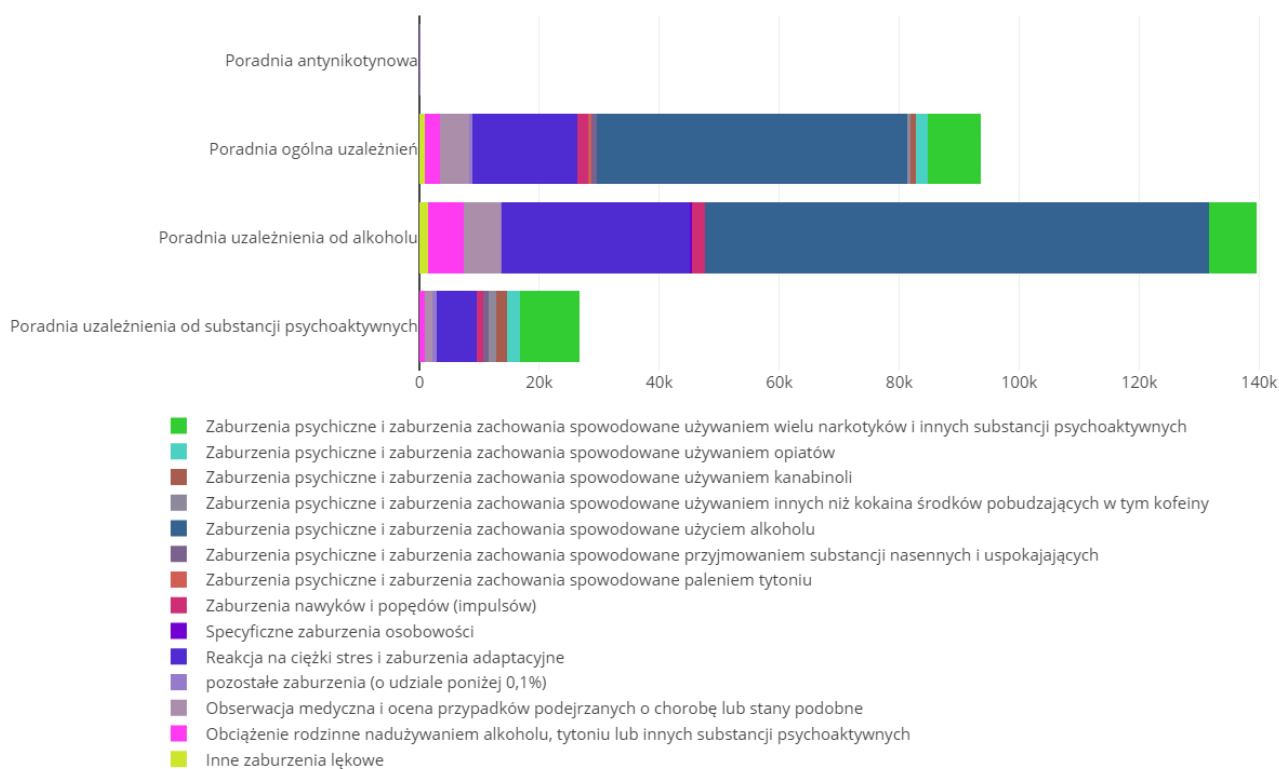
269,9 tys. pacjentów skorzystało ze świadczeń z zakresu leczenia uzależnień. Łączna liczba osobodni w ośrodkach stacjonarnych i dziennych wyniosła 2,94 mln, a liczba porad – 2,88 mln. Z opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzależnień korzystali głównie mężczyźni – tylko 35,3% pacjentów to kobiety. Kobiety leczyły się przede wszystkim w poradniach leczenia

uzależnień (39,8% wszystkich pacjentów), w oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień stanowiły 17,1%, a w oddziałach/ośrodkach detoksykacji – 12,2%.

Wśród pacjentów z rozpoznaniem uzależnień najliczniejszą grupą były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu (206,3 tys. pacjentów), na drugim miejscu znalazły się zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (40,5 tys. pacjentów).

Najwięcej porad realizowanych było w poradniach uzależnienia od alkoholu (46,8%), również w poradniach leczenia uzależnień (ogólnych) większość porad zrealizowano z rozpoznaniem zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu (68,5%). W placówkach leczenia uzależnień rozpoznawane były także zaburzenia psychiczne spoza grupy uzależnień, głównie w poradniach. W poradniach leczenia/terapii uzależnień dla dorosłych istotną grupę rozpoznawanych stanów stanowiły reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (16,5% wszystkich porad).

Rysunek 143. Liczba porad zrealizowanych w poradniach w podziale na zaburzenia 2019 r.

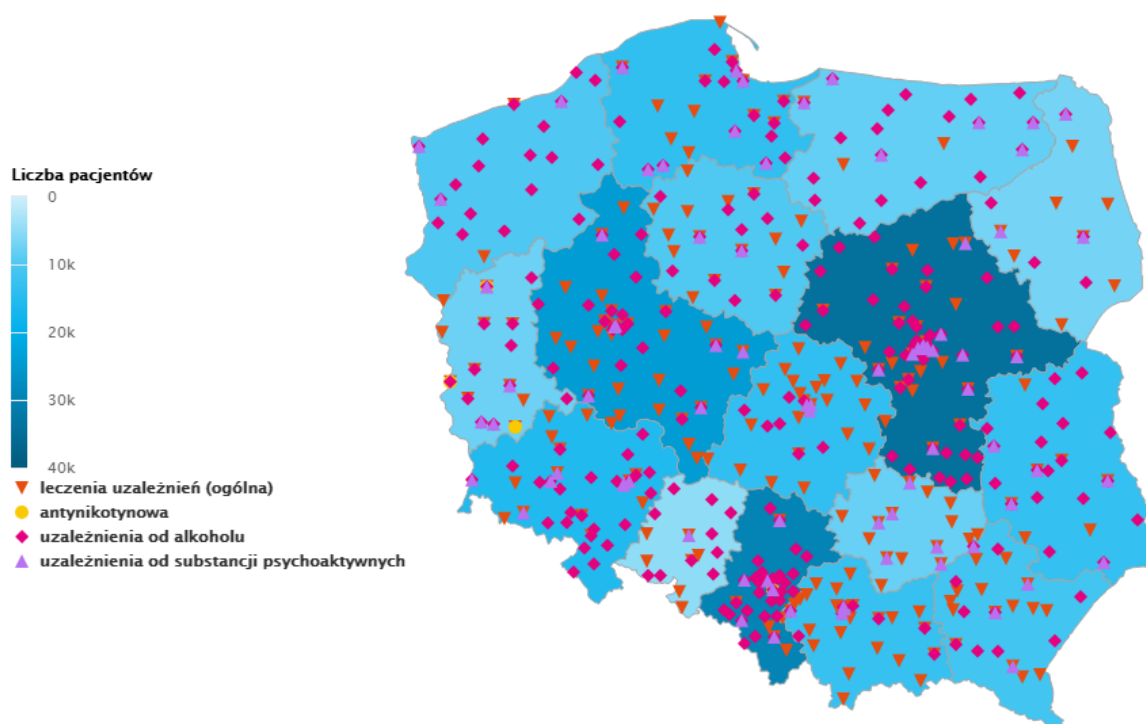


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Najliczniejszą formą leczenia w przypadku leczenia uzależnień, podobnie jak w przypadku opieki psychiatrycznej, są poradnie. Dostępne są poradnie ogólne, antynikotynowe, uzależnienia od alkoholu oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Mimo tego podziału w poradniach przeznaczonych danym rodzajom uzależnień leczone były także inne uzależnienia, np. w poradniach uzależnienia od alkoholu udzielono 60,7 tys. porad (4,5%) pacjentom z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych

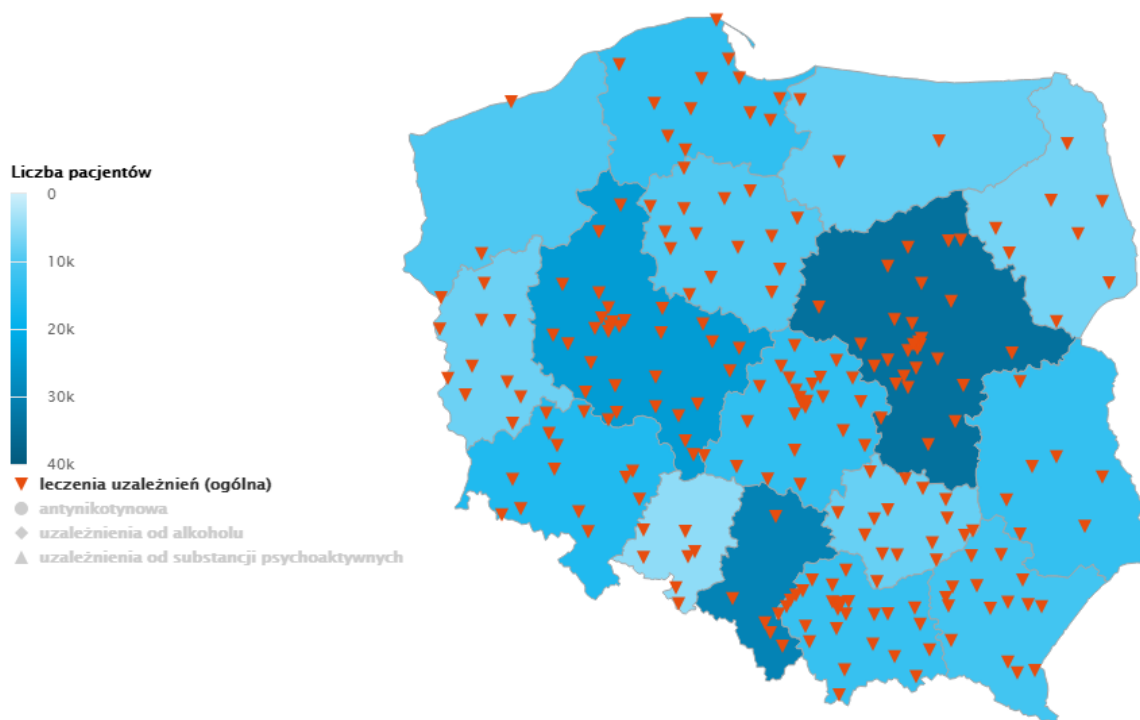
używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych. Może to wynikać z tego, że dostęp do poradni jest ograniczony, a na niektórych obszarach nie ma w ogóle dostępu do poradni leczenia uzależnień (ogólnych). Oddziały dzienne leczenia uzależnień, oddziały/ośrodki leczenia uzależnień, oddziały/ośrodki detoksykacji i hostele również posiadają oddzielne placówki dla osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych, w których zdarza się, że leczeni są pacjenci z rozpoznaniem innych uzależnień (np. uzależnienia od substancji psychoaktywnych w ośrodku leczenia uzależnień od alkoholu).

Rysunek 144. Liczba pacjentów leczonych w poradniach leczenia uzależnień (ogólnych), antynikotynowych, uzależnienia od alkoholu, uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz rozmieszczenie gmin, w których znajdują się te poradnie 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

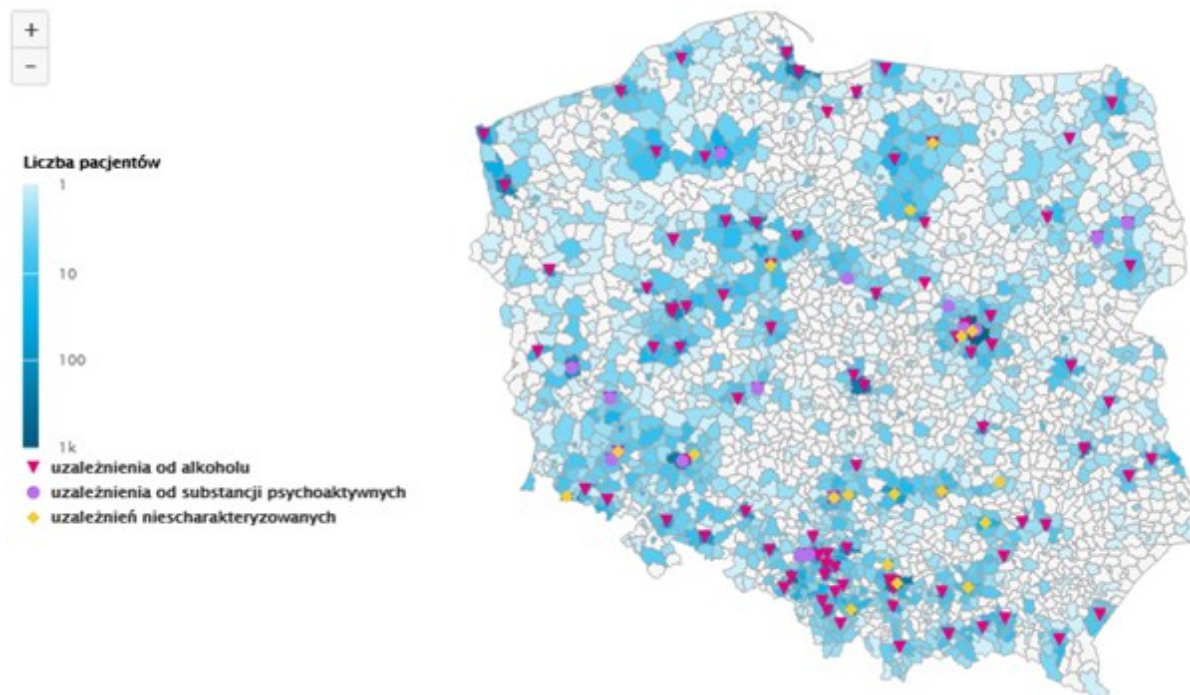
Rysunek 145. Rozmieszczenie gmin, w których znajdują się poradnie leczenia uzależnień (ogólne) 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Liczba pacjentów korzystających z danej formy leczenia wydaje się być najbardziej uzależniona od odległości od miejsca zamieszkania w przypadku oddziałów dziennych – w gminach, w których odległość od oddziału dziennego była duża, bardzo często nikt nie korzystał z opieki dziennej. Dla przykładu w województwie lubelskim, w którym oddziały dzienne znajdują się w Lublinie i tylko czterech innych gminach, w większości gmin nie ma w ogóle pacjentów korzystających z oddziałów dziennych. W przypadku oddziałów/ośrodków leczenia uzależnień czy oddziałów/ośrodków detoksykacji taka zależność zdaje się występować w dużo mniejszym stopniu lub nie występuje wcale.

Rysunek 146. Liczba pacjentów leczonych na oddziałach dziennych leczenia uzależnień dla dorosłych oraz rozmieszczenie gmin, w których znajdują się oddziały w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

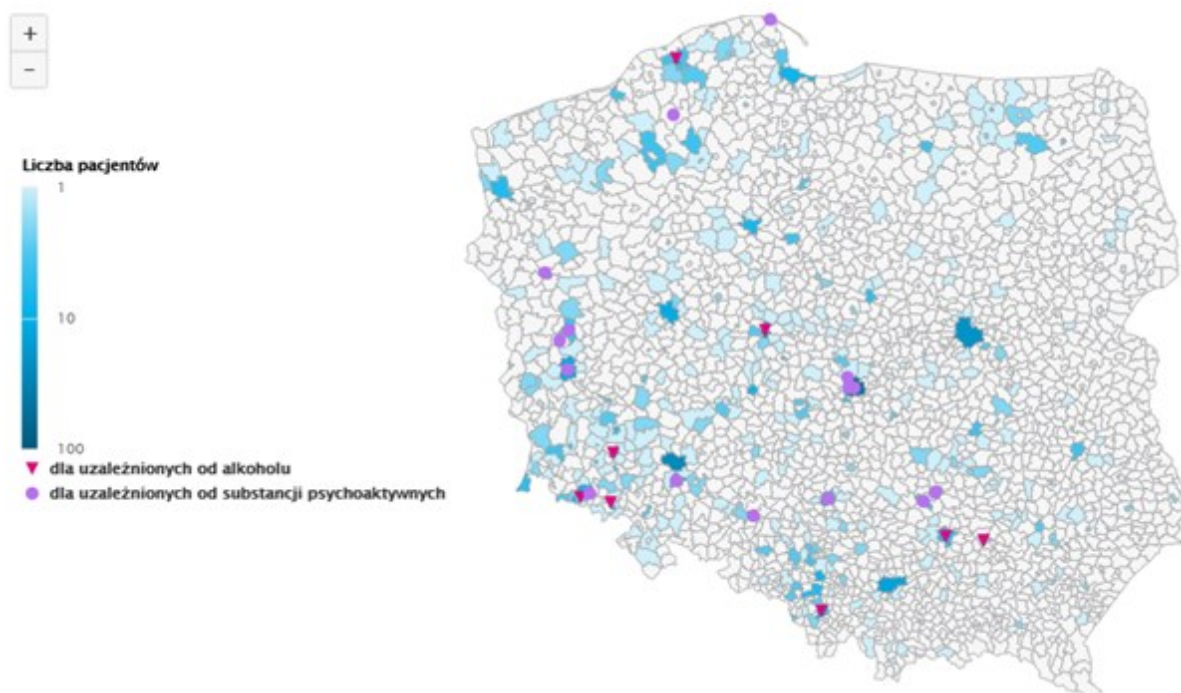
Najmniej dostępną formą opieki w przypadku leczenia uzależnień są hostele¹²⁰ (w tym dla osób uzależnionych od alkoholu oraz dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych). W części województw (kujawsko-pomorskim, lubelskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, podlaskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim) ich liczba wynosiła 0. Niezwykle istotne dla utrzymania pozytywnego wyniku leczenia jest zapewnienie osobom, które ukończyły program leczenia, dalszego wsparcia w postaci możliwości udziału w programach post-rehabilitacyjnych¹²¹. Rozwijanie i wspieranie sieci hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu (dla osób używających szkodliwie substancji psychoaktywnych i uzależnionych od nich) jest jednym z celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020¹²².

¹²⁰ VIII część kodu resortowego: 2724 oraz 2726.

¹²¹ https://pozytywnaprofilaktyka.org/wp-content/uploads/2020/04/A.Janiszevska_Psychologiczne_i_spo%C5%82eczne_formy_pomocy.pdf, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

¹²² <http://dziennikustaw.gov.pl/D2016000149201.pdf>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

Rysunek 147. Liczba pacjentów leczonych w hostelach dla uzależnionych oraz rozmieszczenie gmin, w których znajdują się hostele w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Dostępność do świadczeń

Zasięg poszczególnych form leczenia jest zróżnicowany. Jak wynika z analiz, w Rzeczypospolitej Polskiej najczęściej jest poradni zdrowia psychicznego, z których korzystają pacjenci zamieszkali na terenie 98% wszystkich gmin w kraju. Liczba oddziałów psychiatrycznych jest zdecydowanie mniejsza, jednak zasięg leczenia również obejmuje obszar 98% gmin na terenie całego kraju. Z oddziałów dziennych korzystają pacjenci zamieszkujący blisko świadczeniodawców udzielających tej formy leczenia.

Sytuacja wygląda podobnie w ZLS. Warto zaznaczyć, że niektóre ze świadczeń ZLS udzielane są w miejscu zamieszkania pacjentów. Mimo to większość kraju nie jest objęta tego typu opieką. Zarówno ZLS, jak i oddziały dzienne umożliwiają pacjentom leczenie kompleksowe (zgodnie Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022; na opiekę kompleksową składają się opieka ambulatoryjna, mobilna/środowiskowa, dzienna

oraz całodobowa) zapobiegające zaostrzeniom niektórych zaburzeń (np. schizofrenii¹²³) i znacznie zmniejszają prawdopodobieństwo hospitalizacji^{124,125}.

Rysunek 148. Lokalizacja poradni zdrowia psychicznego wraz z miejscem zamieszkania pacjentów, którym udzielono w nich świadczeń w 2019 r.



Rysunek 149. Lokalizacja oddziałów szpitalnych wraz z miejscem zamieszkania pacjentów, którym udzielono w nich świadczeń w 2019 r.



¹²³ Analiza problemu zdrowotnego: schizofrenii, <http://analizy.mz.gov.pl:8080/app/schiz/>, dostęp w dniu 01.03.2021 r.

¹²⁴

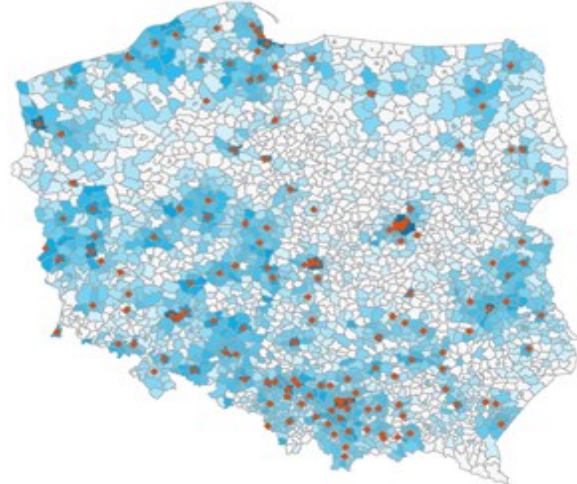
http://psychiatriaRzeczypospolitaPolska.pl/uploads/images/PP_1_2018/143LisieckaBielanowicz_PsychiatrPol2_018v52i1.pdf, dostęp w dniu 01.03.2021 r.

¹²⁵ <http://www.psychoterapiaptp.pl/uploads/PT2009n3s43Cechnicki.pdf>, dostęp w dniu 01.03.2021 r.

Rysunek 150. Lokalizacja oddziałów dziennych wraz z miejscem zamieszkania pacjentów, którym udzielono w nich świadczeń w 2019 r.



Rysunek 151. Lokalizacja zespołów leczenia środowiskowego wraz z miejscem zamieszkania pacjentów, którym udzielono w nich świadczeń w 2019 r.

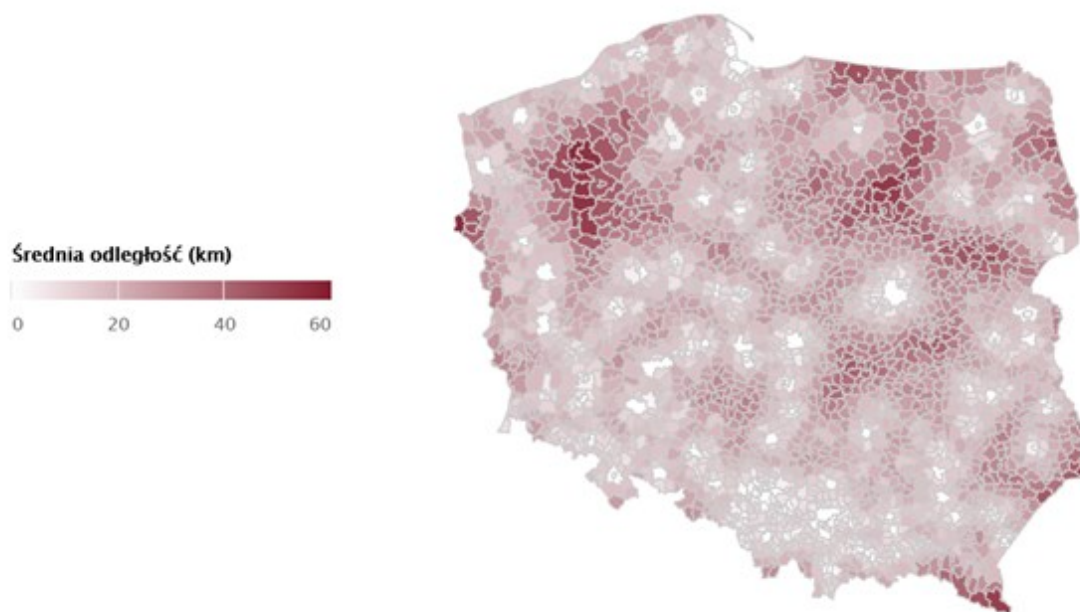


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Zmiana proporcji udzielanych świadczeń z leczenia szpitalnego do form ambulatoryjnych jest możliwa poprzez otwarcie nowych placówek, bliskich miejscu zamieszkania pacjentów.

Środowiskowy, kompleksowy model leczenia, który służy procesowi zdrowienia i społecznemu włączeniu, jest w różnym stopniu dostępny dla mieszkańców na terenie kraju. W 391 gminach w 2019 r. średnia odległość do gmin, w których możliwe jest uzyskanie tego rodzaju świadczeń, przekracza 30 km. Największa odległość wystąpiła w przypadku gmin: Cedynia (województwo zachodniopomorskie), Lutowiska (województwo podkarpackie), Dołhobyczów (województwo lubelskie), Cisna (województwo podkarpackie), Ulhówek (województwo lubelskie) oraz Nowy Dwór (województwo podlaskie) - powyżej 50 km. Mapa poniżej przedstawia stopień utrudnienia dostępu do świadczeń w formie ambulatoryjnej i pośredniej (oddziałów dziennych).

Rysunek 152. Średnia odległość od miejsca zamieszkania do gmin, w których możliwe jest uzyskanie świadczeń w formach ambulatoryjnych lub pośrednich (ZLS, poradnia i oddział dzienny) w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Centra Zdrowia Psychicznego

W CZP zwiększona dostępność do świadczeń umożliwi szybką, pozytywnie rokującą interwencję. Część świadczeń mogą realizować, poza lekarzami, inni specjaliści. Zindywidualizowane podejście do pacjenta zwiększa szansę na kontynuację leczenia przez pacjentów oraz stosowanie się do zaleceń. Bliskie pacjentom osoby mogą skorzystać z pomocy psychologicznej i psychoedukacji.

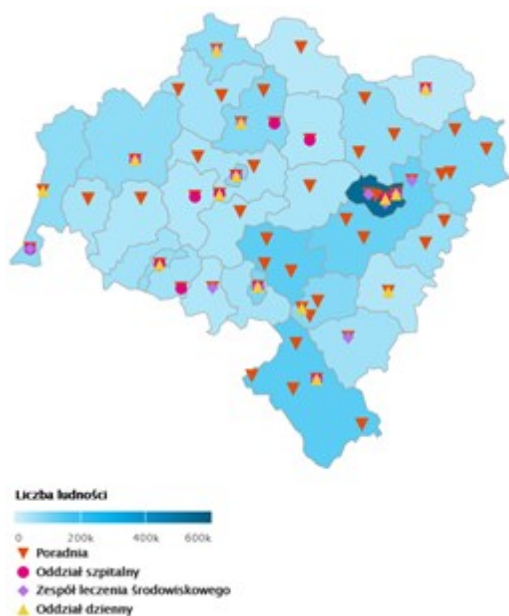
W ramach trzyletniego pilotażu CZP rozpoczętego w 2018 r., obszar jego działalności ma obejmować 34 powiaty lub aglomeracje w 2020 r. 54 kolejne spełniają całkowicie lub w znacznej mierze wymogi do otwarcia kolejnych CZP. Program przewiduje utworzenie 300 CZP, które swoimi obszarami odpowiedzialności obejmą teren całego kraju. Założenia CZP:

- zwiększona dostępność do świadczeń,
- integracja form opieki,
- koordynacja pomocy,
- specjaliści z różnych dziedzin,
- zindywidualizowane podejście do pacjenta,
- współpraca ze służbami pomocy społecznej i POZ,
- zmiana roli opieki szpitalnej na interwencję pomocniczą,

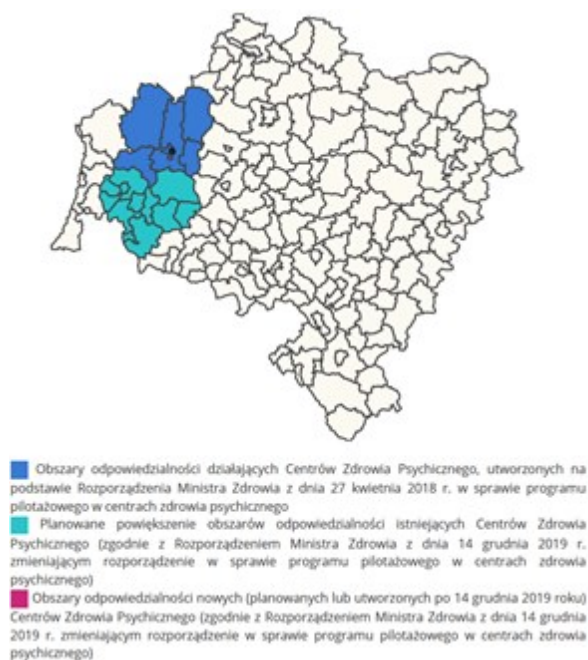
- zintegrowana płatność w formie ryczałtu na populację.

Na terenie Rzeczypospolitej Polskiej występują powiaty zamieszkałe przez powyżej 100 tys. ludności, które posiadają dostateczną liczbę form leczenia, aby otworzyć na ich terenie CZP zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2086). Porównanie obszaru kraju pod względem rozmieszczenia poszczególnych form opieki z mapą obszarów działalności CZP pozwala szczegółowo określić stopień przygotowania danego terenu do otwarcia CZP oraz to, których form opieki brakuje na danym obszarze. Dla przykładu w województwie dolnośląskim terenem, w którym występują cztery formy leczenia oraz liczba ludności powyżej 100 tys., jest miasto Wrocław oraz powiat kłodzki. W aglomeracji obejmującej Jelenią Górę i powiat jeleniogórski zamieszkałych jest powyżej 100 tysięcy ludności brakuje natomiast zespołu leczenia środowiskowego.

Rysunek 153. Liczba ludności oraz rozmieszczenie gmin, w których znajdują się wybrane formy leczenia w 2019 r., województwo dolnośląskie



Rysunek 154. Centra Zdrowia Psychicznego w 2020 r., województwo dolnośląskie



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z GUS

Wnioskowanie dotyczące gotowości obszarów do otwarcia kolejnych CZP oparto na zestawieniu poniższych kryteriów:

- podział terytorialny uwzględniający aglomeracje wokół miast,
- liczba ludności (powyżej/poniżej 100 tys. ludności) w obrębie powiatu/aglomeracji,
- liczba form leczenia,

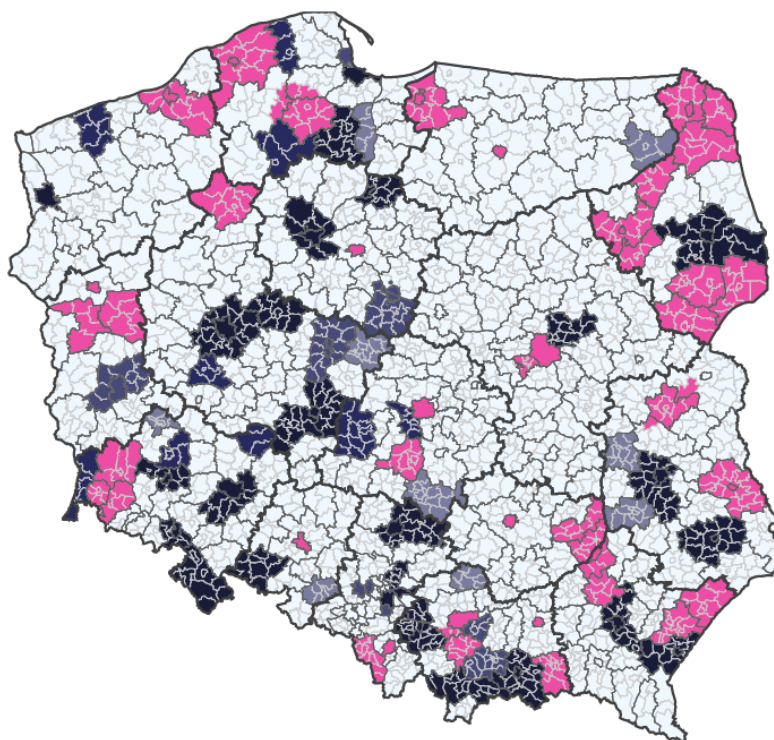
- powiaty/aglomeracje, w których są cztery formy leczenia: ZLŚ, poradnia, oddział dzienny i szpital,
- powiaty/aglomeracje, w których są trzy formy leczenia: ZLŚ, poradnia i oddział dzienny.

Wyłączono wymóg lokalizacji w tym samym miejscu oddziału szpitalnego ze względu na fakt, że wymieniony oddział należący do CZP może być w pewnej od niego odległości.

Założono, że gotowość poszczególnych obszarów przedstawia się następująco:

- liczba ludności jest wyższa niż 100 tys. oraz występują cztery formy leczenia,
- liczba ludności jest niższa niż 100 tys. oraz występują cztery formy leczenia,
- liczba ludności jest wyższa niż 100 tys. oraz występują trzy formy leczenia (ZLŚ, poradnia i oddział dzienny),
- liczba ludności jest niższa niż 100 tys. oraz występują trzy formy leczenia (ZLŚ, poradnia i oddział dzienny).

Rysunek 155. Gotowość obszarów do otwarcia nowych CZP pod względem liczby zamieszkałej ludności pow. 18. roku życia oraz dostępnych form leczenia w ramach opieki psychiatrycznej w 2019 r.

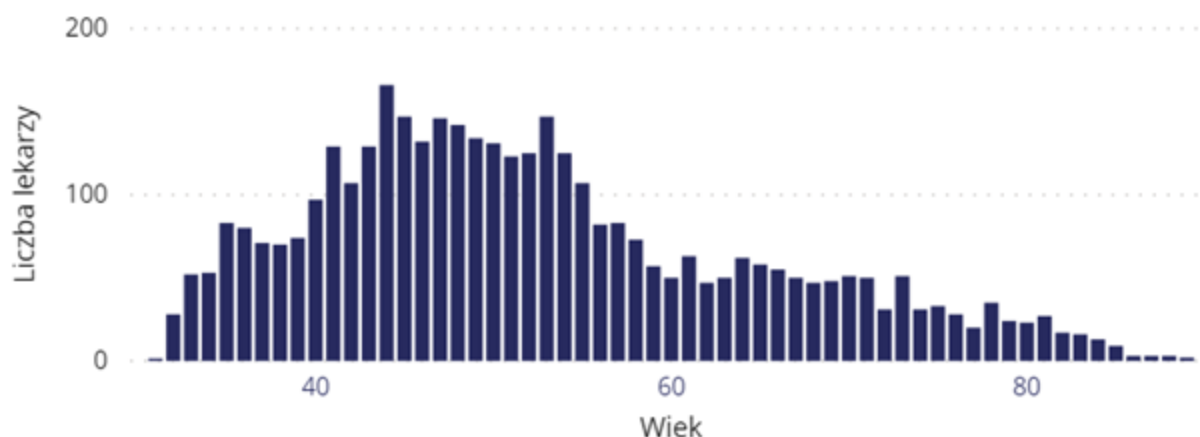


- Obszary odpowiedzialności aktualnie działających, lub mających wkrótce powstać Centrów Zdrowia Psychicznego (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego)
- Powiat lub aglomeracja posiadająca 4 formy leczenia (poradnia, ZLŚ, oddział dzienny, oddział szpitalny), o liczbie ludności od 18 r.ż. większej lub równej 100 tys.
- Powiat lub aglomeracja posiadająca 4 formy leczenia (poradnia, ZLŚ, oddział dzienny, oddział szpitalny), o liczbie ludności od 18 r.ż. poniżej 100 tys.
- Powiat lub aglomeracja posiadająca 3 podstawowe formy leczenia (poradnia, ZLŚ, oddział dzienny), o liczbie ludności od 18 r.ż. większej lub równej 100 tys.
- Powiat lub aglomeracja posiadająca 3 podstawowe formy leczenia (poradnia, ZLŚ, oddział dzienny), o liczbie ludności od 18 r.ż. poniżej 100 tys.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z GUS

Lekarze specjaliści

Łączna liczba lekarzy ze specjalizacją z dziedziny psychiatrii w 2019 r. wyniosła 3 904 (62,09% kobiet). Średnia wieku lekarzy psychiatrów jest stosunkowo wysoka – wynosi 52 lata. Na terenie kraju występuje zróżnicowana liczba lekarzy na 100 tys. ludności pod względem województw (najwięcej jest w województwie mazowieckim – 18,0, a najmniej w warmińsko-mazurskim – 8,0), wartość dla kraju wynosi 10,2, przy rekomendowanej przez konsultanta krajowego liczbie 20,0.

Rysunek 156. Piramida wieku lekarzy ze specjalizacją psychiatria w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Kolejki

W formach leczenia psychiatrycznego oraz leczenia uzależnień przeznaczonych dla dorosłych występowały duże różnice w czasach oczekiwania na przyjęcie w zależności od rodzaju oddziału/poradni. Niektóre przeciętne czasy oczekiwania były stosunkowo krótkie, ale w wielu przypadkach czas oczekiwania był długi.

Przeciętny czas oczekiwania¹²⁶ dla przypadków stabilnych na oddziale psychiatrycznym ogólnym w styczniu 2019 r. wyniósł 106,9 dni, w czerwcu 97,2 dni, w grudniu 75,6 dni. W czerwcu najdłuższy przeciętny czas oczekiwania odnotowało województwo łódzkie – 208,9 dni, a najkrótszy województwo zachodniopomorskie – 2,7 dni. Przeciętny czas oczekiwania dla przypadków pilnych w czerwcu 2019 r. wyniósł 23,5 dni. Liczba osób oczekujących, zakwalifikowanych jako przypadek pilny wynosiła w czerwcu 62 dni, dla porównania liczba przypadków stabilnych oczekujących w kolejce wyniosła 969 dni.

Średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w poradni zdrowia psychicznego wyniósł 53,1 dni w styczniu, 56,9 w czerwcu i 51,6 dni w grudniu 2019. Różnice w przeciętnym czasie oczekiwania pomiędzy województwami nie były tak duże jak w przypadku oddziałów psychiatrycznych. W czerwcu 2019 r. najwyższy czas oczekiwania odnotowało województwo śląskie – 75,3 dni, a najniższy województwo świętokrzyskie – 17,1 dni. Średni czas oczekiwania dla przypadków pilnych wyniósł 15,5 dni w styczniu, 22,7 dni w czerwcu i 20,9 dni w grudniu 2019 r. Liczba oczekujących pacjentów stabilnych w czerwcu to niecałe 30 tys., a pilnych – 184.

¹²⁶ Średnia średnich czasów oczekiwania raportowanych przez świadczeniodawców, ważona liczbą osób oczekujących w kolejce. Średni czas oczekiwania raportowany przez świadczeniodawcę to średni czas oczekiwania osób, które zostały wykreślone z liczby oczekujących w kolejce ze względu na realizację świadczenia w ciągu ostatnich 3 miesięcy.

Przeciętny czas oczekiwania na oddziale dziennym psychiatrycznym (ogólnym) dla przypadków stabilnych wyniósł 48,7 dni w styczniu, 72,4 dni w czerwcu i 43,4 dni w grudniu 2019 r. Dla zespołu leczenia środowiskowego (domowego) wartości te wyniosły odpowiednio 25,4, 63,8 i 38,8 dni. Wysoki czas oczekiwania wśród oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych odnotował oddział psychogeriatryczny – w styczniu 2019 r. przeciętny czas oczekiwania wyniósł 194,5 dni, w czerwcu 154,4 dni, a w grudniu 155,2 dni. Bardzo długie czasy oczekiwania odnotowały zakłady psychiatrycznej opieki długoterminowej. Przeciętne czasy oczekiwania dla zakładów opiekuńczo-leczniczych wyniosły 240,7 dni w styczniu, 515,8 w czerwcu i 374,8 w grudniu 2019 r. Dla zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych wartości te były niższe i wyniosły odpowiednio 104,7, 152,3 i 103,1 dni. W całej Polsce był dostępny jeden zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem (w województwie mazowieckim), a średni czas oczekiwania dla pacjentów stabilnych wyniósł aż 718 dni w styczniu 2019 r., 726 w czerwcu i 580 w grudniu.

Jeśli chodzi o leczenie uzależnień, czas oczekiwania znacznie różnił się w zależności od rodzaju oddziału. Na oddziale leczenia uzależnień przeciętny czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wyniósł 45,7 dni w styczniu, 45 dni w czerwcu i 57,5 dni w grudniu 2019 r. Na niektórych rodzajach oddziałów leczenia uzależnień czas oczekiwania był krótki – dla przypadków stabilnych w czerwcu 2019 r. dla oddziałów/ośrodków rehabilitacyjnych i terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych przeciętne czasy oczekiwania wyniosły od 13 do 30 dni. Najdłuższy czas oczekiwania odnotowały oddziały terapii uzależnienia od alkoholu – dla przypadków stabilnych w czerwcu 2019 r. wyniósł 117,3 dni. Również w przypadku poradni leczenia uzależnień w najgorszej sytuacji okazały się być poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia – czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w czerwcu 2019 r. wyniósł aż 652,1 dni. Dla porównania ten sam wskaźnik dla poradni leczenia uzależnień wyniósł 28,2 dni, a dla poradni uzależnienia od substancji psychoaktywnych – 13,5 dni.

Łóżka

W 2019 r. łączna liczba łóżek szpitalnych psychiatrycznych¹²⁷, opieki długoterminowej psychiatrycznej¹²⁸, oraz oddziałów/ośrodków leczenia/terapii uzależnień i detoksykacji¹²⁹

¹²⁷ W tym Oddział Psychiatryczny (Ogólny), Oddział Psychiatrii Sądowej, Oddział Psychiatrii Sądowej o Maksymalnym Zabezpieczeniu, Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu, Oddział Psychiatryczny Dla Chorych Na Gruźlicę, Oddział Psychiatryczny Dla Chorych Somatycznie, Oddział Psychiatryczny Dla Przewlekłe Chorych, Oddział Psychogeriatryczny, Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej.

¹²⁸ W tym Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny, Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny.

¹²⁹ W tym Oddział/Ośrodek Leczenia Uzależnień, Oddział/ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi, Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, Oddział/ośrodek terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi, Oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu, Oddział/ośrodek terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, Ośrodek leczenia uzależnień

wyniosła 31 844. Dodatkowo dla pacjentów dorosłych dostępne było 146 łóżek w hostelach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i 650 łóżek w hostelach dla osób uzależnionych od alkoholu oraz w hostelach dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Sprawozdania MZ-15

Sprawozdania MZ-15 składane przez poradnie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, zarówno finansowane przez NFZ, jak i podmioty prywatne, obejmują pacjentów ze wszystkich grup wiekowych. Zgodnie z informacją podaną w sprawozdaniach podmioty dzielone są pod względem głównego źródła finansowania: NFZ lub inne (głównie podmioty komercyjne).

W 2019 r. 36% poradni sprawozdało, że ich główne źródło finansowania jest inne niż NFZ. Patrząc na liczbę porad realizowanych przez poradnie finansowane głównie z innego źródła niż NFZ widać, że ich udział we wszystkich zrealizowanych poradach jest znacznie niższy niż udział takich poradni. Oznacza to, że poradnie finansowane ze środków innych niż NFZ udzielają średnio mniej porad niż poradnie finansowane głównie przez NFZ. Porady wykonane przez placówki finansowane głównie ze źródła innego niż NFZ to: 12% wszystkich porad lekarskich, 15% wszystkich porad psychologa, 2% wszystkich porad innego terapeuty, 3% wizyt w środowisku chorego i 5% porad telefonicznych. Udział różni się w zależności od typów poradni. W poradniach psychologicznych, szczególnie dla dzieci, udział porad wykonanych przez placówki finansowane głównie ze źródła innego niż NFZ jest wysoki (odpowiednio 37% i 51% wszystkich porad/wizyt), a w poradniach leczenia uzależnień, poradniach terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia oraz poradniach terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych udział ten jest bardzo niski (odpowiednio 3%, 1% i 1% wszystkich porad/wizyt). Patrząc na grupy wiekowe, najwięcej pacjentów korzystało z poradni finansowanych głównie z innych źródeł niż NFZ w grupie wiekowej 19-29 (24%), a najmniej w grupie od 65. roku życia (9%).

Rozkład liczby godzin pracy poradni w tygodniu różni się w zależności od głównego źródła finansowania - w przypadku poradni finansowanych głównie przez NFZ mediana liczby dni pracy w tygodniu wynosi 5, w przypadku pozostałych poradni mediana wynosi 2.

7.2. Analiza opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży

Charakterystyka pacjentów

Łączna liczba pacjentów poniżej 18. roku życia, którzy korzystali w 2019 r. ze świadczeń opieki psychiatrycznej, to 148,8 tys., z czego 38% pacjentów to dziewczynki. W grupie

bliżej niescharakteryzowanych, Ośrodek leczenia uzależnień stacjonarny, Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, Ośrodek terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi, Oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu, Oddział/ośrodek terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

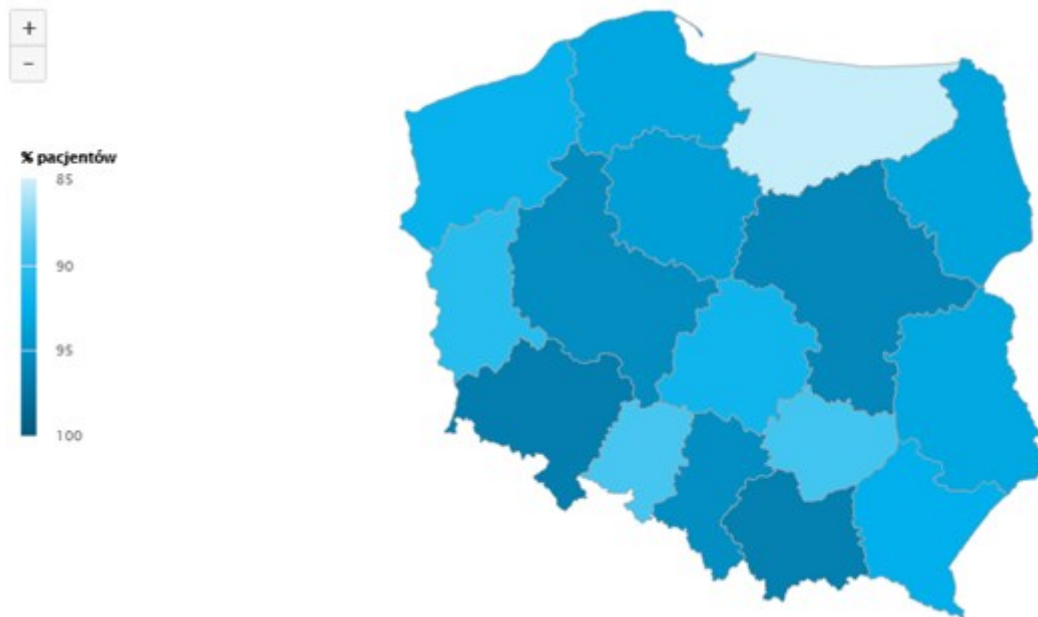
wiekowej 0-5 lat było 17,3 tys. pacjentów, w tym 30,1% dziewczynek. Najwięcej pacjentów w tej grupie wiekowej było sprawozdawanych z rozpoznaniem całościowych zaburzeń rozwojowych (43,8% wszystkich pacjentów miało choć raz postawione to rozpoznanie). W grupie wiekowej 6-11 lat było 56,2 tys. pacjentów, w tym 28,8% dziewczynek. Najczęstszym zaburzeniem w tej grupie również były całościowe zaburzenia rozwojowe, ale obejmowały one mniejszy odsetek pacjentów (29,3%), drugim najczęściej występującym rozpoznaniem były zaburzenia hiperkinetyczne (25,9%). W grupie wiekowej 12-17 lat było najwięcej pacjentów (75,4 tys.), z czego 46,6% stanowiły dziewczynki. Najczęstszą grupą rozpoznań były zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną (26,7%) oraz zaburzenia zachowania i mieszane zaburzenia zachowania i emocji (19,6%). 36% pacjentów mieszkało w dużym mieście (powyżej 100 tys. mieszkańców), 32,2% na wsi, 20,3% w średnim mieście (20-100 tys. mieszkańców), a 11,5% w małym mieście. Liczba pacjentów w stosunku do liczby ludności poniżej 18. roku życia wyniosła 3% w dużym mieście, 2,4% w średnim mieście, 2% w małym mieście i 1,6% na wsi.

Migracje

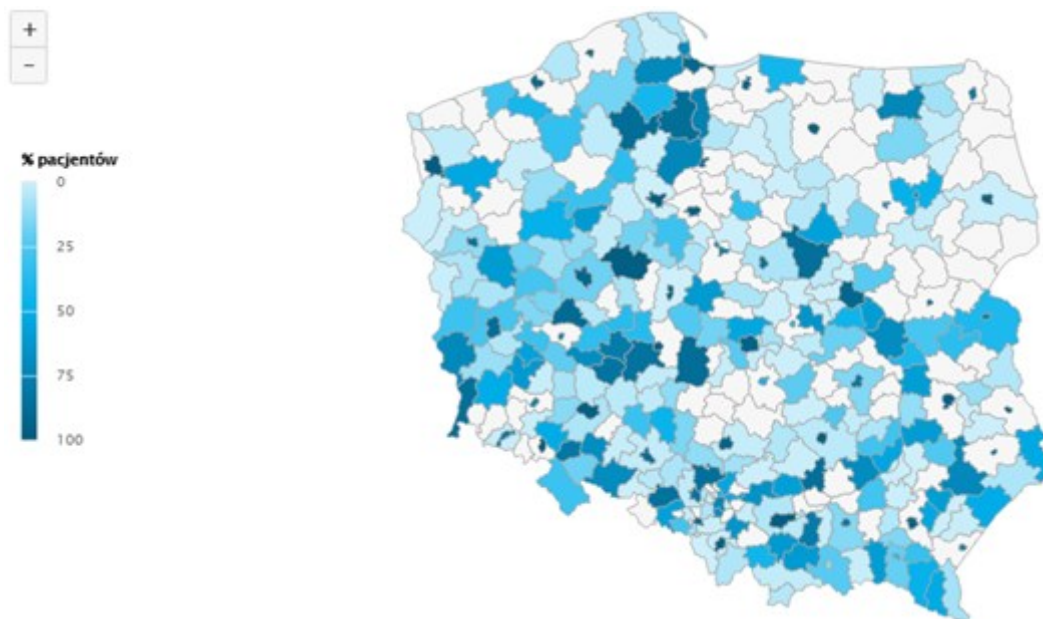
Najniższy procent niepełnoletnich pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym województwie został odnotowany w województwie warmińsko-mazurskim (85,3%). We wszystkich województwach procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym województwie przyjmował wartości w zaokrągleniu od 85% do 97%. Dla porównania w przypadku pacjentów dorosłych wskaźnik ten przyjmował wartości od 92% do 97%. Wskazuje to na większe braki w dostępności do opieki w przypadku psychiatrii dziecięcej, choć nie dotyczy to wszystkich województw, np. województwa mazowieckie i dolnośląskie osiągnęły wartości zbliżone do tych dla dorosłych.

Najniższe nadwyżki (względne i bezwzględne) odnotowały województwa: warmińsko-mazurskie, opolskie i podkarpackie. Oznacza to, że w tych województwach dużo wyższa była liczba pacjentów zamieszkałych i leczonych poza województwem niż pacjentów z innych województw leczonych w tym województwie.

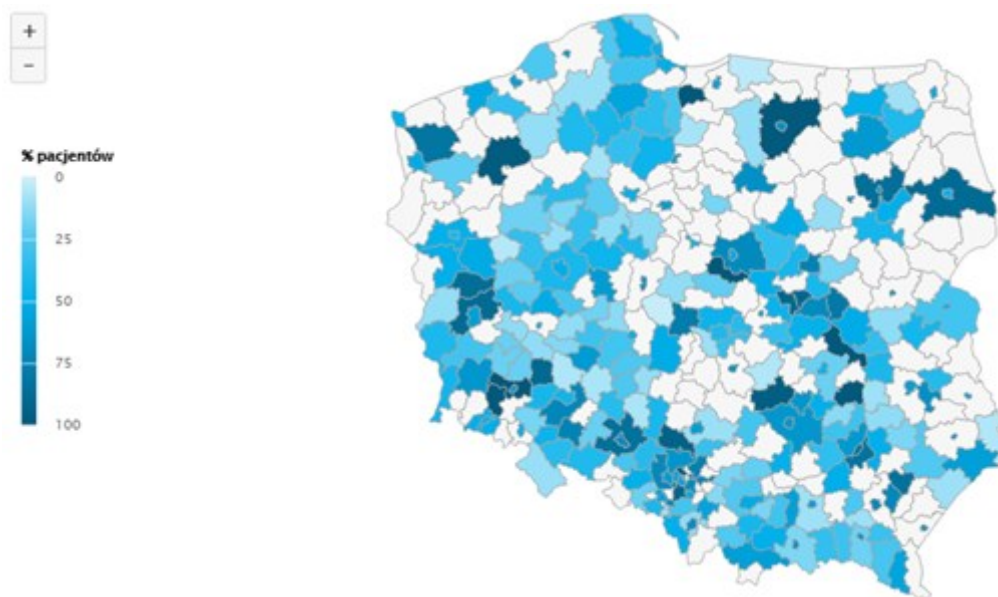
Z analizy map z podziałem na powiaty wynika, że w wielu powiatach nie było żadnego świadczeniodawcy. Zarówno procent leczonych pacjentów zamieszkałych, jak i leczonych pacjentów spoza obszaru wyniósł 0. Widać także, że w kraju ogólnie niski był procent pacjentów leczonych w powiecie zamieszkania – w zdecydowanej większości powiatów było to poniżej 50% pacjentów.

Rysunek 157. Procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Rysunek 158. Procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Rysunek 159. Procent pacjentów spoza obszaru leczonych w danym obszarze w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Rodzaje świadczeń zdrowotnych

Pacjenci poniżej 18. roku życia nie tylko w dużej mierze korzystają z form opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przeznaczonych dla dorosłych¹³⁰, lecz także z opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń. Liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym zaburzeń psychicznych (ICD-10 w zakresie F00-F99) na oddziałach pediatrycznych (4,1 tys. pacjentów) była równa prawie połowie liczby pacjentów na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci. W grupach wiekowych 0-5 lat oraz 6-11 lat więcej pacjentów skorzystało z opieki w ramach świadczeń AOS niż ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (biorąc pod uwagę wyłącznie świadczenia z rozpoznaniem głównym zaburzeń psychicznych).

Formy opieki psychiatrycznej

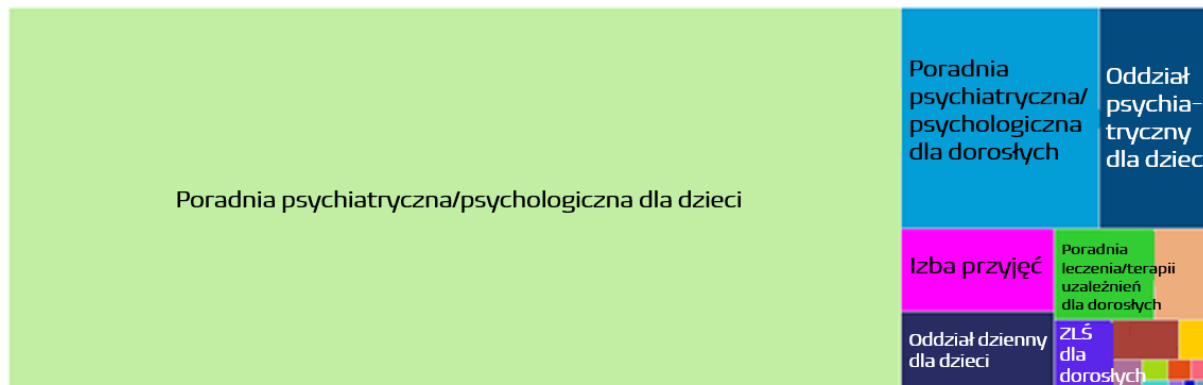
W 2019 r. pacjentom poniżej 18. roku życia udzielono łącznie 917,8 tys. porad, spędzili oni łącznie 765,8 tys. dni w opiece stacjonarnej oraz dziennej w ramach świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Najwięcej pacjentów poniżej 18. roku życia korzystało w 2019 r. z poradni psychiatrycznych/psychologicznych dla dzieci (122,9 tys. pacjentów – 82,6%, ale część pacjentów korzystała z więcej niż jednej formy opieki). Na drugim miejscu (15,7 tys. pacjentów) znalazły się poradnie psychiatryczne/psychologiczne dla dorosłych, co

¹³⁰ Świadczenia udzielane w komórkach leczniczych z rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, niededykowanych leczeniu dzieci i młodzieży, wg VIII części kodu resortowego: 4736, 2742, 2752, 4740, 4744, 4746, 4750, 2718, 4752, 4754, 4756, 2756, 2746, 4742, 2748, 4748, 2750, 4700, 4702, 4704, 4710, 4712, 4714, 4716, 4730, 4732, 4734, 5172, 5162, 2720, 2724, 2726, 1700, 1702, 1704, 1706, 1710, 1750, 1790, 2730, 2732, 2734, 2700, 2702, 2704, 2706, 2710, 1780, 1740, 1742, 1744, 1746, 2712, 2714.

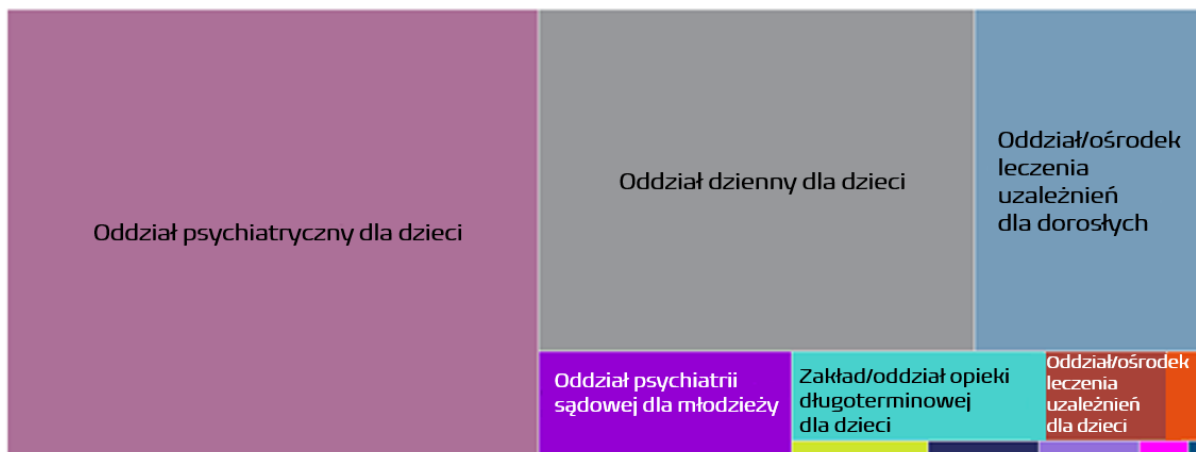
prawdopodobnie wynika z ograniczonej dostępności poradni dla dzieci – duży udział pacjentów korzystających z poradni dla dorosłych został zaobserwowany dla każdej grupy wiekowej, w tym dla grupy 0-5 lat.

Rysunek 160. Liczba pacjentów według form leczenia w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Największa liczba osobodni została odnotowana na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci (338,1 tys. osobodni – 44,2%), na drugim miejscu znalazły się oddziały dzienne dla dzieci (212,2 tys. – 27,7%), trzecim pod względem liczby osobodni okazał się oddział/ośrodek leczenia uzależnień dla dorosłych (114,2 tys. – 14,9%). Do 2019 r. w systemie NFZ oddziały/ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dorosłych oraz dla młodzieży funkcjonowały pod jednym kodem resortowym (VIII część kodu resortowego: 4750). Z uwagi na brak możliwości wyodrębnienia placówek przeznaczonych dla młodzieży oraz z uwagi na to, że większość z nich służyła, zarówno pacjentom przed, jak i po 18. roku życia (np. pacjentom w wieku 14-21 lat), zostały one skategoryzowane jako oddział/ośrodek leczenia uzależnień dla dorosłych. Oznacza to, że przynajmniej część z liczby osobodni zrealizowanych w oddziałach/ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (73,7 tys. osobodni) zostało faktycznie zrealizowanych na oddziałach przeznaczonych dla młodzieży, natomiast pozostałe 40,5 tys. osobodni zostało zrealizowane na oddziałach przeznaczonych dla dorosłych. Prawie wszyscy pacjenci przebywający w oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień dla dorosłych należeli do grupy wiekowej 12-17 lat. Duża liczba osobodni w oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień pokrywała się z liczbą osobodni według rodzajów zaburzeń – najwięcej osobodni przypadło na zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych (142,1 tys. osobodni – 18,6%). Liczba osobodni związanych z leczeniem pacjentów z rozpoznaniem uzależnień była stosunkowo wysoka, jeżeli weźmiemy pod uwagę liczbę pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń z tej grupy (3,7 tys. pacjentów – 2,5%). W przypadku dzieci i młodzieży, inaczej niż u dorosłych, najczęściej leczoną grupą uzależnień były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (2,4 tys. pacjentów, 133,2 tys. osobodni).

Rysunek 161. Liczba osobodni według form leczenia w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Najczęściej sprawozdawanym rozpoznaniem wśród dzieci w 2019 r. były *całościowe zaburzenia rozwojowe* (35,4 tys. pacjentów – 23,8% wszystkich pacjentów, ale w ciągu roku jeden pacjent może być sprawozdawany z więcej niż jednym rozpoznaniem). Powyżej 20 tys. rozpoznań miały także: pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży, zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną, zaburzenia hiperkinetyczne, oraz zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji.

Rysunek 162. Liczba pacjentów według rodzajów zaburzeń, 2019 r.

Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Porady

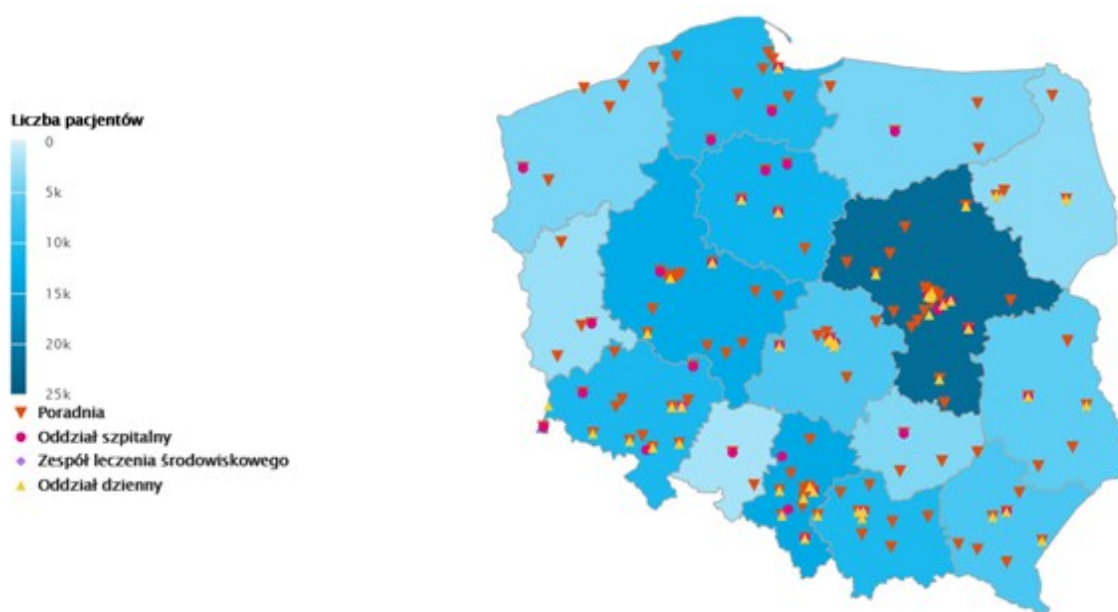
Większość (62,4%) porad zrealizowanych w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych dla dzieci to porady lekarskie. Psychoterapia indywidualna, porady psychologiczne czy oddziaływania grupowe/rodzinne były realizowane w małym stopniu, choć w stosunkowo nieco większym niż w przypadku poradni dla dorosłych. W niektórych powiatach porady były udzielane rzadziej niż od poniedziałku do piątku (np. powiat garwoliński – środy i czwartki, powiat proszowski – wtorki, czwartki, piątki), w niektórych zakres realizowanych porad był bardzo wąski (np. powiat bialski, powiat strzeliński – wyłącznie porady lekarskie). Oznacza to,

że nawet przy dostępności poradni na terenie danego powiatu może się okazać, że dostęp do leczenia oferowanego przez poradnię jest ograniczony.

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej

W przypadku leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży w 2019 r. wystąpił bardzo ograniczony dostęp do każdego z rodzajów form opieki.

Rysunek 163. Liczba ludności poniżej 18. roku życia oraz rozmieszczenie poszczególnych form leczenia w 2019 r.



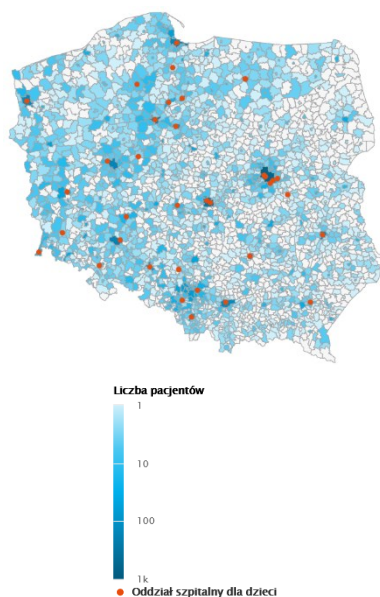
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

W całym kraju w 2019 r. występowały tylko trzy zespoły leczenia środowiskowego dla dzieci (w miastach Wrocław, Kraków oraz Żory). W województwie podlaskim nie było ani jednego oddziału szpitalnego. Niska dostępność do świadczeń opieki stacjonarnej dla dzieci mogła mieć wpływ na liczbę hospitalizacji dzieci z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych (ICD-10 od F00 do F99) na oddziałach przeznaczonych dla chorób somatycznych (39,16% wszystkich pacjentów) lub zaburzeniom psychicznym dorosłych (7,5% wszystkich pacjentów). Leczenie zaburzeń psychicznych u dzieci wymaga specjalistycznego podejścia. Brak postawienia szybkiej diagnozy oraz otrzymania opieki medycznej i psychoterapeutycznej może przedłużyć czas trwania choroby, w pewnych przypadkach uniemożliwiając powrót do zdrowia.

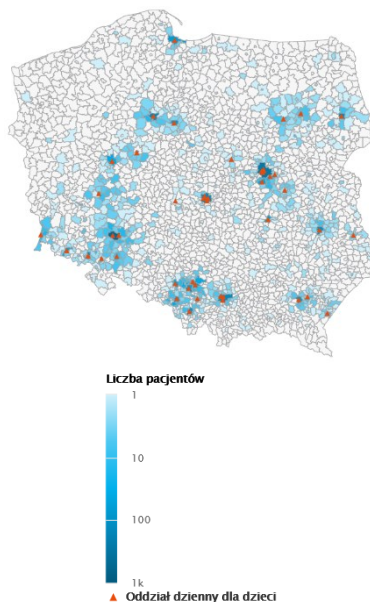
Żadna z form leczenia nie objęła zasięgiem pacjentów z całej Rzeczypospolitej Polskiej. Można uznać, że dostępność do świadczeń jest na tyle ograniczona, że część osób małoletnich nie miała możliwości hospitalizacji na oddziałach dla dzieci. 67,31% pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych w wieku 6-11 lat nie było hospitalizowanych w ośrodku dostosowanym do ich potrzeb. Istnieje możliwość, że nie wszystkie oddziały

psychiatryczne dla dzieci są dostosowane do udzielania świadczeń tak młodym pacjentom¹³¹. Podobnie jak w przypadku dorosłych, ze świadczeń na oddziałach dziennych oraz zespołów leczenia środowiskowego korzystali pacjenci zamieszkali blisko ich miejsca udzielania. Pacjenci objęci leczeniem środowiskowym dla dzieci zamieszkiwali jedynie 85 (3,4%) gmin w całym kraju.

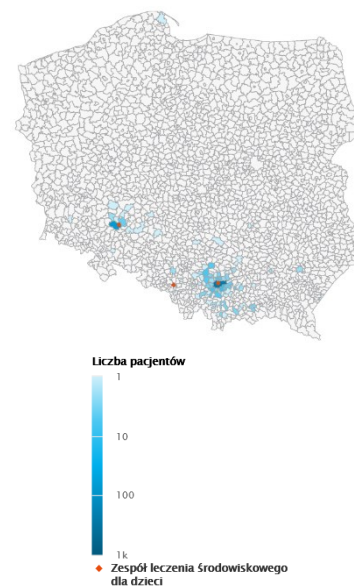
Rysunek 164. Liczba pacjentów leczonych na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci oraz rozmieszczenie gmin, w których znajdują się tego typu oddziały w 2019 r.



Rysunek 165. Liczba pacjentów leczonych na oddziałach dziennych dla dzieci oraz rozmieszczenie gmin, w których znajdują się tego typu oddziały w 2019 r.



Rysunek 166. Liczba pacjentów leczonych w zespołach leczenia środowiskowego dla dzieci oraz rozmieszczenie gmin, w których znajdują się ZLŚ dla dzieci w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

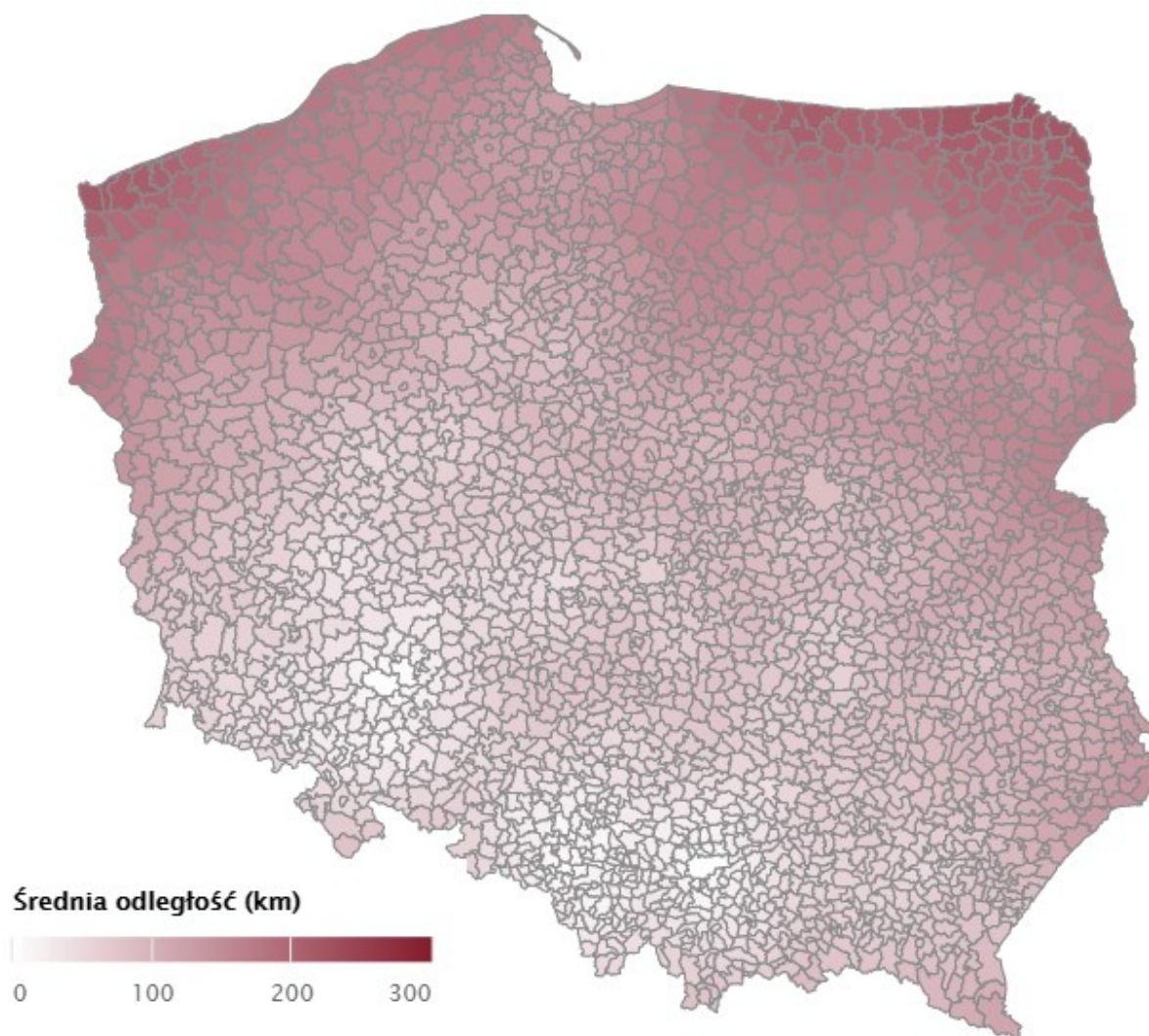
Niska dostępność do świadczeń powoduje, że część pacjentów małoletnich korzysta ze świadczeń dla dorosłych na oddziałach psychiatrycznych, w zespołach leczenia środowiskowego oraz w poradniach zdrowia psychicznego. MZ rekomenduje, aby takie sytuacje dotyczyły jedynie pacjentów powyżej 16 roku życia w jak najkrótszym okresie.

Dostęp do leczenia kompleksowego obejmującego trzy formy opieki: oddział dzienny, poradnię oraz ZLŚ jest zróżnicowany pod względem odległości dla mieszkańców różnych części kraju również w przypadku dzieci i młodzieży. 2 253 gminy są oddalone o ponad 30 km od miejsca, w którym jest możliwe uzyskanie kompleksowego leczenia, z czego 882 gmin

¹³¹ <https://www.termidia.pl/Psychiatria-dzieci-i-mlodziezy-w-Polsce,12,38418,0,0.html>, dostęp w dniu 01.03.2021 r.

o ponad 100 km. Najdalej (w odległości powyżej 220 km) położone są gminy: Wizajny (województwo podlaskie), Rutka-Tartak (województwo podlaskie), Dubeninki (warmińsko-mazurskie), oraz Gołdap (warmińsko-mazurskie).

Rysunek 167. Średnia odległość od miejsca zamieszkania pacjentów do świadczeniodawców umożliwiających leczenie kompleksowe trzema formami opieki w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

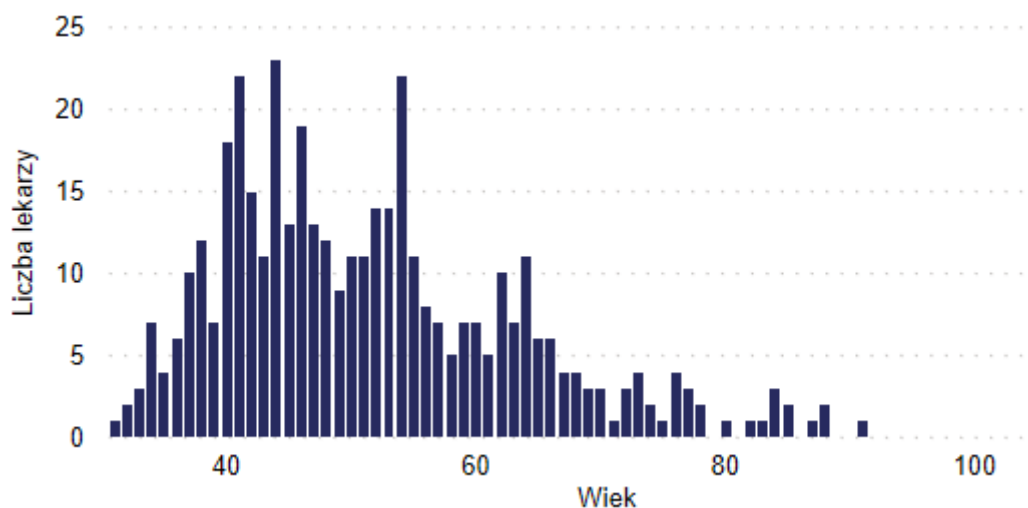
Lekarze specjaliści

Warto podkreślić sytuację kadrową w opiece psychiatrycznej dla dzieci. W całej Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. było 426 psychiatrów dziecięcych (7,7 na 100 tys. ludności w wieku 0-14 lat). Mediana w krajach UE w 2016 r. wyniosła 10 lekarzy ze specjalizacją w psychiatrii dziecięcej na 100 tys. ludności w wieku 0-14 lat.¹³² W województwach (opolskim, lubuskim, świętokrzyskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim

¹³² https://gateway.euro.who.int/en/indicators/cahb_survey_39-rate-of-practicing-child-psychiatrist-per-100000-population-aged-0-14-years/visualizations/#id=34022&tab=graph, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

i podkarpackim) liczba bezwzględna lekarzy nie przekraczała 15. Rekomendowana przez konsultantów krajowych liczba psychiatrów dziecięcych na 100 tys. ludności to 2,0, zaś rzeczywista wartość tego wskaźnika dla Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła 1,1.

Rysunek 168. Piramida wieku lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Najwięcej specjalistów w 2019 r. było w wieku 40-55 lat, średni wiek wynosił 51 lat. Piramida wieku lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży świadczy o starzeniu się grupy.

Kolejki

W poradniach i na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci czas oczekiwania na przyjęcie był stosunkowo wysoki, nawet w przypadkach pilnych. Niektórych rodzajów opieki dedykowanej dzieciom jest w całej Rzeczypospolitej Polskiej tak mało, że trudno jest poddawać analizie czasu oczekiwania – dla leczenia uzależnień czy zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci kolejki zostały sprawozdane tylko w niektórych miesiącach, dla pojedynczych świadczeniodawców.

Przeciętny czas oczekiwania dla przypadków stabilnych na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci zmieniał się na przestrzeni roku. Najwyższy przeciętny czas oczekiwania w 2019 r. zanotowano we wrześniu 121,7 dni, a najniższy w listopadzie – 60,7 dni. Dla przypadków pilnych czasy oczekiwania również były stosunkowo wysokie – najniższy czas oczekiwania odnotowano dla grudnia – 49,6 dni, a najwyższy w maju – 99,8 dni.

Na oddziałach dziennych psychiatrycznych dla dzieci przeciętny czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wyniósł 78,3 dni w styczniu, 102,6 w czerwcu i 64,6 dni w grudniu 2019 r. Na oddziałach dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci czas oczekiwania był dłuższy – wyniósł 474,7 dni w styczniu, 85 dni w czerwcu i 198 dni w grudniu 2019 r.

Czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci wyniósł 77,2 dni w styczniu 2019 r., 84,6 dni w czerwcu i 91,3 dni w grudniu. Czas oczekiwania w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci był zatem dłuższy niż w przypadku poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych. Nawet dla przypadków pilnych czas oczekiwania był wysoki – 64 dni w styczniu, 65,2 w czerwcu i 74 dni w grudniu.

Łóżka

W 2019 r. łączna liczba łóżek szpitalnych psychiatrycznych¹³³ oraz opieki długoterminowej psychiatrycznej¹³⁴, na oddziałach przeznaczonych dla dzieci wyniosła 1 283. Jeśli chodzi o opiekę stacjonarną leczenia uzależnień dla dzieci – łącznie w 2019 r. dostępnych było 20 łóżek w oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień dla dzieci, dostępne było także 1 891 łóżek w oddziałach/ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, które obejmują zarówno ośrodki dla młodzieży, jak i dorosłych. Jeśli chodzi o hostele, dostępne było 50 łóżek w hostelach dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci.

7.3. Podsumowanie

Podczas analizy opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień warto zwrócić uwagę na szacowane potrzeby zdrowotne, konieczność zwiększenia tempa wprowadzania reform, wyzwania w realizacji założeń systemu, wskaźniki odbiegające od standardów UE oraz trudności związane z oszacowaniem realnego stanu zdrowia psychicznego Polaków.

W 2019 r. ze świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień skorzystało łącznie 1,7 mln pacjentów (91% stanowiły osoby dorosłe). Pacjenci zamieszkali na wsi stanowili drugą grupę pod względem udziału, w podziale na miejsce zamieszkania (duże/średnie/małe miasto lub wieś).

W przypadku osób dorosłych przeważał udział kobiet (57%). Formy leczenia, które zostały udzielone pacjentom, różniły się w zależności od rozpoznań. W szpitalach najczęściej leczono osoby z rozpoznaniem schizofrenii oraz uzależnień, w izbach przyjęć z rozpoznaniem uzależnień i zaburzeń lękowych, w zakładach/oddziałach opieki długoterminowej osoby ze schizofrenią i zaburzeniami organicznymi, w poradniach psychologicznych/psychiatrycznych z zaburzeniami lękowymi, nastroju i organicznymi. W opiece stacjonarnej wystąpił znaczny udział przyjęć w trybie nagłym – 52% (na ogólnych oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych – 66%). Najdłuższe przeciętne czasy oczekiwania odnotowano w zakładach psychiatrycznej opieki długoterminowej, opiekuńczo-leczniczych, zespołach leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem, oddziałach psychogeriatrycznych, poradniach terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Na terenie kraju wystąpiło zróżnicowanie pod

¹³³ W tym Oddział Psychiatryczny (Ogólny) Dla Dzieci, Oddział Psychiatrii Sądowej O Wzmocnionym Zabezpieczeniu Dla Dzieci.

¹³⁴ W tym Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny Dla Dzieci, Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny Dla Dzieci.

względem migracji (najwyższy udział w województwie warmińsko-mazurskim, najniższy w małopolskim), trybów przyjęć w leczeniu stacjonarnym (tryb nagły 29% w województwie podkarpackim, 69% w mazowieckim) oraz przeciętnego czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala (w przypadkach stabilnych w czerwcu najwyższą wartość odnotowano w województwie łódzkim – 208,9 dni, a najniższą w zachodniopomorskim – 2,7 dni), a także poradni zdrowia psychicznego, ZLŚ.

Wśród pacjentów małoletnich przeważający udział stanowili chłopcy (62%). Na terenie kraju wystąpiło zróżnicowanie pod względem migracji (największy udział w województwie warmińsko-mazurskim, najmniejszy w dolnośląskim). Dostęp do świadczeń był znacząco ograniczony. Środowiskowy (domowy) model leczenia nie był z tego względu możliwy do zrealizowania (3 zespoły leczenia środowiskowego dla dzieci w całym kraju). Wysokiej liczbie pacjentów z rozpoznaniem z grupy zaburzeń psychicznych nie udzielono pomocy specjalistycznej. 148,81 tys. pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych było leczonych w ramach opieki psychiatrycznej, duża liczba pacjentów z powodu rozpoznania tych zaburzeń skorzystała jedynie ze świadczeń AOS (85,75 tys. pacjentów) albo POZ (53,07 tys. pacjentów). Wielu pacjentów małoletnich było leczonych na oddziałach i w poradniach przeznaczonych dla osób dorosłych.

Pod względem kadrowym występuje znaczne zapotrzebowanie na zwiększenie liczby lekarzy ze specjalizacją w psychiatrii i psychiatrii dziecięcej. W obydwu przypadkach ich liczba na 100 tys. ludności odbiega od średniej w krajach UE. W opiece psychiatrycznej udział mają specjaliści z różnych dziedzin. W 2018 r. według sprawozdań podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej (MZ-30) personel działalności podstawowej, poza lekarzami, to również: pielęgniarki (6,9 tys.), psychologowie (1,2 tys.), specjaliści psychoterapii uzależnień (0,9 tys.), instruktorzy terapii zajęciowej (0,2 tys.), terapeuci zajęciowi (0,7 tys.), pracownicy socjalni (0,2 tys.) oraz psychoterapeuci z certyfikatem (0,4 tys.).

W przypadku opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień znaczny udział posiada sektor usług prywatnych¹³⁵. Na brak zgłaszalności lub kontynuacji procesu leczenia w opiece zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych może mieć również wpływ stygmatyzacja społeczna. Z tego względu wartości chorobowości szpitalnej w publicznej opiece zdrowotnej mogą różnić się od rzeczywistych, a epidemiologia pod względem zaburzeń psychicznych pozostaje dalej na etapie badań.

7.4. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej – dorośli

Analiza wskazała globalne problemy zdrowia psychicznego Polaków. Najczęstszym rozpoznaniem wśród dorosłych w 2019 r. były zaburzenia lękowe. Pacjenci ze schizofrenią, mimo relatywnie niskiego udziału spośród wszystkich zaburzeń psychicznych, generowali

¹³⁵ <https://pulsmedycyny.pl/problemy-opieki-psychiatrycznej-w-polsce-analiza-rynkowa-968254>, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

największą liczbę osobodni w ramach opieki psychiatrycznej. Uzależnienia, przy niewiele wyższej liczbie pacjentów, generowały zarówno wysoką liczbę osobodni, jak i udzielonych porad. W 2019 r. system nastawiony był na opiekę szpitalną bez wystarczającego nacisku na opiekę środowiskową. Opisywana sytuacja uniemożliwia udzielenie odpowiedniej pomocy wskazanej pacjentom ze względu na potrzeby zdrowotne. W zakresie opieki psychiatrycznej, jednym z głównych celów wdrażania reform w oparciu o zasadę deinstytucjonalizacji jest przejście od opieki instytucjonalnej do opieki udzielanej w środowisku lokalnym opartej na świadczeniach dziennych lub ambulatoryjnych. Ograniczenie udzielania świadczeń w dużych instytucjach na rzecz świadczeń ambulatoryjnych daje możliwość lepszej koordynacji świadczeń oraz zmaksymalizowania efektów terapeutycznych.

Założenia systemu nie są w pełni realizowane dla dorosłych pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych w obrębie opieki psychiatrycznej. Pacjenci leczeni w warunkach stacjonarnych stanowili wysoki udział wszystkich w 2019 r. Występowała odwrotna proporcja typów udzielanych porad w stosunku do rekomendowanej – sprawozdano najwięcej porad lekarskich przy niskim udziale psychoterapii indywidualnej, porad psychologicznych czy oddziaływań grupowych/rodziny. Ponadto w opiece zdrowotnej występuje wysoki udział pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych, którym nie udzielono specjalistycznej opieki zdrowotnej (875 tys. w samym POZ przy ok. 1,5 mln pacjentów leczonych specjalistycznie).

Z uwagi na strukturę ludności, prognozy demograficzne oraz nieodwracalny proces starzenia się społeczeństwa wzrastać będzie zapotrzebowanie na opiekę psychogeriatryczną. W 2019 r. oddziały psychogeriatryczne dostępne były jedynie w 13 województwach.

W Polsce jest bardzo niska liczba lekarzy ze specjalizacją w psychiatrii na 100 tys. ludności. Psychiatria była 3. dziedziną w 2019 r. pod względem wartości różnicy rekomendowanej przez konsultanta krajowego wartości wskaźnika liczby lekarzy na 100 tys. ludności (20) od jego rzeczywistej wartości (10). Pod tym względem zajmujemy 27. miejsce wśród krajów UE. Średni wiek lekarzy w opisywanej specjalizacji jest wysoki i w 2019 r. wynosił 52 lata.

Trwają zmiany w systemie opieki psychiatrycznej dla dorosłych pacjentów. W ramach trzyletniego pilotażu CZP rozpoczętego w 2018 r., obszar jego działalności ma obejmować 34 powiaty lub aglomeracje w 2020 r. 54 kolejne spełniają całkowicie lub w znacznej mierze wymogi do otwarcia kolejnych CZP. Program przewiduje utworzenie 300 centrów, które swoimi obszarami odpowiedzialności obejmą teren całego kraju.

W przypadku leczenia uzależnień należących do behawioralnych czynników ryzyka w największym stopniu wpływających na DALY występuje ograniczony dostęp do leczenia specjalistycznego. Część województw nie ma na swoim terenie poradni ogólnych, antynikotynowych, uzależnień od alkoholu, od substancji psychoaktywnych lub hosteli dla osób uzależnionych.

7.5. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej – dzieci i młodzież

Do problemów globalnych wśród zaburzeń psychicznych opisywanej grupy w 2019 r. należały najczęściej rozpoznawane całościowe zaburzenia rozwojowe. Największą liczbę osobodni generowała względnie nieliczna grupa pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi nadużywaniem środków psychoaktywnych. Największa liczba hospitalizacji została sprawozdana przy zaburzeniach zachowania oraz emocji. Najczęściej występujące grupy rozpoznań różnią się w zależności od przedziału wiekowego. U najmłodszych pacjentów 0-11 lat najczęściej występowały całościowe zaburzenia rozwojowe. Pacjenci wymagają opieki we wszystkich formach. Do każdej z nich występował bardzo ograniczony dostęp (np. trzy zespoły leczenia środowiskowego dla dzieci na terenie całego kraju - we Wrocławiu, Krakowie oraz w Żorach).

Założenia systemu nie są realizowane dla małoletnich pacjentów z rozpoznaniami zaburzeń psychicznych w obrębie opieki psychiatrycznej w stopniu odpowiadającym potrzebom zdrowotnym. Żadna z form opieki nie objęła zasięgiem pacjentów z całego kraju. Można wnioskować, że w przypadku dzieci utrudniony (pod względem odległości) dostęp do każdej z czterech form opieki powodował, że część pacjentów na terenie kraju nie korzystała z danej formy opieki. Dostęp do kompleksowego leczenia psychiatrycznego jest znacząco bardziej utrudniony niż w przypadku dorosłych (średnia odległość od każdej z czterech form leczenia zapewniających kompleksową opiekę wyniosła więcej niż 30 km w ponad 2 tys. gmin). Nawet przy dostępności poradni na terenie danego powiatu dostęp do leczenia oferowanego przez poradnię na części terenów był ograniczony – porady nie były dostępne we wszystkie dni tygodnia lub zakres realizowanych świadczeń był bardzo wąski (obejmował wyłącznie jeden rodzaj porad).

W leczeniu stacjonarnym dzieci i młodzieży w 2018 r. wystąpiła dużo niższa liczba łóżek w przeliczeniu na liczbę pacjentów niż w przypadku dorosłych (10 w porównaniu z 23,7). Najgorszą sytuację odnotowano w przypadku leczenia uzależnień (41 łóżek w całym kraju). Skutkiem był wysoki udział leczenia zaburzeń psychicznych w innych niż przeznaczonych do tego oddziałach lub poradniach, widoczny m.in. wśród pacjentów najmłodszych (0-11 lat) na oddziałach pediatrycznych oraz na oddziałach psychiatrycznych i w poradniach dla dorosłych (poradnie dla dorosłych są drugą najczęściej udzielaną formą leczenia dzieciom i młodzieży). Brak hospitalizacji pacjentów w wieku 0-11 lat może świadczyć o niedostosowaniu oddziałów szpitalnych do hospitalizacji tak młodych pacjentów. Występuje zapotrzebowanie na otwarcie ośrodków leczenia na trzech poziomach referencyjności zgodnie z reformą psychiatrii dzieci i młodzieży zapoczątkowaną w 2020 r., czyli:

- ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej I poziomu referencyjnego, które mają być dostępne w każdym powiecie lub grupie powiatów,
- centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży II poziomu referencyjnego, w których dostępna będzie opieka psychiatryczna, w tym w ramach oddziału

dziennego, jeden ośrodek ma obejmować swoim obszarem działania kilka sąsiadujących ze sobą powiatów,

- ośrodków wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej III poziomu referencyjnego, co najmniej jednego w każdym województwie.

W Polsce występuje bardzo niska liczba lekarzy specjalistów z dziedziny psychiatrii dziecięcej, o dodatkowo wysokiej średniej wieku – 51 lat. W 2019 r. było 424 psychiatrów dziecięcych (7,7 na 100 tys. ludności w wieku 0-14 lat). Jest to wartość poniżej mediany w krajach UE w 2016 r., która wynosi 10.

7.6. Rekomendowane kierunki działań

- od kilku lat rozpoznawana słabość systemu w kwestii opieki psychiatrycznej, zarówno osób dorosłych, jak i małoletnich, zapoczątkowała zmiany, które należy kontynuować, zwiększając ich tempo. Rekomendowane jest otwarcie kolejnych CZP oraz wprowadzanie założeń reformy psychiatrii dzieci i młodzieży z nieodzowną koniecznością otwarcia nowych placówek leczenia we wszystkich formach;
- aby założenia systemu zostały realizowane dla pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych w obrębie opieki psychiatrycznej w stopniu odpowiadającym potrzebom zdrowotnym, należy określić standardy udzielanych świadczeń;
- należy promować kształcenie lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dziecięcej oraz psychiatrii dorosłych;
- ze względu na konieczną kontynuację reformy psychiatrii zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów oraz zwiększenie dostępności do świadczeń, rekomendowane jest zwiększenie nakładów finansowych na psychiatryczną opiekę zdrowotną w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia.

8. Rehabilitacja medyczna

Zgodnie z definicją WHO rehabilitacja jest to zestaw interwencji koniecznych, gdy dana osoba doświadcza lub może doświadczyć ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu z powodu starzenia się lub stanu zdrowia, w tym chorób przewlekłych oraz zaburzeń, urazów lub przeżyć. Przykłady ograniczeń w funkcjonowaniu obejmują trudności w myśleniu, widzeniu, słyszeniu, komunikacji, poruszaniu się, utrzymywaniu relacji lub utrzymywaniu pracy. Rehabilitacja umożliwi osobom w każdym wieku utrzymanie lub powrót do codziennych czynności, pełnienie znaczących ról życiowych i maksymalizację ich dobrostanu.

Poza niezaprzeczalną korzyścią dla pacjenta proces ten wpływa także na zmniejszenie obciążenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (wcześniejsze zakończenie zwolnienia lekarskiego) oraz na zwiększenie PKB (wcześniejszy powrót do pracy lub większa wydajność pracownika dotkniętego schorzeniem).

Z analiz AOTMiT wynika, że w rehabilitacji ambulatoryjnej zaburzona jest proporcja pomiędzy liczbą zabiegów fizykoterapii (71%) i kinezyterapii (21%)¹³⁶ – udział tej drugiej, zdaniem AOTMiT, powinien być znacznie większy. Jednocześnie aż 56,8% pacjentów rozpoczynających fizjoterapię w pierwszej połowie 2019 r. nie uzyskała zabiegów kinezyterapii.

Prognozowany jest wzrost zapotrzebowania na fizjoterapię ambulatoryjną, związany ze zmianami demograficznymi – zwiększająca się liczbą ludności w wieku poprodukcyjnym (powyżej 60/65 lat). Przełoży się to na wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.

Kolejnym wyzwaniem jest starzejąca się kadra. Obecnie średni wiek lekarzy specjalistów wynosi około 55 lat i jest zbyt mała liczba lekarzy po studiach medycznych podejmujących tę specjalizację w trybie rezydenckim, co nie rokuje dobrze¹³⁷.

Rehabilitację charakteryzuje długi czas oczekiwania, co jest szczególnie ważne w przypadku pacjentów po ostrych incydentach chorobowych lub urazach. Tacy pacjenci ze względu na swój stan zdrowia powinni w możliwie najkrótszym czasie uzyskać świadczenie rehabilitacyjne gwarantujące skuteczność wcześniej wykonanych procedur zabiegowych.

Ograniczeniem poniższej analizy jest brak danych na temat liczby pacjentów oraz liczby świadczeń w sektorze prywatnym, w związku z czym opiera się ona głównie na danych pochodzących z NFZ. Sprawozdanie ZD-3 wypełniają podmioty lecznicze/zakłady lecznicze, w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą obejmującą wyłącznie porady udzielone przez lekarzy, lekarzy dentyistów i psychologów. W związku z tym w sprawozdaniach nie są uwzględnione zabiegi udzielane przez fizjoterapeutów, które

¹³⁶ Opracowanie AOTMiT na danych NFZ z pierwszej połowy 2019 r.

¹³⁷ Raport Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej z dnia 30 marca 2019 r.

stanowią przeważającą grupę świadczeń ambulatoryjnych w ramach rehabilitacji w sektorze publicznym (98%).

Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej wskazuje, że obecnie brakuje świadczeń z rehabilitacji leczniczej przeznaczonych dla pacjentów z chorobą nowotworową. Pacjenci z tym problemem oczekują na świadczenia z rehabilitacji leczniczej wraz z innymi pacjentami, gdyż nie mają wyodrębnionego zakresu rehabilitacji onkologicznej. Z kolei z opracowania AOTMiT¹³⁸ wynika, że brakuje specyficznych warunków realizacji świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci – w ramach zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym oraz stacjonarnym warunki świadczeń nie różnicują się ze względu na specyfikę świadczeń udzielanych na rzecz dzieci i dorosłych. W dotychczasowej praktyce zawierania umów świadczeniodawcy deklarujący udzielanie świadczeń dla dzieci muszą spełniać wymagania takie, jak dla świadczeń udzielanych pacjentom dorosłym¹³⁹.

Rehabilitacja jest istotna w leczeniu wielu schorzeń. Zgodnie z pierwszym punktem wytycznych postępowania rehabilitacyjnego u chorych na RZS i zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji główną zasadą rehabilitacji chorych na RZS i ZZSK jest kompleksowość postępowania, to jest łączenie fizykoterapii, kinezyterapii, zaopatrzenia ortopedycznego, edukacji oraz zaspokajania potrzeb psychologicznych. Z kolei zgodnie z zaleceniami *European Stroke Initiative* wskazuje się wczesne podjęcie rehabilitacji po przebytych udarze, która jest kluczowym elementem opieki na oddziale udarowym. Wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego mówią o tym, że każdy pacjent z udarem mózgu powinien być hospitalizowany na oddziale udarowym zapewniającym kompleksową opiekę i rehabilitację. Zalecenia *American College of Physicians* (2017) mówią, że przy leczeniu bólu krzyżowego odcinka kręgosłupa pierwszą opcją powinno być leczenie niefarmakologiczne – zaleca się rehabilitację multidyscyplinarną, ćwiczenia kontroli motorycznej, jogę, ćwiczenia relaksujące. Z analiz Ministerstwa Zdrowia przeprowadzonych w ramach pięciu problemów zdrowotnych wynika z kolei, że rehabilitacja odgrywa istotną rolę w procesie terapeutycznym w przypadku chorób kardiologicznych np. niewydolności serca. Zaobserwowano, że chorzy z niewydolnością serca objęci rehabilitacją leczniczą mają wyższe prawdopodobieństwo 5-letnich przeżyć (83,9%) w porównaniu do pacjentów, którzy nie skorzystali ze świadczeń rehabilitacyjnych (59,4%).

Rehabilitacja w systemie ochrony zdrowia, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jest realizowana w warunkach dziennych, stacjonarnych, domowych oraz ambulatoryjnych. W przypadku warunków dziennych i stacjonarnych rozliczana jest ona osobodniami, natomiast w przypadku warunków domowych i ambulatoryjnych wyróżnia się następujące świadczenia:

¹³⁸ *Koncepcja zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, AOTMiT, Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej, nr AOTMiT-WS.434.1.2016.

¹³⁹ *Ibidem*.

- Porada lekarska rehabilitacyjna¹⁴⁰,
- Wizyta fizjoterapeutyczna¹⁴¹,
- Zabieg fizjoterapeutyczny¹⁴².

Warunki kwalifikacji oraz maksymalny czas trwania rehabilitacji określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265). W celu uzyskania świadczeń rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych pacjent potrzebuje tylko skierowania od dowolnego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Rehabilitacja w warunkach domowych jest świadczeniem gwarantowanym udzielanym pacjentom z zaburzeniami funkcji motorycznych spowodowanymi ogniskowymi uszkodzeniami mózgu, ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego, uszkodzeniem rdzenia kręgowego, chorobami przewlekłe postępującymi (w szczególności miopatiami, chorobą Parkinsona, zapaleniem wielomięśniowym, rdzeniowym zanikiem mięśni, guzami mózgu, procesami demielinizacyjnymi, kolagenozami, przewlekłymi zespołami pozapiramidowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów), chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych, złamaniami, obrażeniami i amputacjami kończyn dolnych oraz po zabiegach endoprotezoplastyki stawu, a także osobom w stanie wegetatywnym lub apalicznym.

Rehabilitacja w ośrodku/oddziale dziennym przysługuje pacjentowi, którego stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego.

Wyróżniane są następujące rodzaje rehabilitacji w warunkach stacjonarnych:

- ogólnoustrojową (trwającą do 6 tygodni; przez 6 dni w tygodniu; udzielanych jest średnio 5 rodzajów zabiegów dziennie),

¹⁴⁰ Porada lekarska rehabilitacyjna – świadczenie gwarantowane udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez lekarza specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej. Uwzględniono następujące kody produktu: 5.11.00.0000001, 5.11.00.0000002, 5.11.00.0000005, 5.11.00.0000006, 5.11.00.0000007.

¹⁴¹ Wizyta fizjoterapeutyczna - świadczenie gwarantowane obejmujące ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii oraz udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego. Uwzględniono następujące kody produktu: 5.11.00.0000003, 5.11.00.0000004.

¹⁴² Zabieg fizjoterapeutyczny – świadczenie gwarantowane udzielane w cyklach odpowiadających potrzebom zdrowotnym świadczeniobiorcy objętego leczeniem rehabilitacyjnym lub fizjoterapeutycznym. Uwzględniono wszystkie pozostałe kody produktu.

- pulmonologiczną (czas trwania dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 3 tygodni; usprawnianie 6 dni w tygodniu w cyklach przed- i popołudniowych; średnio 5 zabiegów dziennie),
- kardiologiczną (zależnie od stanu pacjenta trwającą od 2 do 5 tygodni bez przerwy; usprawnianie przez 6 dni w tygodniu),
- kardiologiczną po zawale mięśnia sercowego (czas trwania maksymalnie 35 dni na oddziale rehabilitacji stacjonarnej z możliwością realizacji części osobodni w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego rehabilitacji lub telerehabilitacji, przy czym zakończenie realizacji świadczenia następuje w okresie nieprzekraczającym 90 dni kalendarzowych),
- neurologiczną (warunki zależne od rodzaju schorzenia),
- leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Skierowanie na rehabilitację w warunkach stacjonarnych wystawia lekarz poradni lub oddziału o odpowiedniej specjalności.

Świadczeniami zbliżonymi do rehabilitacji jest lecnictwo uzdrowiskowe, które jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego pomagające pacjentowi odzyskać sprawność po chorobie lub wypadku. Wykorzystuje ono właściwości naturalnych surowców leczniczych, klimatu oraz mikroklimatu. Takiemu leczeniu towarzyszą także zabiegi fizjoterapeutyczne. W niniejszym dokumencie uwzględniono tylko świadczenia rehabilitacji leczniczej bez lecnictwa uzdrowiskowego.

Rehabilitacja lecznicza w Rzeczypospolitej Polskiej finansowana jest z następujących źródeł:

- NFZ,
- ZUS,
- KRUS,
- PFRON,
- jednostki samorządu terytorialnego,
- prywatne środki pacjentów.

Spśród wszystkich wydatków publicznych przeznaczonych na ten cel w 2016 r. (uwzględniając NFZ, ZUS i KRUS) 91,8% zostało sfinansowanych przez NFZ, 7,1% przez ZUS i 1,1% przez KRUS¹⁴³. Wydatki ZUS na rehabilitację są realizowane w ramach programu

¹⁴³ *Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, AOTMiT, Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej, nr AOTMiT-WS.434.1.2016.

prewencji rentowej – w 2017 r. zostało nim objętych 88,8 tys. ubezpieczonych (o 3,4 tys. osób więcej niż w 2016 r.)¹⁴⁴.

Niniejszy dokument powstał na podstawie danych sprawozdawanych do NFZ, a więc nie uwzględnia rehabilitacji finansowanej z pozostałych źródeł. Zgodnie z planem finansowym NFZ wydatki na rehabilitację mają rosnąć – z 2,52 mld PLN w 2018 r. do 2,86 mld PLN w 2019 r. (+13,7% r/r) oraz 2,88 mld PLN w 2020 r. (+0,5% r/r). Jednocześnie nie zmienia się udział kosztów rehabilitacji w całkowitych kosztach świadczeń opieki zdrowotnej i pozostaje na poziomie 3,1-3,2%. Nakłady na rehabilitację ambulatoryjną wynoszą około 900 mln PLN rocznie¹⁴⁵.

Zgodnie ze sprawozdaniami finansowymi NFZ wydatki na rehabilitację mają rosnąć z 2,2 mld PLN w 2015 r. do 2,99 mld PLN w 2019 r.¹⁴⁶ oraz 3,05 mld PLN w 2020 r.¹⁴⁷, przy czym największy wzrost został odnotowany w 2019 r. Mimo to nie zaobserwowano znaczącej zmiany liczby rehabilitowanych pacjentów, liczby zabiegów fizjoterapeutycznych ani struktury zabiegów. Wzrosła natomiast skokowo liczba wizyt fizjoterapeutycznych, co jest związane z rozszerzeniem uprawnień fizjoterapeutów.

Tabela 38. Wydatki na rehabilitację leczniczą według planów finansowych NFZ.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kwota [mln PLN]	2 203	2 236	2 384	2 498	2 987	3 052
Zmiana [r/r]	–	+1,50%	+6,62%	+4,78%	+19,58%	+2,18%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Zgodnie z danymi OECD148 na temat wydatków na leczenie oraz rehabilitację szpitalną łączne wydatki w Rzeczypospolitej Polskiej (prywatne i państwowe) przeznaczone na ten cel stale rosły – w 2010 r. wynosiły 821 PLN na mieszkańca, a w 2017 r. już 1 170 PLN.

Natomiast jeśli spojrzymy na łączne wydatki w skali kraju odniesione do PKB, to utrzymują się one w tych latach na stałym poziomie pomiędzy 2,1% i 2,2%. Wskaźnik ten jest równy medianie wśród wszystkich krajów OECD (z wyłączeniem Izraela, Australii i Japonii – brak danych). Najmniejsze wydatki na rehabilitację stacjonarną w odniesieniu do PKB są na Litwie

¹⁴⁴ Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2017 roku w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji, ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych, Warszawa 2019.

¹⁴⁵ AOTMiT.

¹⁴⁶ Dane za lata 2015-2019 na podstawie sprawozdań finansowych NFZ.

¹⁴⁷ Dane za 2020 r. na podstawie planu finansowego NFZ (Zarządzenie Prezesa NFZ nr 130/2020/DEF z dnia 25 sierpnia 2020 r.).

¹⁴⁸ <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

(1,1%), w Luksemburgu (1,4%) i Estonii (1,5%), natomiast najwyższe w Austrii (3,4%), Grecji (3,3%) i we Francji (3,1%).

OECD zbiera także dane o wydatkach na leczenie oraz rehabilitację ambulatoryjną – te w Polsce także rosły z 526 PLN na mieszkańca w 2010 r. do 969 PLN w 2017 r. Wydatki łączne na rehabilitację ambulatoryjną w Polsce w odniesieniu do PKB w latach 2010-2014 utrzymywały się na poziomie 1,4%, w latach 2015-2016 wyniosły 1,5%, a w 2018 r. wzrosły do 1,8%. Mediana tego wskaźnika wśród państw OECD (z wyłączeniem Izraela, Australii i Japonii - brak danych) w 2018 r. wyniosła 2,2%, a więc o 0,4 punktu procentowego więcej niż w Rzeczypospolitej Polskiej. Najmniejsza wartość była na Litwie (1,3%), w Irlandii (1,4%) i Grecji (1,5%), natomiast najwyższa w Szwajcarii (3,5%), Portugalii (3,7%) i USA (7,7%).

Według danych Eurostatu za 2017 r.¹⁴⁹ w Rzeczypospolitej Polskiej było 385 licencjonowanych fizjoterapeutów na 100 tys. ludności. Najlepiej pod tym względem wygląda Islandia (752), a najgorzej Rumunia (284). W krajach o najbardziej zbliżonym SDI do Rzeczypospolitej Polskiej wskaźnik ten wygląda następująco: Estonia – 506, Łotwa – 618, Malta – 513, Słowacja – brak danych, Węgry – 568, Włochy – 655. Nie są dostępne dane o średniej wartości oraz medianie tego wskaźnika w całej UE, ponieważ dla wielu krajów brakuje danych.

8.1. Analiza rehabilitacji

Charakterystyka pacjentów w rehabilitacji

W Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. było rehabilitowanych 3,34 miliona pacjentów w ramach NFZ. Wśród nich znaczną większość stanowiły kobiety (64,8%) oraz osoby mieszkające w miastach (69,3%). Ponadto 10% pacjentów stanowiły osoby w wieku 0-17 lat, 51,9% w wieku 18-64 lata i 38,1% w wieku od 65 lat wzwyż. 76,6 % wszystkich rehabilitowanych pacjentów nie miało wydanego orzeczenia o niepełnosprawności, 5% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 11,2% w stopniu umiarkowanym, 5,5% w stopniu znacznym oraz 1,7% stanowiły osoby z niepełnosprawnościami do 16. roku życia.

¹⁴⁹ <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00167/default/table?lang=en>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

Tabela 39. Struktura demograficzna pacjentów.

Przedziały wiekowe	Liczba pacjentów:				Łącznie [tys.]
	w świadczeniach dziennych [tys.]	w świadczeniach stacjonarnych [tys.]	w świadczeniach domowych [tys.]	w świadczeniach ambulatoryjnych [tys.]	
0-17	119,36	19,36	0,61	231,35	334,27
18-64	118,24	81,10	12,86	2 622,95	1 730,68
65 lat wzwyż	93,00	124,08	35,03	1 137,70	1 272,54

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Zgodnie z raportem konsultanta krajowego z dziedziny rehabilitacji medycznej z 2019 r., choroby i urazy układu nerwowego i narządu ruchu będą dominować w starzejącym się społeczeństwie. Kolejny element zwiększający niepełnosprawność w Polsce będą stanowiły nowotwory. Jak podaje Krajowy Rejestr Nowotworów z roku na rok liczba zachorowań na nowotwory złośliwe rośnie. W 2017 r. na nowotwory złośliwe zachorowało 164,9 tys. osób (82,5 tys. mężczyzn i 82,4 tys. kobiet). Szacuje się, że psychofizyczne następstwa leczenia nowotworów są przyczyną obniżenia jakości życia u około 70% chorych¹⁵⁰.

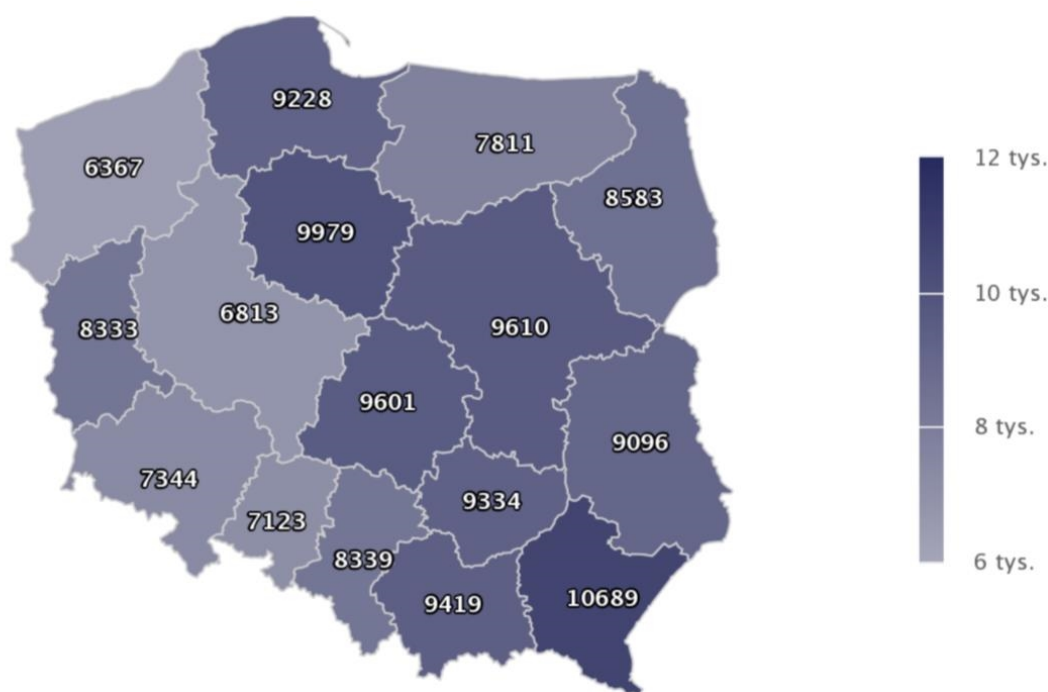
Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zaburzeniom czynnościowym lub przywracania sprawności psychofizycznej po leczeniu nowotworów złośliwych jest fizjoterapia. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej rehabilitacja powinna być integralną formą wsparcia leczenia onkologicznego dostępną dla wszystkich chorych leczonych z powodu nowotworów złośliwych (niezależnie od rodzaju, stopnia zaawansowania, metody i etapu terapii). Dodatkowo należy dążyć do jej zapewnienia jeszcze przed rozpoczęciem aktywnego leczenia onkologicznego, a nie po jego zakończeniu, co znacznie zmniejsza ryzyko powikłań i zaburzeń oraz zwiększa szansę szybszego powrotu chorych do pełnej aktywności. Jak wskazuje Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, rehabilitację onkologiczną powinna również cechować ciągłość, zakładająca kontynuację rehabilitacji nawet przez całe życie chorych i objęcie nią okresu szpitalnego oraz

¹⁵⁰ M. Woźniewski, *Fizjoterapia w onkologii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012.

poszpitalnego wczesnego (sanatoryjnego) i późnego (ambulatoryjnego), co zmniejsza ryzyko nawrotu zaburzeń czynnościowych, które są groźne nawet wiele lat po zakończeniu leczenia¹⁵¹.

Wystąpiły bardzo znaczące różnice w liczbie rehabilitowanych pacjentów na 100 tys. ludności pomiędzy województwami – najwięcej jest w województwie podkarpackim (10 689), kujawsko-pomorskim (9 979) i mazowieckim (9 610), a najmniej w zachodniopomorskim (6 367, o 40% mniej niż w podkarpackim), wielkopolskim (6 813) i opolskim (7 123). Ponadto obserwuje się większą liczbę rehabilitowanych pacjentów na 100 tys. ludności w miastach na prawach powiatu niż poza nimi, np. m. Wrocław – 8 939, pow. wrocławski – 4 673; m. Toruń – 11 311, pow. toruński – 6 823 itd. Oznacza to, że pacjenci mieszkający w dużych miastach są częściej rehabilitowani.

Rysunek 169. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w województwach w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w Rzeczypospolitej Polskiej trafiali na rehabilitację, wyróżnia się¹⁵²: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (78%), choroby układu nerwowego (15,3%), choroby układu krążenia (1,5%), inne choroby niezakaźne (0,9%), nowotwory (0,7%) oraz przewlekłe choroby układu oddechowego (0,6%). Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że na rehabilitację trafiało bardzo mało pacjentów

¹⁵¹ Zalecenia Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w zakresie rehabilitacji.

http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_19_Rehabilitacja_chorych_na_nowotwory_2014_0807.pdf, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

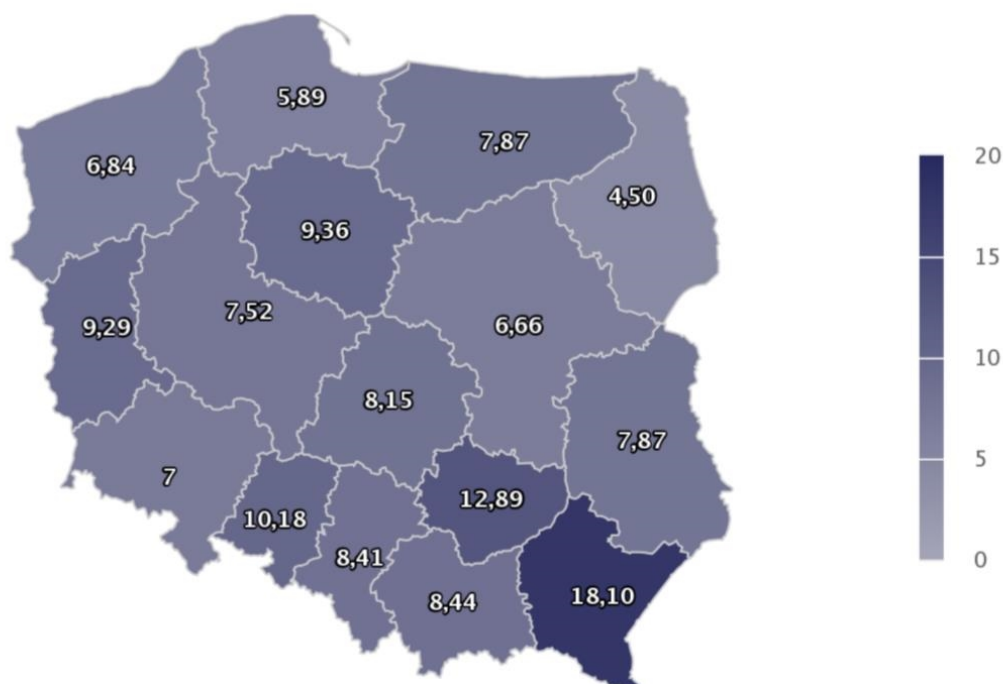
¹⁵² Kategorie rozpoznań na podstawie GBD.

(w stosunku do liczby chorych) z chorobami układu krążenia oraz z nowotworami – w 2019 r. było to odpowiednio 44,2 tys. oraz 21,9 tys.

Analiza świadczeniodawców

W 2019 r. na terenie kraju funkcjonowało 3 212 świadczeniodawców, którzy sprawozdawali świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej. Według danych 440 świadczeniodawców realizowało świadczenia w warunkach stacjonarnych, 529 w warunkach domowych, 839 w dziennych i 2 629 w ambulatoryjnych.

Rysunek 170. Liczba ośrodków udzielających świadczeń w ramach rehabilitacji na 100 tys. ludności - dowolny rodzaj świadczeń.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

W latach 2016-2019 zwiększyła się liczba ośrodków udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji z 2 897 do 3 212 (+11%). Wzrost został odnotowany we wszystkich rodzajach rehabilitacji: domowej (z 63 do 529, wzrost ponad ośmiokrotny), ambulatoryjnej (z 2 536 do 2 629; +3,7%), dziennej (z 751 do 839; +11,7%) oraz stacjonarnej (z 386 do 440; +14%).

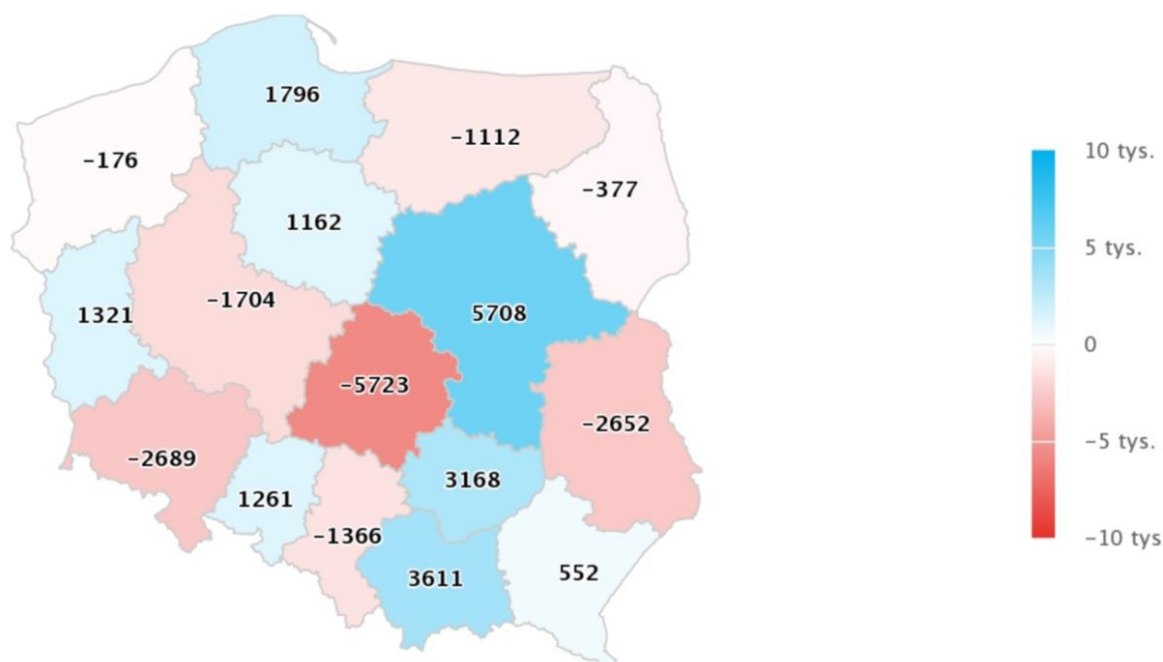
Migracje pacjentów

Saldo migracji dla danego obszaru to różnica pomiędzy liczbą pacjentów z innych obszarów leczonych w danym obszarze a liczbą pacjentów z tego obszaru leczonych w innym obszarze. Saldo migracji większe od zera oznacza, że jest więcej pacjentów zamieszkujących inne obszary leczących się w tym obszarze niż zamieszkujących ten obszar leczących się poza nim. Niskie saldo migracji może wskazywać na słabą dostępność rehabilitacji.

W 2019 r. saldo migracji było najwyższe w województwie mazowieckim (+5 708), małopolskim (+3 611) i świętokrzyskim (+3 168), a najniższe w łódzkim (-5 723), dolnośląskim (-2 689) i lubelskim (-2 652). Warto zwrócić uwagę, że liczba rehabilitowanych pacjentów na 100 tys. ludności nie zawsze pokrywa się z saldem migracji – w szczególności wśród pacjentów mieszkających w województwie łódzkim jest stosunkowo dużo osób rehabilitowanych (czwarty wynik w Polsce), a saldo migracji jest tam najniższe.

Obserwuje się migracje pacjentów do miast na prawach powiatów z ich obrzeży, np. saldo migracji dla m. Wrocław wyniosło +5 118, a dla pow. wrocławskiego -4 197; dla m. Toruń +3 289, a dla pow. toruńskiego -3 341 itd. Oznacza to centralizację ośrodków w dużych miastach.

Rysunek 171. Saldo migracji – dowolny rodzaj świadczeń.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Prognozy liczby pacjentów i świadczeń

Zarówno w Rzeczypospolitej Polskiej, jak i na całym świecie, obserwuje się postępujący proces starzenia się społeczeństwa. Polityka zdrowotna musi być przygotowana na wszelkie następstwa wynikające z niepokojących prognoz demograficznych również w zakresie rehabilitacji leczniczej. W 2019 r. ze świadczeń rehabilitacyjnych w ramach umów z NFZ skorzystało 6,3% ludności w wieku produkcyjnym (1,44 mln osób) oraz 18,6% ludności w wieku poprodukcyjnym (1,56 mln osób). Wśród wszystkich rehabilitowanych, osoby w wieku produkcyjnym stanowiły 43,2%, a osoby w wieku poprodukcyjnym 46,8%.

Prognoza została przygotowana na podstawie zmian liczebności ludności względem płci i grup wiekowych oszacowanej przez GUS i zakłada utrzymanie obecnego poziomu świadczeń

na poziomie kraju do 2050 r. Prognozuje się wzrost liczby rehabilitowanych pacjentów spowodowany zmianami demograficznymi o 4,5% do 2025 r., o 6,4% do 2030 r. i o 7,1% do 2040 r. względem 2019 r. Po tym okresie prognozowane jest ustabilizowanie się liczby pacjentów – liczba osób w wieku powyżej 60 lat będzie nadal rosła, ale zmniejszy się liczba osób poniżej 60. roku życia (w szczególności w grupie 40-59 lat), która także stanowi znaczący udział wśród wszystkich osób rehabilitowanych. W przypadku rehabilitacji w warunkach stacjonarnych prognozowany jest jednolity wzrost liczby pacjentów, który w 2050 r. osiągnie ponad 25% względem 2019 r. Jest to spowodowane faktem, że przeważają tam osoby starsze.

Tabela 40. Prognoza zmiany liczby rehabilitowanych pacjentów

Prognoza zmiany liczby rehabilitowanych pacjentów względem 2019 r.	2025	2030	2040	2050
Ogółem	+4,5%	+6,4%	+7,1%	+7,0%
W warunkach ambulatoryjnych	+4,6%	+6,4%	+7,0%	+6,5%
W warunkach stacjonarnych	+8,3%	+13,0%	+18,6%	+25,3%
W warunkach dziennych	+1,7%	+0,6%	-1,9%	-2,7%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

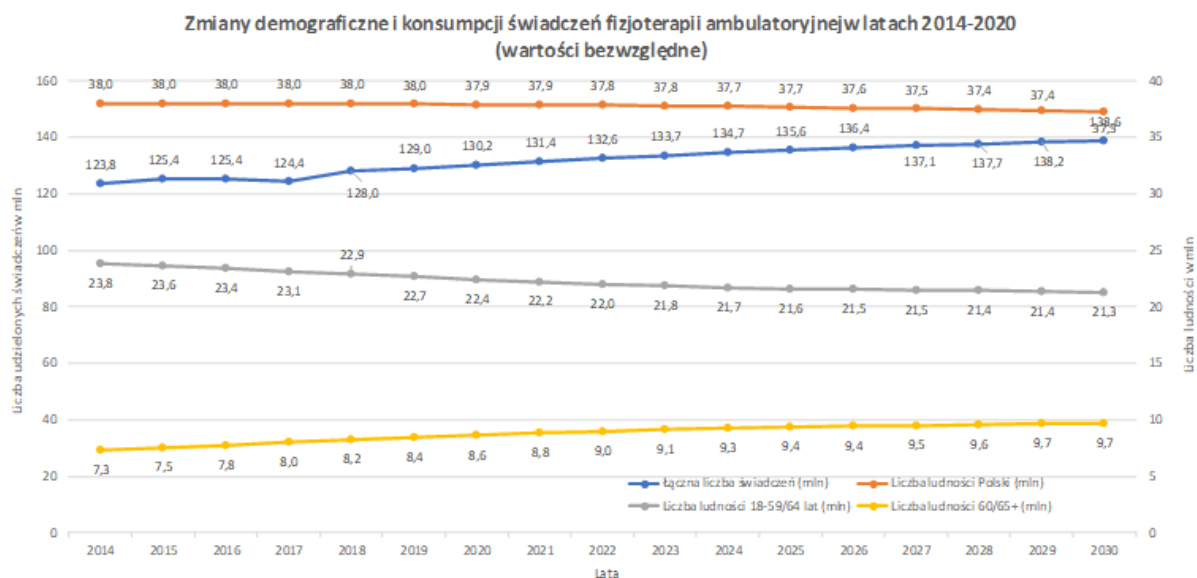
Ograniczenia metodyczne prognozy liczby pacjentów

Dla rehabilitacji w warunkach domowych nie została przygotowana prognoza, ponieważ ta gałąź rehabilitacji aktualnie dynamicznie się rozwija i wpływ samych zmian demograficznych na przyszłą liczbę pacjentów jest bardzo mały w stosunku do zachodzących zmian strukturalnych. Prognoza zakłada, że udział osób rehabilitowanych w poszczególnych grupach wiekowych i płciach pozostanie niezmienny, a więc nie uwzględnia zmian wprowadzonych po 2019 r. lub planowanych do wprowadzenia w systemie rehabilitacji w Polsce w nadchodzących latach. Ponadto szacowanie liczby pacjentów w kolejnych latach przy założeniu utrzymania obecnego poziomu świadczeń (z 2019 r.) nie uwzględnia niezaspokojonych potrzeb osób oczekujących na udzielenie świadczenia rehabilitacyjnego.

Zgodnie z analizami AOTMiT, w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej prognozuje się wzrost zapotrzebowania na tego rodzaju świadczenia związany ze zmianami demograficznymi – zwiększająca się liczba ludności w wieku poprodukcyjnym (powyżej 60/65 lat) o 0,8 mln do 2025 r. i o 1,1 mln do 2030 r. Przełoży się to na wzrost zapotrzebowania na fizjoterapię ambulatoryjną odpowiednio o 5,4 i 8,4 mln świadczeń. Jeżeli nie zostaną podjęte żadne

kroki, to do 2030 r. trzeba będzie zwiększyć liczbę udzielanych świadczeń w rehabilitacji ambulatoryjnej o 8,3% względem 2019 r.¹⁵³.

Rysunek 172. Liczba świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej oraz liczba ludności – dane historyczne (2014-2018) oraz prognoza (2019-2030).



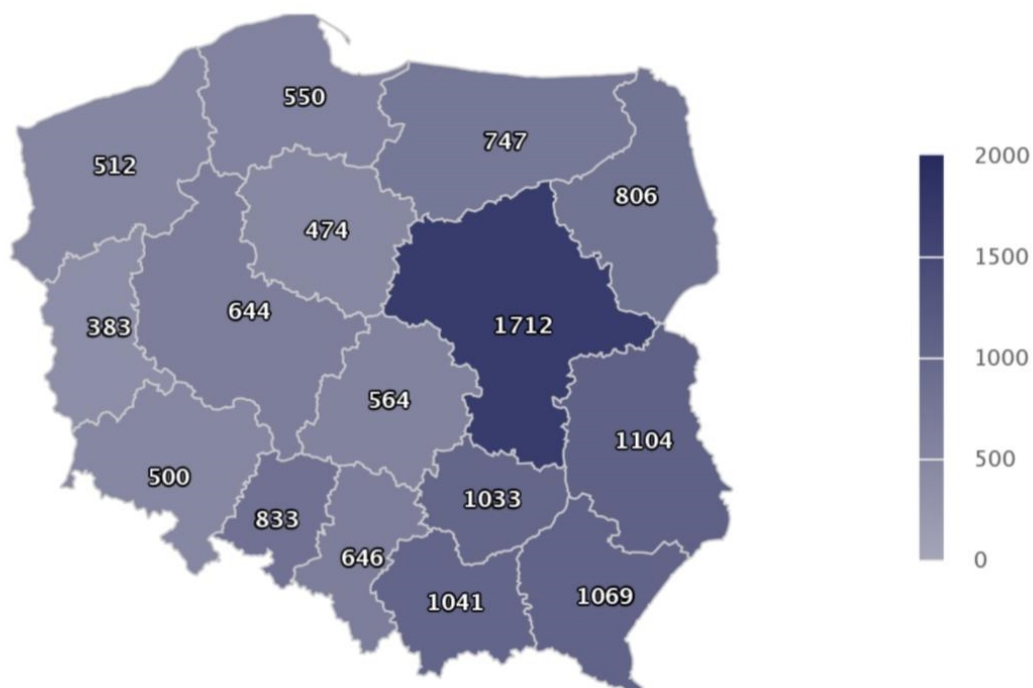
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

8.1.1. Świadczenia dzienne

Ze świadczeń w ramach rehabilitacji w warunkach dziennych skorzystało 330,61 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 861. Najwięcej pacjentów na 100 tys. ludności odnotowano w województwie mazowieckim (1 712), lubelskim (1 104) i małopolskim (1 041), najmniej zaś w województwie lubuskim (383), kujawsko-pomorskim (474) i dolnośląskim (500).

¹⁵³ opracowanie AOTMiT na podstawie danych NFZ oraz GUS.

Rysunek 173. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności, którym udzielono świadczenia w ramach rehabilitacji dziennej względem miejsca zamieszkania pacjenta.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Wśród pacjentów w rehabilitacji dziennej 36,1% stanowiły osoby w wieku poniżej 18 lat, 35,8% w wieku 18-64 lata i 28,1% w wieku od 65 lat wzwyż. Kobiety stanowiły 57,1%, natomiast mieszkańcy miast 75,4%. 69% pacjentów nie posiadała orzeczenia o niepełnosprawności, 4,3% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 11,6% w stopniu umiarkowanym i 5,1% w stopniu znacznym, natomiast 9,9% stanowiły dzieci z niepełnosprawnościami do 16. roku życia. W przypadku każdego zakresu wystąpiły znaczące różnice w liczbie realizowanych świadczeń pomiędzy województwami, w szczególności:

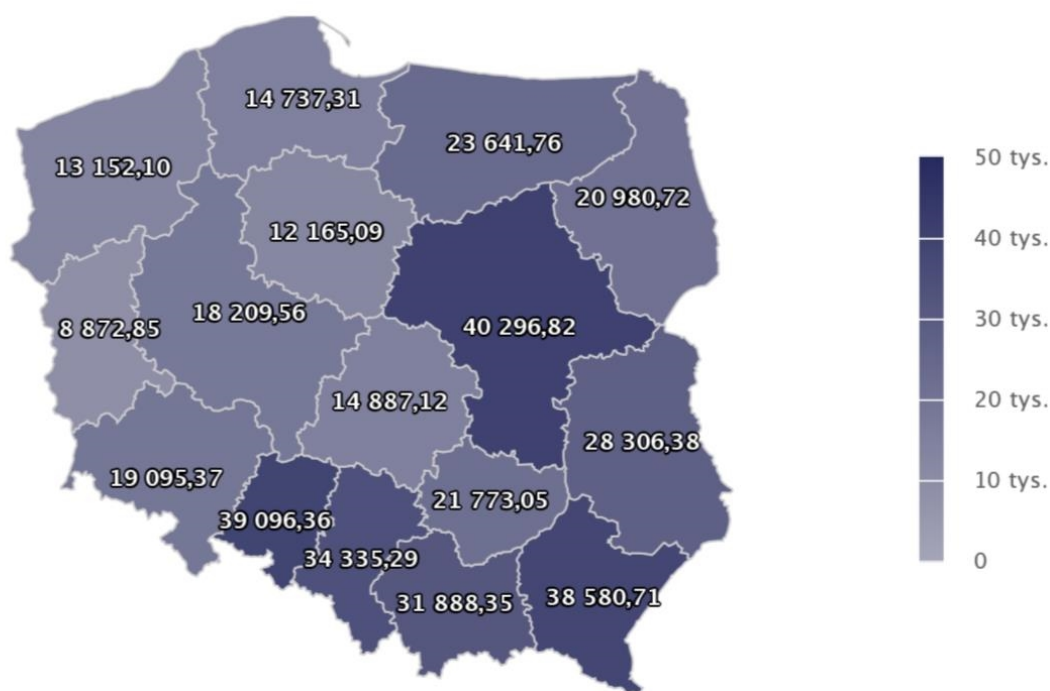
- udzielało się stosunkowo dużo świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie kardiologii w województwie śląskim (dwa razy więcej niż średnio w kraju) oraz stosunkowo mało w województwach wielkopolskim, opolskim, podkarpackim i mazowieckim (około 2-3 razy mniej niż średnio w Polsce),
- udzielało się bardzo mało świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie zaburzeń słuchu i mowy w województwach łódzkim, małopolskim, dolnośląskim i warmińsko-mazurskim,
- nie udzielało się świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie zaburzeń wzroku w województwach lubuskim, opolskim, podlaskim, pomorskim i zachodniopomorskim, a także udzielało się ich bardzo mało w lubelskim i kujawsko-pomorskim,
- świadczenia rehabilitacji dziennej w zakresie pulmonologii udzielało się tylko w województwie małopolskim.

Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w Rzeczypospolitej Polskiej trafiali na rehabilitację dzienną, wyróżnia się¹⁵⁴: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (45,5%), choroby układu nerwowego (14,5%), choroby układu krążenia (5,7%), zaburzenia psychiczne (4,8%), choroby narządów zmysłu (4,8%), inne choroby niezakaźne (3%) schorzenia matki i noworodków (2,2%), nowotwory (1,6%) oraz przewlekłe choroby układu oddechowego (0,8%).

Analiza świadczeń

W ramach rehabilitacji dziennej sprawozdanych zostało 9,94 mln osobodni. Liczba osobodni w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła w Rzeczypospolitej Polskiej 25 910. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: mazowieckie (40 297), opolskie (39 096) i podkarpackie (38 581), najmniejszą zaś województwa: lubuskie (8 873), kujawsko-pomorskie (12 165) i zachodniopomorskie (13 152).

Rysunek 174. Liczba osobodni w rehabilitacji dziennej w przeliczeniu na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

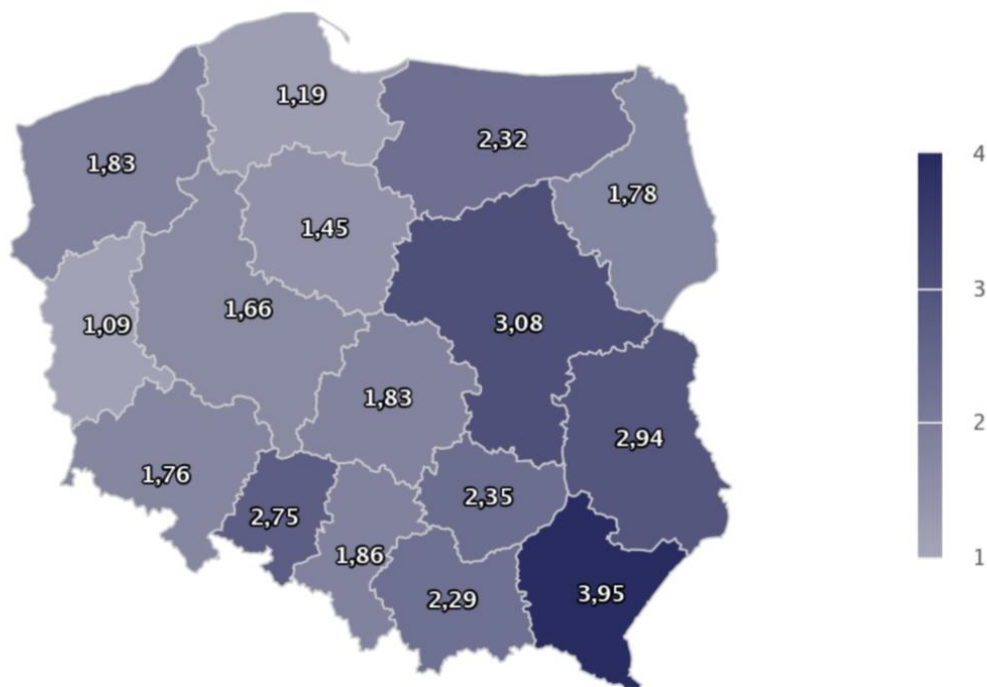
Analiza świadczeniodawców

Najwięcej ośrodków na 100 tys. ludności udzielających świadczeń rehabilitacji dziennej w 2019 r. mieściło się w województwie podkarpackim (3,95), mazowieckim (3,08)

¹⁵⁴ Kategorie rozpoznań na podstawie GBD.

i lubelskim (2,94), najmniej zaś w lubuskim (1,09), pomorskim (1,19) i kujawsko-pomorskim (1,45). Wartość dla całego kraju wyniosła 2,19.

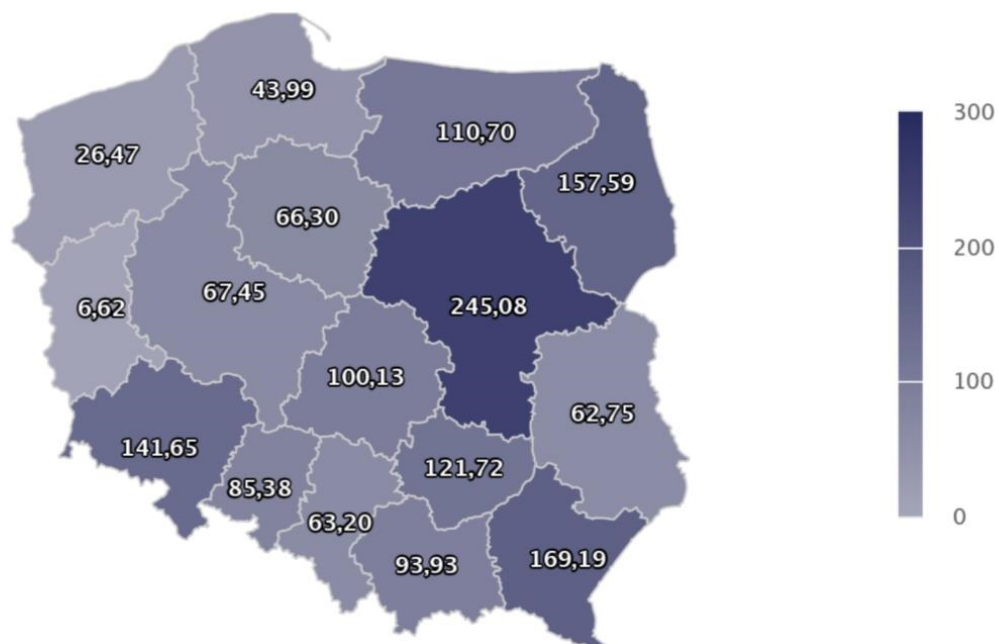
Rysunek 175. Liczba ośrodków udzielających świadczeń w ramach rehabilitacji dziennej na 100 tys. ludności.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Najwięcej miejsc pobytu dziennego na 100 tys. ludności mieściło się w województwie mazowieckim (245), podkarpackim (169) i podlaskim (158), najmniej zaś w lubuskim (7), zachodniopomorskim (26) i pomorskim (44)¹⁵⁵. Ogólnie w Polsce na koniec 2019 r. były 41 892 miejsca opieki dziennej (109 na 100 tys. ludności).

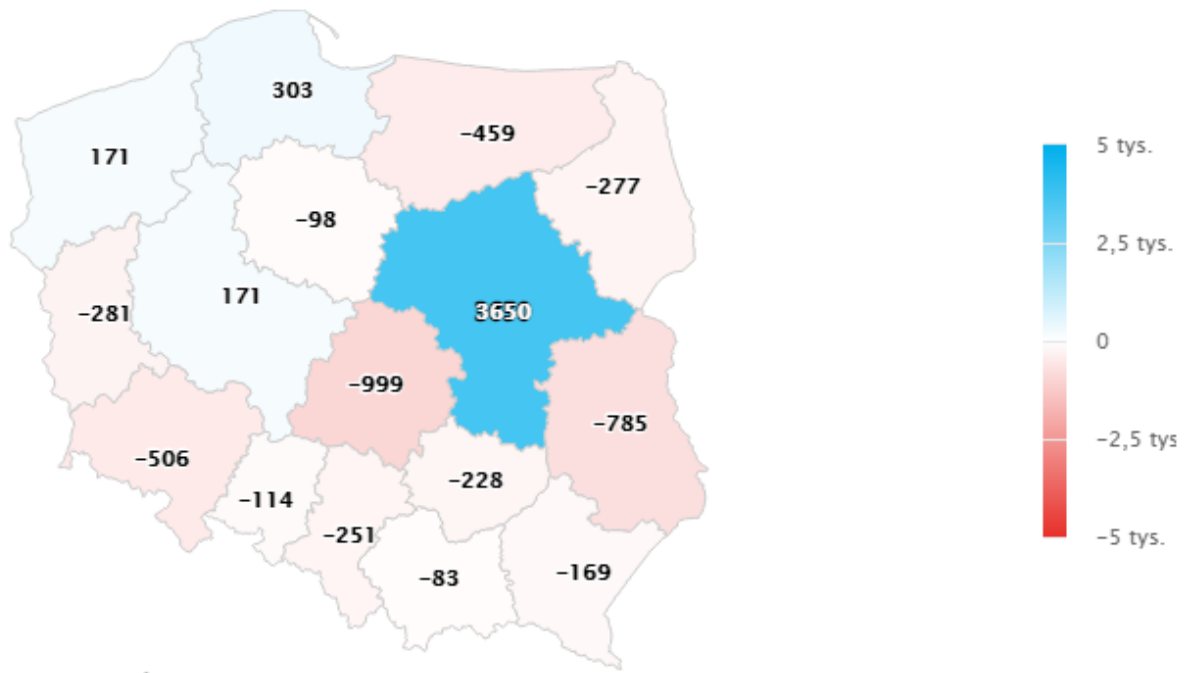
¹⁵⁵ Dane na temat liczby miejsc pobytu dziennego pochodzą z RPWDL, do którego obowiązek sprawozdawczy mają wszyscy świadczeniodawcy. W związku z tym dane uwzględniają także miejsca pobytu dziennego poza NFZ, w tym w szczególności z sektora prywatnego.

Rysunek 176. Liczba miejsc pobytu dziennego na 100 tys. ludności na koniec 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ, GUS oraz RPWDL

Migracje pacjentów

W 2019 r. saldo migracji w rehabilitacji dziennej było najwyższe w województwie mazowieckim (+3 650), pomorskim (+303), wielkopolskim (+171) i zachodniopomorskim (+171), a najniższe w województwie łódzkim (-999), lubelskim (-785) i dolnośląskim (-506). Ujemne saldo migracji obserwuje się w 12 województwach.

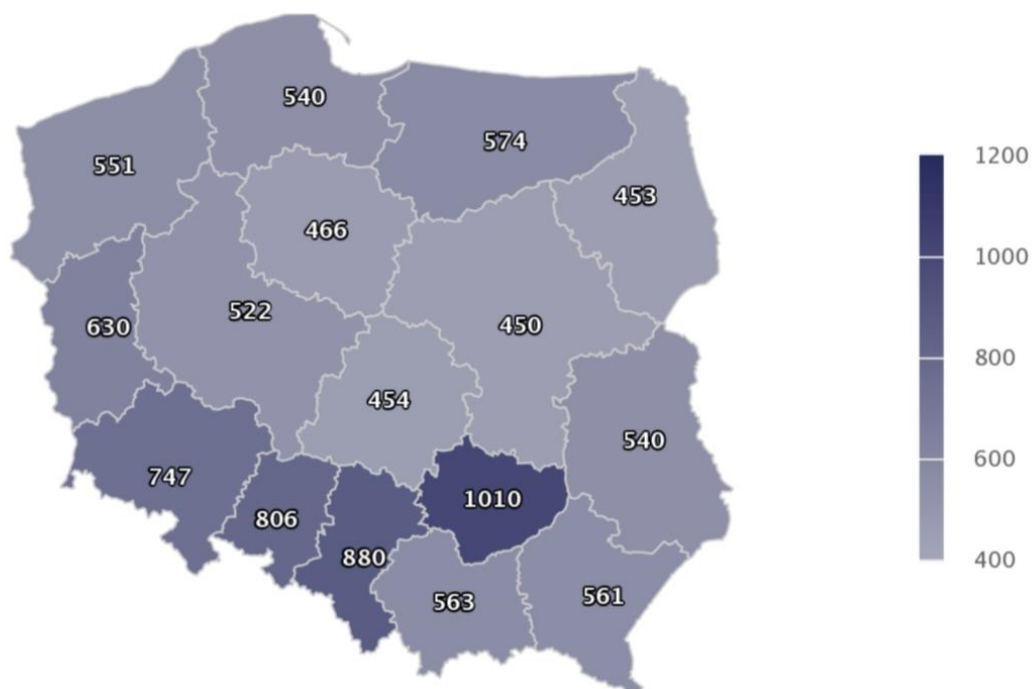
Rysunek 177. Saldo migracji w rehabilitacji dziennej.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

8.1.2. Świadczenia stacjonarne

Ze świadczeń w ramach rehabilitacji w warunkach stacjonarnych skorzystało 225 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 585. Najwięcej pacjentów na 100 tys. ludności odnotowano w województwie świętokrzyskim (1 010), śląskim (880) i opolskim (806), najmniej zaś w województwie mazowieckim (450), podlaskim (453) i łódzkim (454).

Rysunek 178. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności, którym udzielono świadczenia w ramach rehabilitacji stacjonarnej względem miejsca udzielania świadczeń.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Wśród pacjentów w rehabilitacji stacjonarnej 8,6% stanowiły osoby w wieku poniżej 18 lat, 36,1% w wieku 18-64 lata i 55,3% w wieku od 65 lat wzwyż. Kobiety stanowiły 54,4%, natomiast mieszkańcy miast 64,1%. 54,7% pacjentów nie posiadało orzeczenia o niepełnosprawności, 4,7% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 19% w stopniu umiarkowanym i 19,1% w stopniu znacznym, natomiast 2,5% stanowiły dzieci z niepełnosprawnościami do 16. roku życia.

W przypadku każdego zakresu występują znaczące różnice w liczbie realizowanych świadczeń pomiędzy województwami, w szczególności:

- udzielało się mało świadczeń rehabilitacji stacjonarnej w zakresie kardiologii w województwach mazowieckim, łódzkim i kujawsko-pomorskim,
- udzielało się mało świadczeń rehabilitacji stacjonarnej w zakresie neurologii w województwach łódzkim i podlaskim,
- nie udzielało się świadczeń rehabilitacji stacjonarnej w zakresie pulmonologii w województwach podlaskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim oraz udzielało się ich mało w województwach lubelskim, mazowieckim i pomorskim,
- świadczenia rehabilitacji stacjonarnej w zakresie śpiączki udzielało się tylko w województwach warmińsko-mazurskim, mazowieckim i małopolskim.

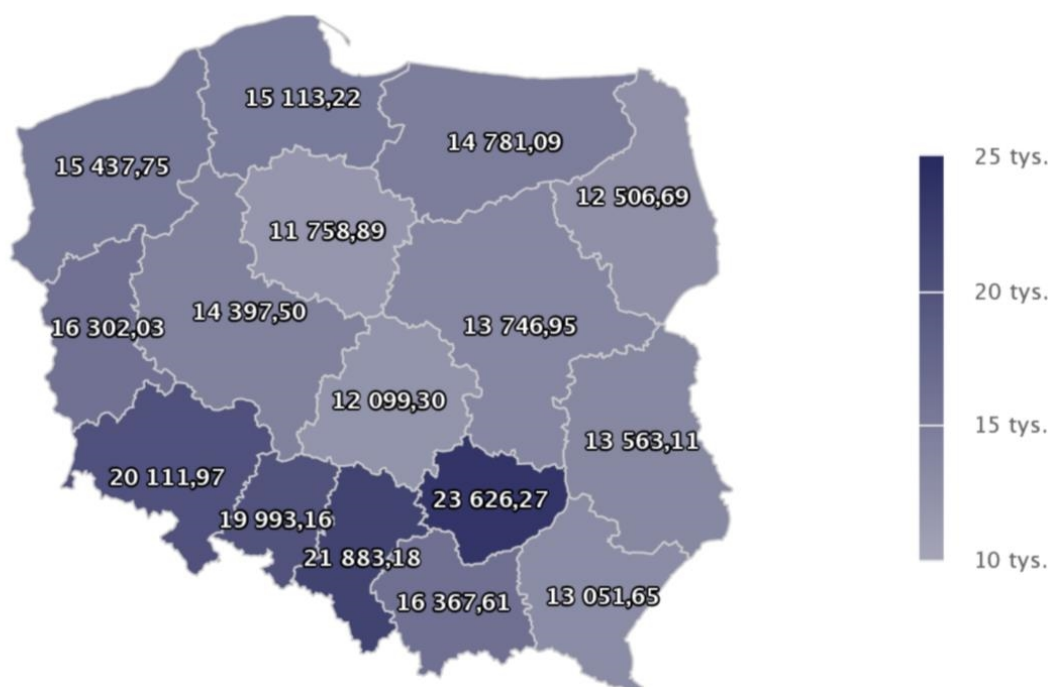
Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w Rzeczypospolitej Polskiej trafiali na rehabilitację stacjonarną, wyróżnia się: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (42%),

choroby układu krążenia (20,5%), choroby układu nerwowego (18,6%), przewlekłe choroby układu oddechowego (4,9%), inne choroby niezakaźne (4,7%) oraz nowotwory (0,6%).

Analiza świadczeń

W ramach rehabilitacji stacjonarnej sprawozdanych zostało 6,11 mln osobodni. Liczba ta w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 15 920. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: świętokrzyskie (23 626), śląskie (21 883) i dolnośląskie (20 112), najmniejszą zaś województwa: kujawsko-pomorskie (11 759), łódzkie (12 099) i podlaskie (12 507).

Rysunek 179. Liczba osobodni w rehabilitacji stacjonarnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń.

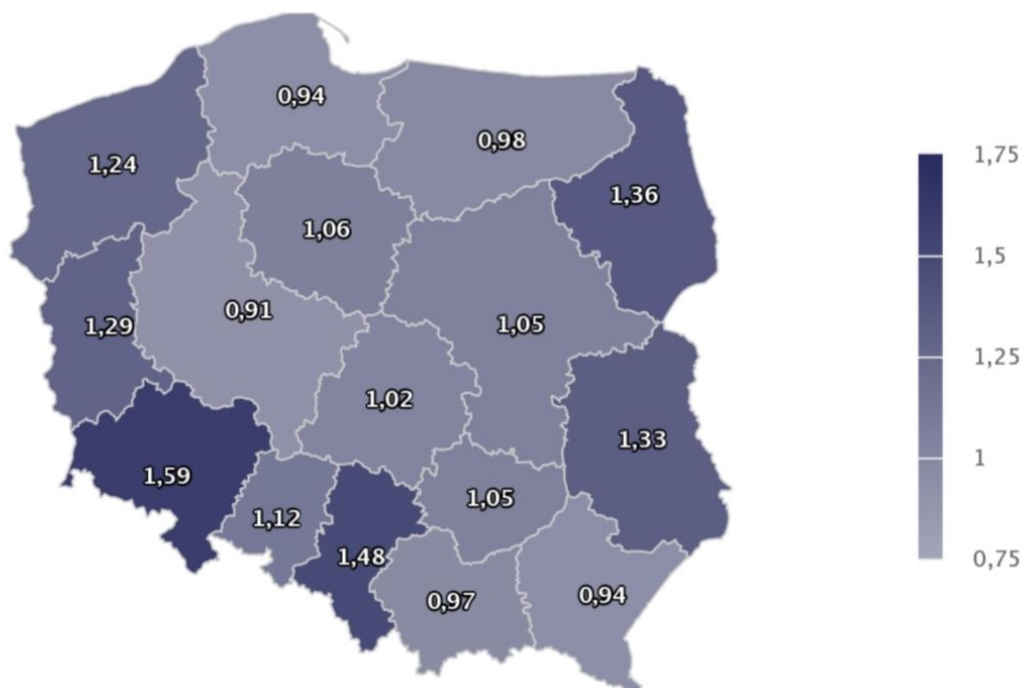


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Analiza świadczeniodawców

Najwięcej ośrodków na 100 tys. ludności udzielających świadczeń rehabilitacji stacjonarnej mieściło się w województwie dolnośląskim (1,59), śląskim (1,48) i podlaskim (1,36), najmniej zaś w wielkopolskim (0,91), pomorskim (0,94) i podkarpackim (0,94). Wartość dla całej Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła 1,15.

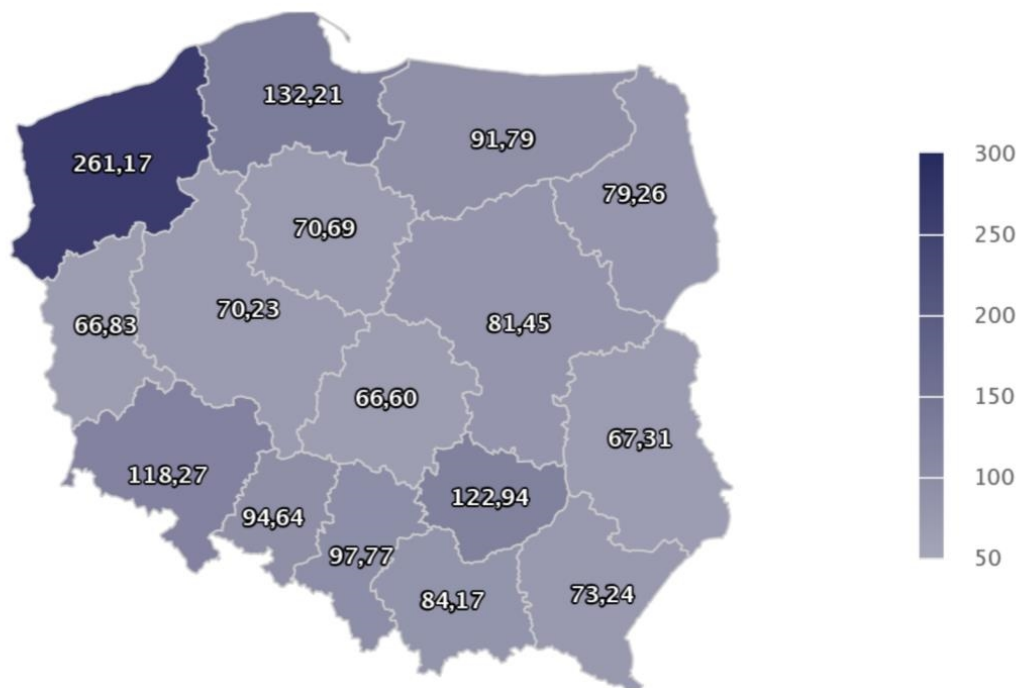
Rysunek 180. Liczba ośrodków udzielających świadczeń w ramach rehabilitacji stacjonarnej na 100 tys. ludności.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Najwięcej łóżek w rehabilitacji stacjonarnej na 100 tys. ludności mieściło się w województwie zachodniopomorskim (261), pomorskim (132) i świętokrzyskim (123), najmniej zaś w łódzkim, lubuskim i lubelskim (po 67) oraz kujawsko-pomorskim (71)¹⁵⁶. Łącznie w całym kraju na koniec 2019 r. było 36 561 łóżek w rehabilitacji (95 na 100 tys. ludności).

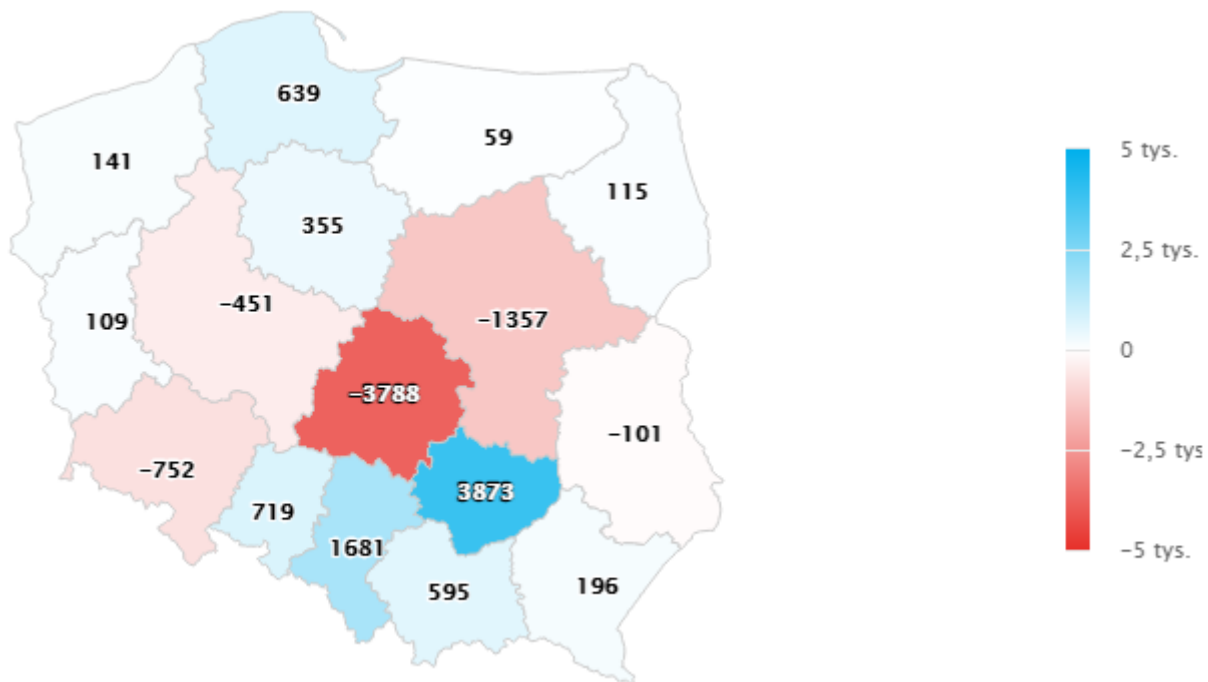
¹⁵⁶ Dane na temat liczby łóżek pochodzą z RPWDL, do którego obowiązek sprawozdawczy mają wszyscy świadczeniodawcy. W związku z tym dane uwzględniają także łóżka poza NFZ, w tym w szczególności z sektora prywatnego.

Rysunek 181. Liczba łóżek w rehabilitacji stacjonarnej na 100 tys. ludności na koniec 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ, GUS oraz RPWDL

Migracje pacjentów

Saldo migracji w rehabilitacji stacjonarnej było najwyższe w województwie świętokrzyskim (+3 873), śląskim (+1 681) i opolskim (+719), a najniższe w łódzkim (-3 788), mazowieckim (-1 357) i dolnośląskim (-752). Ujemne saldo migracji obserwuje się w 5 województwach.

Rysunek 182. Saldo migracji w rehabilitacji stacjonarnej.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

8.1.3. Świadczenia domowe

Ze świadczeń w ramach rehabilitacji w warunkach domowych skorzystało 48,5 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 126. Najwięcej pacjentów na 100 tys. ludności odnotowano w województwie podkarpackim (282), świętokrzyskim (269) i mazowieckim (155), najmniej zaś w pomorskim (42), zachodniopomorskim (48) i kujawsko-pomorskim (70). Ponadto w rehabilitacji domowej obserwuje się znaczący przyrost liczby pacjentów w kolejnych latach – z 4 706 w 2016 r. do 48 494 w 2019 r. Wśród pacjentów w rehabilitacji domowej 1,2% stanowiły osoby w wieku poniżej 18 lat, 26,5% w wieku 18-64 lata i 72,2% w wieku od 65 lat wzwyż. Udział kobiet wynosił 59,7%, natomiast mieszkańców miast 68,6%. 31,9% pacjentów nie posiadało orzeczenia o niepełnosprawności, 0,8% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 6,6% w stopniu umiarkowanym i 59,8% w stopniu znacznym, natomiast 0,9% stanowiły dzieci z niepełnosprawnościami do 16. roku życia.

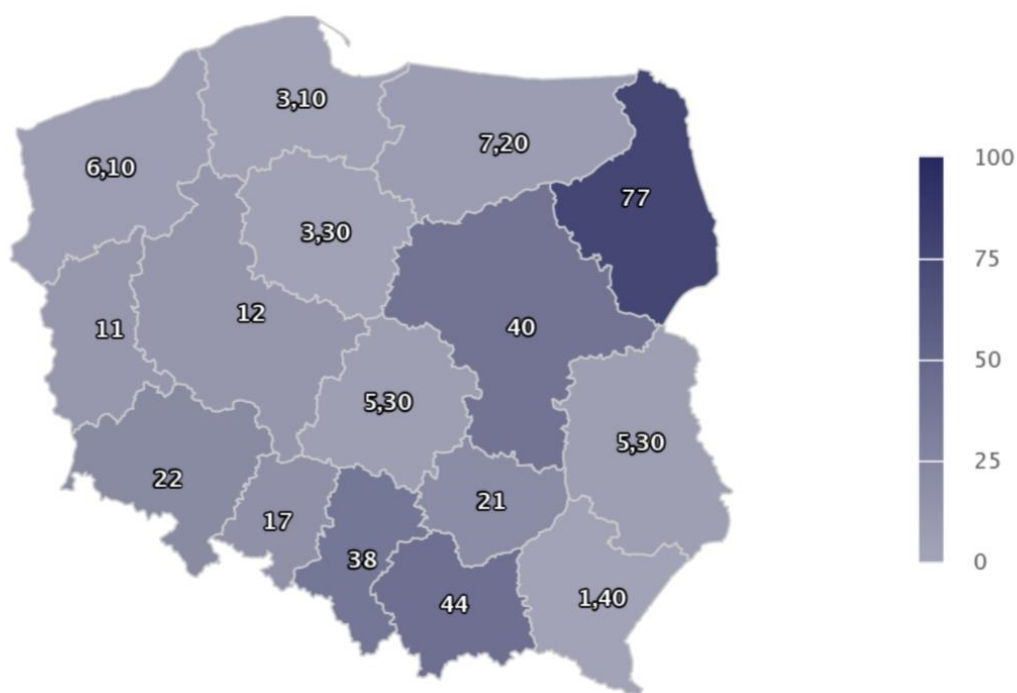
Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w Rzeczypospolitej Polskiej trafiali na rehabilitację domową, wyróżnia się¹⁵⁷: choroby układu nerwowego (44,6%), choroby układu mięśniowo-szkieletowego (26,2%), choroby układu krążenia (22,4%), inne choroby niezakaźne (1,5%), nowotwory (0,8%) oraz zaburzenia psychiczne (0,5%).

¹⁵⁷ Kategorie rozpoznań na podstawie GBD.

Analiza świadczeń

W ramach rehabilitacji domowej sprawozdanych zostało 8,5 tys. porad lekarskich. Liczba porad lekarskich w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła w całym kraju 22. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podlaskie (77), małopolskie (44) i mazowieckie (40), najmniejszą zaś województwa podkarpackie (1), pomorskie (3) i kujawsko-pomorskie (3).

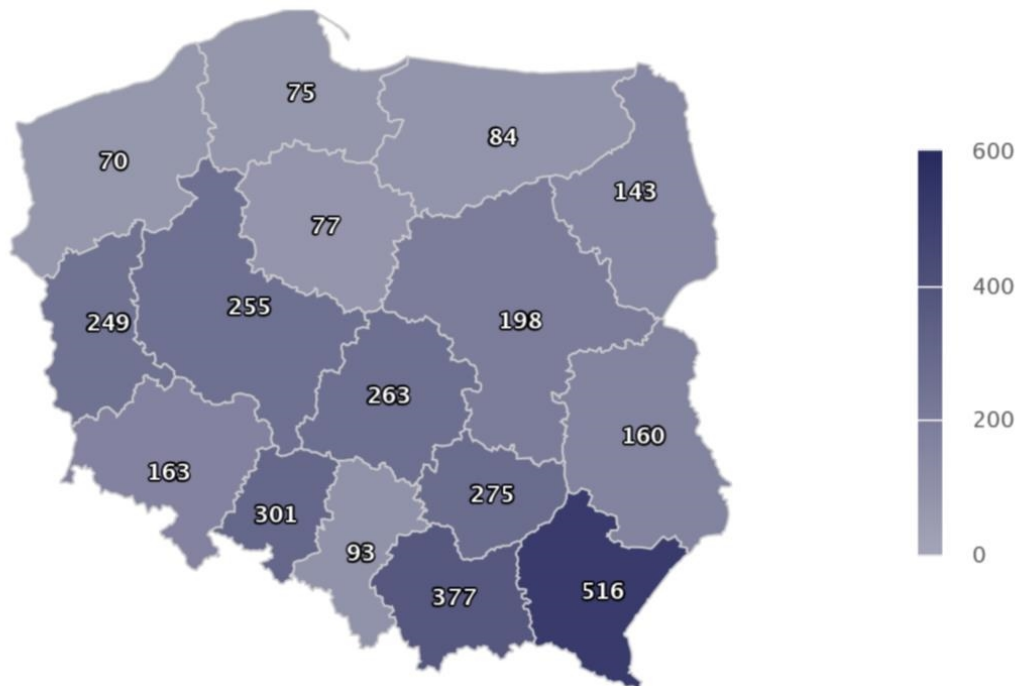
Rysunek 183. Liczba porad lekarskich w rehabilitacji domowej w przeliczeniu na 100 tys. ludności względem miejsca zamieszkania pacjenta.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

W ramach rehabilitacji domowej sprawozdanych zostało 78,6 tys. wizyt fizjoterapeutycznych. Liczba wizyt fizjoterapeutycznych w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 205. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie (516), małopolskie (377) i opolskie (301), najmniejszą zaś zachodniopomorskie (70), pomorskie (75) i kujawsko-pomorskie (77).

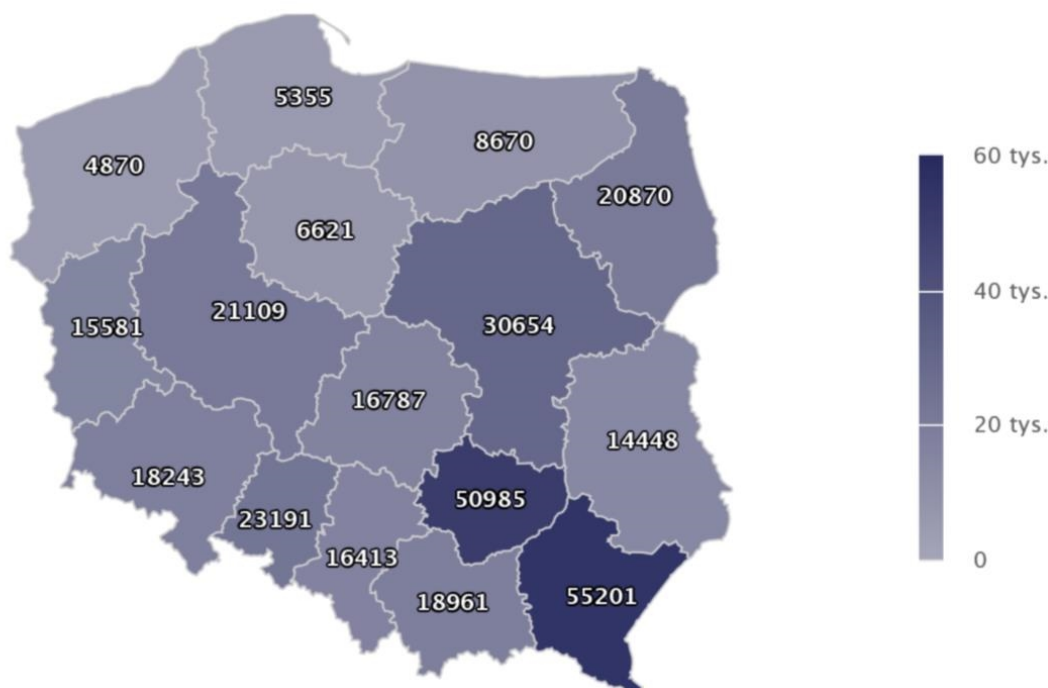
Rysunek 184. Liczba wizyt fizjoterapeutycznych w rehabilitacji domowej w przeliczeniu na 100 tys. ludności względem miejsca zamieszkania pacjenta.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

W ramach rehabilitacji domowej sprawozdanych zostało 7,94 mln zabiegów fizjoterapeutycznych. Liczba ta w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła w 20 682. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie (55 201), świętokrzyskie (50 985) i mazowieckie (30 654), najmniejszą zaś zachodniopomorskie (4 870), pomorskie (5 355) i kujawsko-pomorskie (6 621).

Rysunek 185. Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych w rehabilitacji domowej w przeliczeniu na 100 tys. ludności względem miejsca zamieszkania pacjenta.



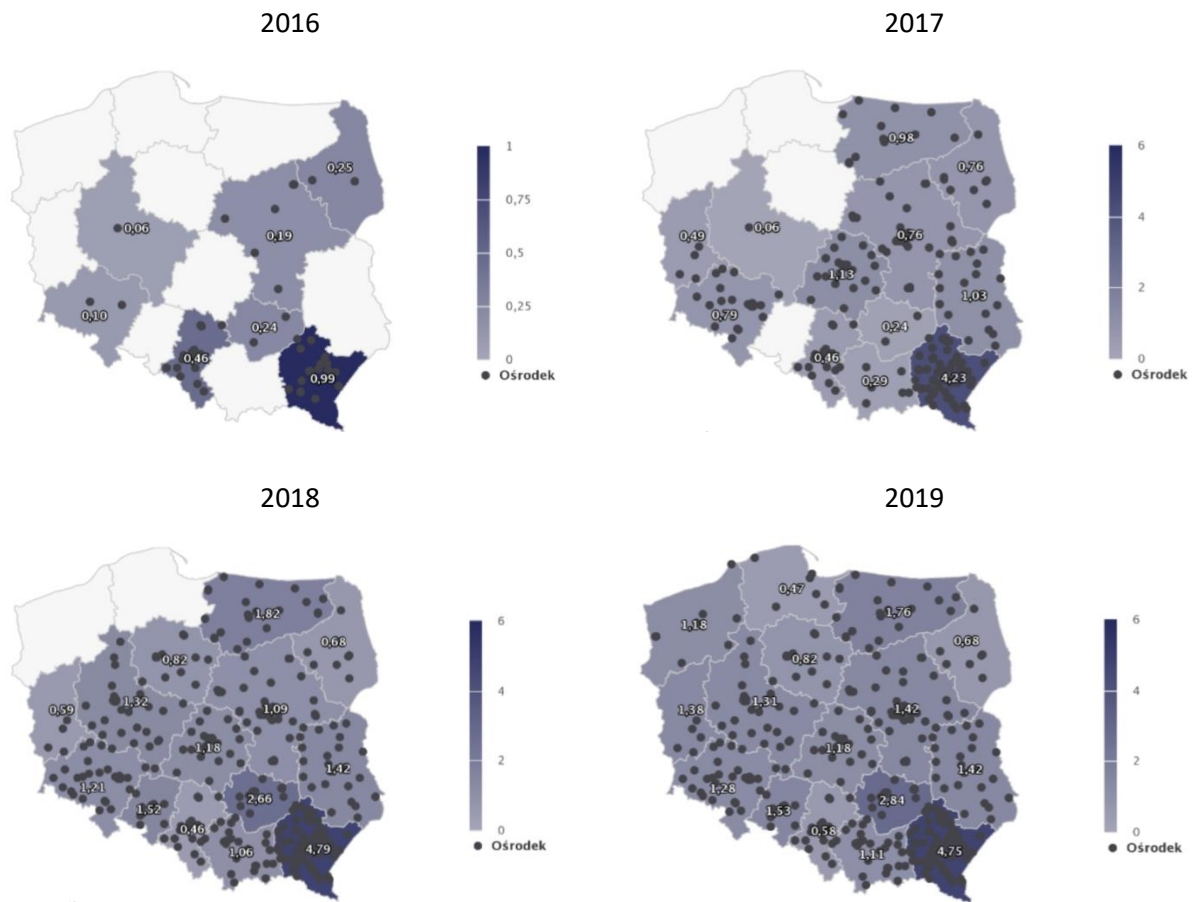
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Analiza świadczeniodawców

Najwięcej ośrodków na 100 tys. ludności udzielających świadczeń rehabilitacji domowej mieściło się w województwie podkarpackim (4,75), świętokrzyskim (2,84) i warmińsko-mazurskim (1,76), najmniej zaś w pomorskim (0,47), śląskim (0,58) i podlaskim (0,68). Wartość dla całego kraju to 1,38.

Obserwuje się dynamiczny wzrost liczby ośrodków rehabilitacji domowej w latach 2016-2019.

Rysunek 186. Liczba ośrodków udzielających świadczeń w ramach rehabilitacji domowej na 100 tys. ludności.

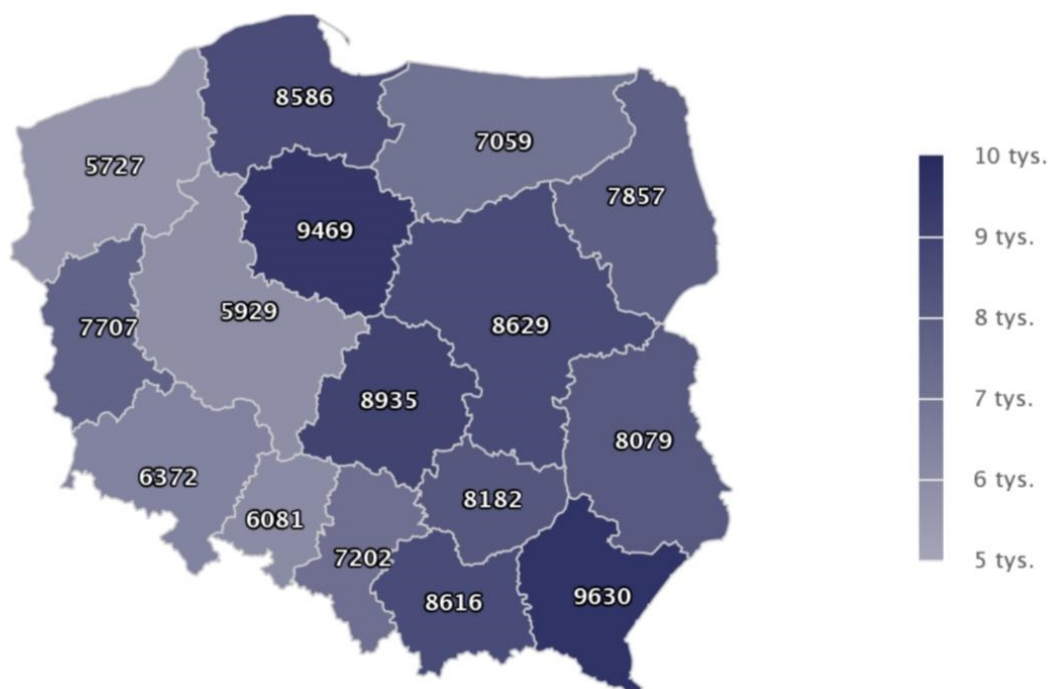


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

8.1.4. Świadczenia ambulatoryjne

Ze świadczeń w ramach rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych skorzystało 2,99 mln pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 7 795. Najwięcej pacjentów na 100 tys. ludności odnotowano w województwie podkarpackim (9 630), kujawsko-pomorskim (9 469) i łódzkim (8 935), najmniej zaś w województwie zachodniopomorskim (5 727), wielkopolskim (5 929) i opolskim (6 081).

Rysunek 187. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności, którym udzielono świadczenia w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej względem miejsca udzielania świadczeń.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Wśród pacjentów w rehabilitacji ambulatoryjnej 7,7% stanowiły osoby w wieku poniżej 18 lat, 54,2% w wieku 18-64 lata i 38% w wieku od 65 lat wzwyż. Udział kobiet wynosił 66,4%, natomiast mieszkańców miast 69,3%. 78% pacjentów nie posiadało orzeczenia o niepełnosprawności, 5,2% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 11,2% w stopniu umiarkowanym i 4,6% w stopniu znacznym, natomiast 0,9% stanowiły dzieci z niepełnosprawnościami do 16. roku życia.

Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci trafiali na rehabilitację ambulatoryjną, wyróżnia się: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (78%), choroby układu nerwowego (15,3%), choroby układu krążenia (1,5%), inne choroby niezakaźne (0,9%), nowotwory (0,7%) oraz przewlekłe choroby układu oddechowego (0,6%)¹⁵⁸.

¹⁵⁸ Kategorie rozpoznań na podstawie GBD.

Analiza świadczeń

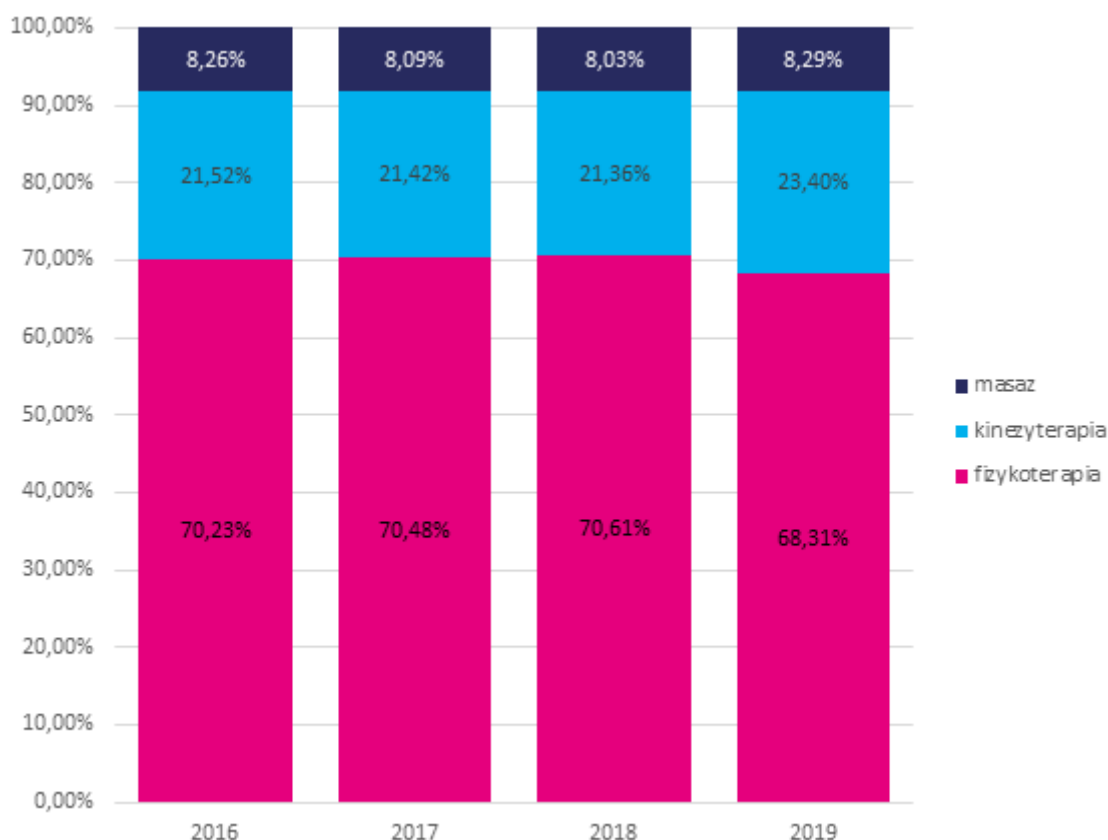
AOTMiT wnioskuje na podstawie przeprowadzonych konsultacji z ekspertami medycznymi oraz wykonanej analizie literatury branżowej, że w Polsce jest nieprawidłowa struktura udzielanych świadczeń w zakresie zabiegów w rehabilitacji ambulatoryjnej. W szczególności problemem jest zbyt duża liczba zabiegów fizykoterapii względem kinezyterapii. Jednocześnie aż 56,8% pacjentów rozpoczynających fizjoterapię w pierwszej połowie 2019 r. nie uzyskała zabiegów kinezyterapii. AOTMiT deklaruje, że dowody naukowe oraz wytyczne kliniczne rekomendują przede wszystkim stosowanie kinezyterapii oraz tylko wybranych zabiegów fizykoterapii przy określonych problemach zdrowotnych, np. zabiegi ciepłne i *TENS* (zmiany zwyrodnieniowe stawów), elektrostymulacja i krioterapia (ból kręgosłupa) oraz hydroterapia (przeszczep komórek do stawu kolanowego).

Obecnie fizjoterapia ambulatoryjna opiera się głównie na fizykoterapii, która stanowi 68,3% liczby wszystkich zabiegów. Pozostała część to kinezyterapia stanowiąca 23,4% oraz masaż 8,3%. Wraz z początkiem 2019 r. fizjoterapeuci uzyskali możliwość ustalania planu terapii w trakcie wizyt fizjoterapeutycznych. Jednak pomimo wzrostu liczby wizyt fizjoterapeutycznych z około 37 tys. w 2018 r. do 2,2 mln w 2019 r., struktura przeprowadzanych zabiegów zmieniła się tylko nieznacznie. Liczba zabiegów fizykoterapii spadła o ok. 2,3 punktu procentowego, kinezyterapii wzrosła o ok. 2 punkty procentowe, a masaży wzrosła o ok. 0,3 punktu procentowego.

Tabela 41. Struktura świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej w latach 2016-2019.

Grupa zabiegów	Cała rehabilitacja ambulatoryjna				Tylko zabiegi			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Masaż	8,11%	7,95%	7,90%	8,02%	8,26%	8,09%	8,03%	8,29%
Kinezyterapia	21,14%	21,06%	21,01%	22,63%	21,52%	21,42%	21,36%	23,40%
Fizykoterapia	68,99%	69,28%	69,47%	66,08%	70,23%	70,48%	70,61%	68,31%
Porada	1,75%	1,69%	1,59%	1,56%	-	-	-	-
Wizyta	0,01%	0,02%	0,03%	1,72%	-	-	-	-

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rysunek 188. Struktura świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej w latach 2016-2019.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Spośród pacjentów, którzy skorzystali z fizjoterapii ambulatoryjnej w pierwszej połowie 2019 r., aż 63% korzystało z takich świadczeń także w 2017 r. lub 2018 r. (w przypadku pacjentów z orzeczonym stopniem niepełnosprawności ten odsetek wyniósł 74%). O ile w przypadku pacjentów z niepełnosprawnościami jest to w pełni uzasadnione, to w przypadku pozostałych pacjentów może świadczyć o niewystarczającej skuteczności fizjoterapii ambulatoryjnej lub fizjoterapii przewlekłych stanów chorobowych¹⁵⁹.

Ze względu na czas trwania terapii (czas pacjenta) – 41% stanowi fizykoterapia indywidualna, a 59% grupowa. Sama fizykoterapia grupowa ma większy udział (44%) niż wszystkie świadczenia indywidualne (41%). Ze względu na czas pracy fizjoterapeutów 68% stanowią świadczenia indywidualne, 29% fizykoterapia indywidualna, a 24% kinezyterapia indywidualna. Ze względu na liczbę świadczeń 45% stanowią wszystkie świadczenia indywidualne¹⁶⁰.

¹⁵⁹ opracowanie AOTMiT na podstawie danych NFZ.

¹⁶⁰ opracowanie AOTMiT na podstawie danych NFZ i GUS, bez uwzględniania czasu wizyt.

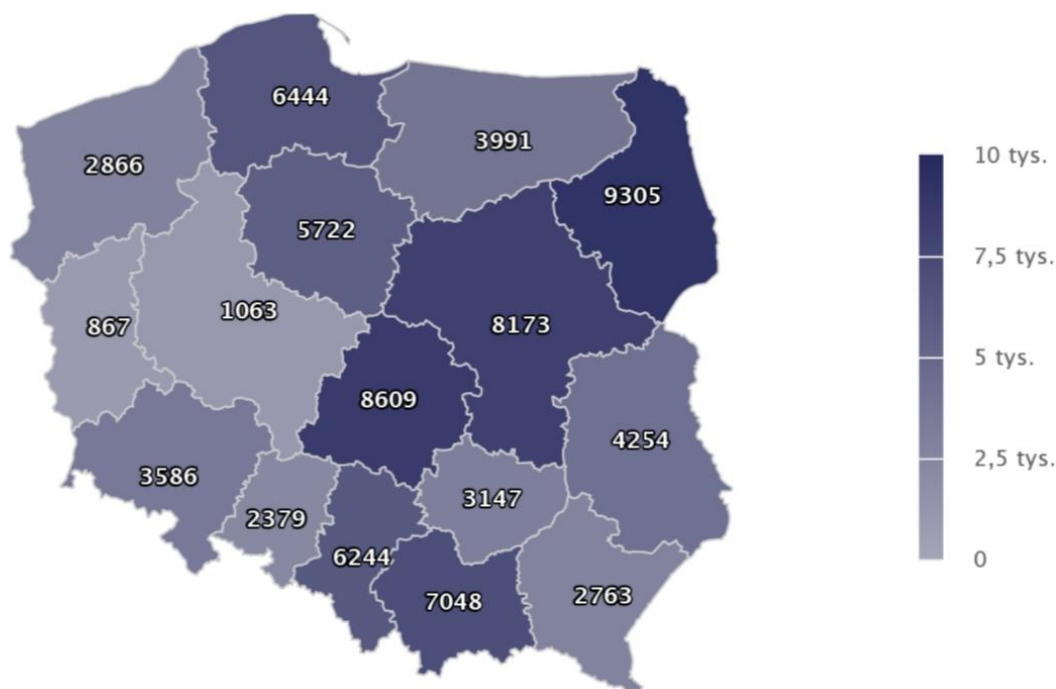
Tabela 42. Rozkład czasu oraz liczby świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej.

Wymiar	Perspektywa	Kategoria świadczeń	Grupa terapeutyczna świadczeń				
			Fizykoterapia	Kinezyterapia	Masaż	Razem	Wizyta
Czasu	Fizjoterapeuty	Indywidualne	29%	24%	15%	68%	3%
		Grupowe	17%	14%	1%	32%	x
		Razem	46%	38%	16%	100%	100%
	Pacjenta	Indywidualne	17%	16%	7%	41%	2%
		Grupowe	44%	14%	2%	59%	x
		Razem	61%	30%	9%	100%	100%
Liczby świadczeń	Indywidualne	30%	8%	7%	45%	1%	
	Grupowe	41%	13%	1%	55%	x	
	Razem	71%	21%	8%	100%	100%	
Wartości w pkt.	Indywidualne	27%	27%	9%	63%	2%	
	Grupowe	25%	11%	1%	37%	x	
	Razem	52%	38%	10%	100%	0%	

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W ramach rehabilitacji ambulatoryjnej sprawozdanych zostało 2,02 mln porad lekarskich. W przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła ona 5 269. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podlaskie (9 305), łódzkie (8 609) i mazowieckie (8 173), najmniejszą zaś lubuskie (867), wielkopolskie (1 063) i opolskie (2 379).

Rysunek 189. Liczba porad lekarskich w rehabilitacji ambulatoryjnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń

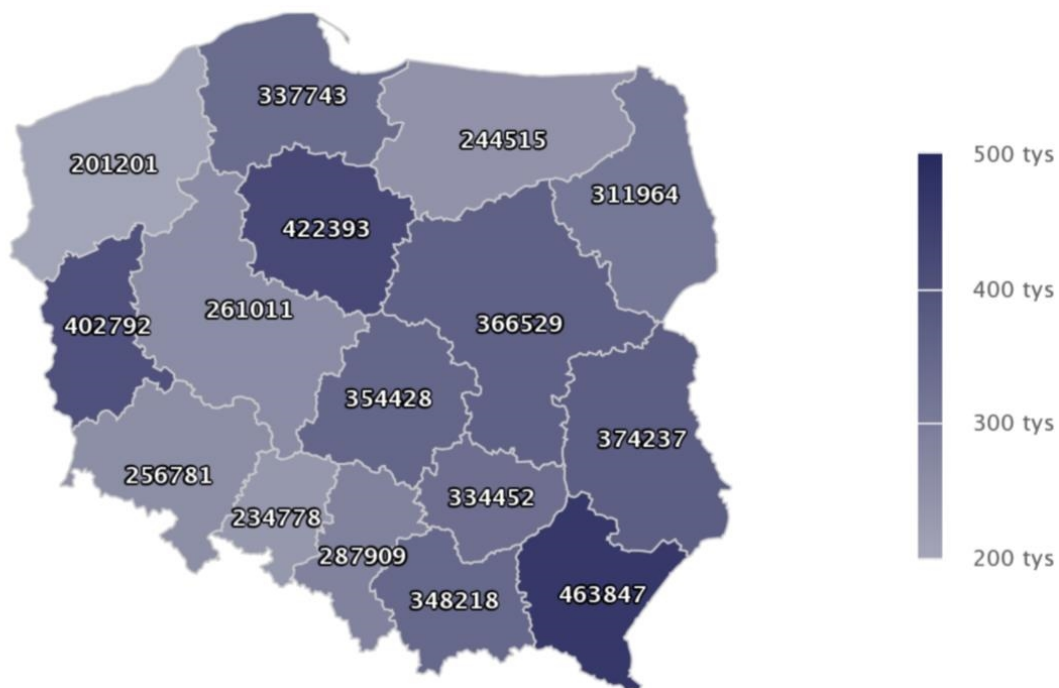


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

W ramach rehabilitacji ambulatoryjnej sprawozdanych zostało 2,23 mln wizyt fizjoterapeutycznych. Liczba wizyt fizjoterapeutycznych w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 5 806. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie (9 840), lubuskie (9 716) i świętokrzyskie (9 392), najmniejszą zaś zachodniopomorskie (1 486), podlaskie (1 622) i warmińsko-mazurskie (2 376).

Od 2019 r. obserwuje się skokowy wzrost liczby wizyt fizjoterapeutycznych, który jest związany z nowymi uprawnieniami fizjoterapeutów do ustalania planu terapii w trakcie takich wizyt. W ramach rehabilitacji ambulatoryjnej sprawozdanych zostało 125,5 mln zabiegów fizjoterapeutycznych. Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła w Polsce 327 086. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie (463 847), kujawsko-pomorskie (422 393) i lubuskie (402 792), najmniejszą zaś zachodniopomorskie (201 201), opolskie (234 778) i warmińsko-mazurskie (244 515).

Rysunek 190. Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych w rehabilitacji ambulatoryjnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń.

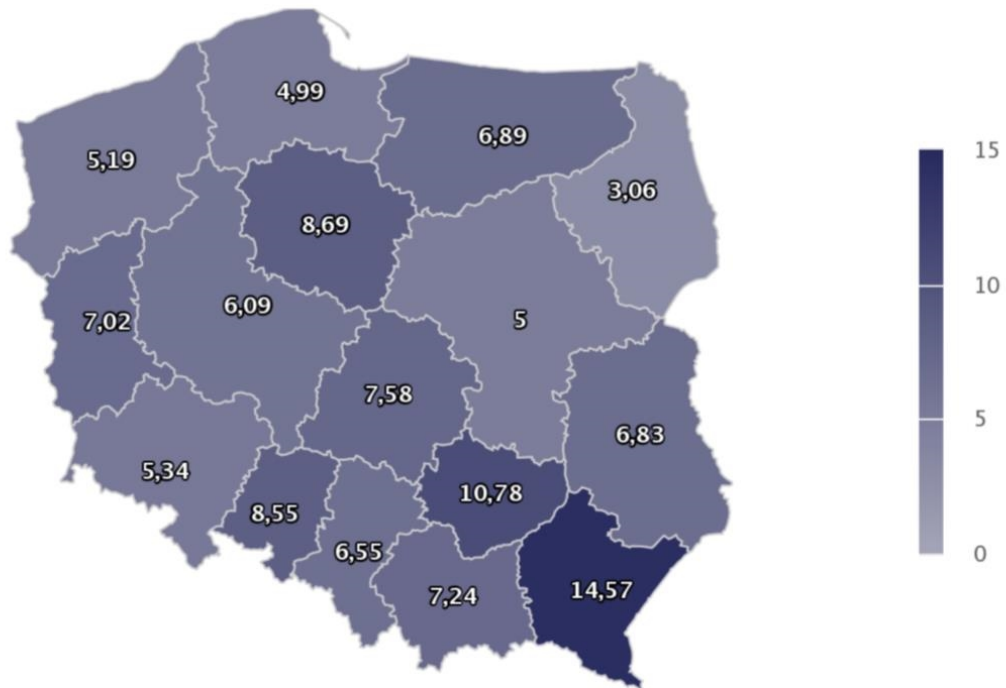


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Analiza świadczeniodawców

Najwięcej ośrodków na 100 tys. ludności udzielających świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej mieściło się w województwie podkarpackim (14,57), świętokrzyskim (10,78) i kujawsko-pomorskim (8,69), najmniej zaś w podlaskim (3,06), pomorskim (4,99) i mazowieckim (5). Wartość dla całej Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła 6,85.

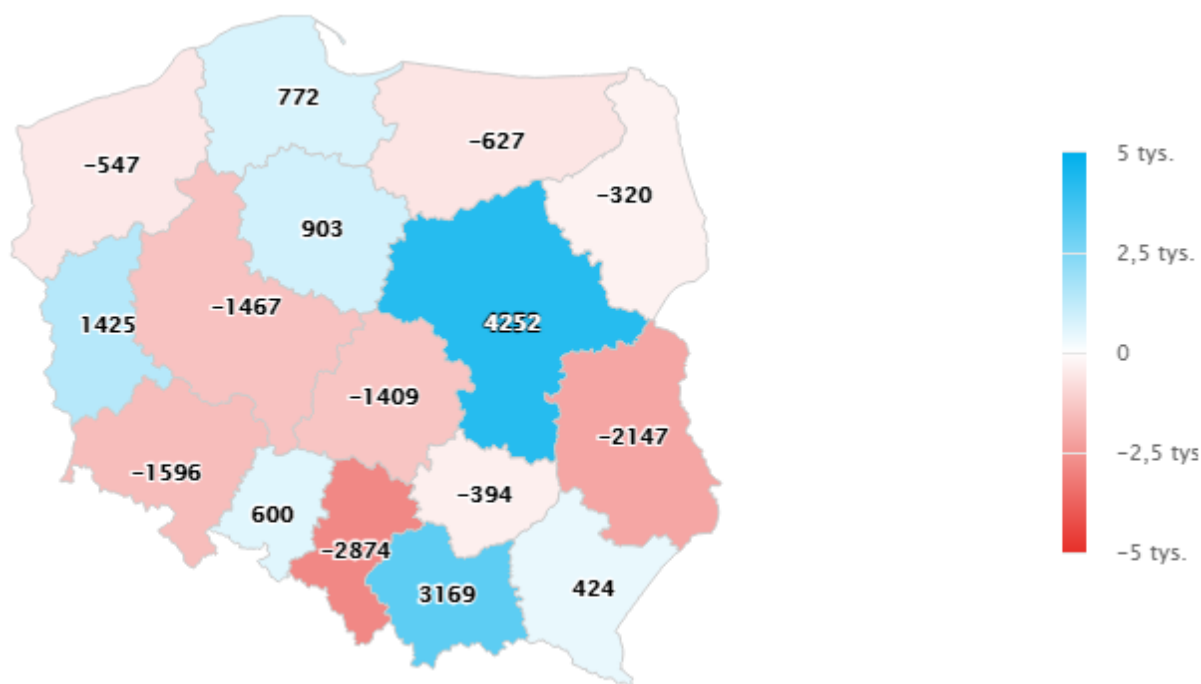
Rysunek 191. Liczba ośrodków udzielających świadczeń w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej na 100 tys. ludności.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Migracje pacjentów

Saldo migracji w rehabilitacji ambulatoryjnej było najwyższe w województwie mazowieckim (+4 252), małopolskim (+3 169) i lubuskim (+1 425), a najniższe w śląskim (-2 874), lubelskim (-2 147) i dolnośląskim (-1 596). Ujemne saldo migracji zaobserwowano w 9 województwach.

Rysunek 192. Saldo migracji w rehabilitacji ambulatoryjnej.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

8.2. Kadry

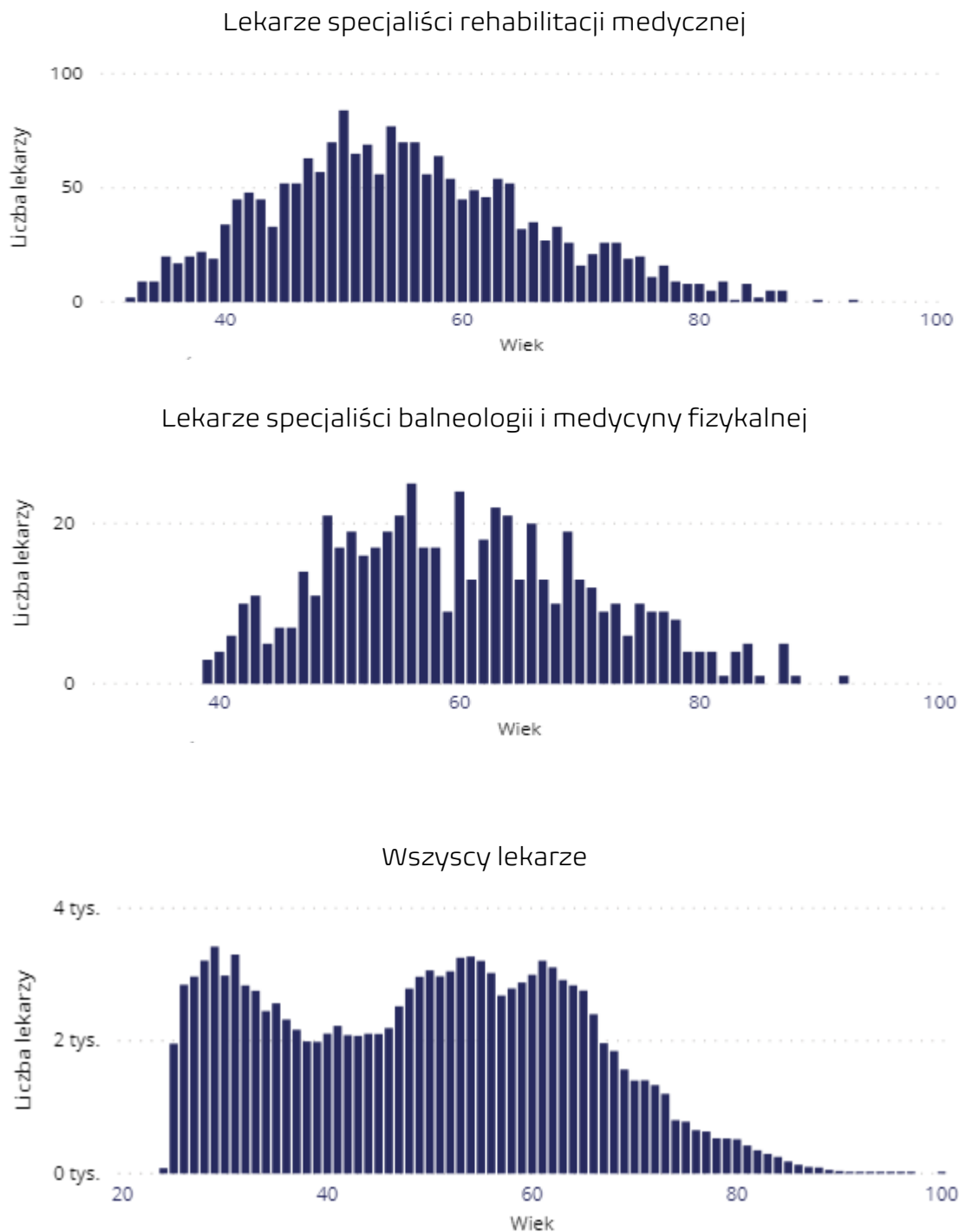
Liczba lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej znajdujących się w bazie umów NFZ w 2019 r. wyniosła 1 855, z czego 1 645 wykonywało świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Liczba lekarzy specjalistów balneologii i medycyny fizykalnej znajdujących się w bazie umów NFZ w 2019 r. wyniosła 555, z czego 338 wykonywało świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ogółem w Polsce w ramach rehabilitacji pracowało 4 248 lekarzy (dowolnej specjalizacji) oraz 3 351 pielęgniarek¹⁶¹.

Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej oraz balneologii i medycyny fizykalnej są starsi niż przeciętnie wszyscy lekarze dowolnej specjalizacji (średni wiek odpowiednio 55 lat, 60 lat i 49 lat). Rozkład wieku został zaprezentowany na poniższych wykresach¹⁶².

¹⁶¹ Na podstawie bazy umów Narodowego Funduszu Zdrowia.

¹⁶² Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów.

Rysunek 193. Rozkład wieku lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej oraz wszystkich lekarzy.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ oraz GUS

Usamodzielnienie zawodu fizjoterapeuty spowodowało zahamowanie wybierania dziedziny rehabilitacji medycznej jako specjalizacji lekarskiej przez lekarzy po studiach medycznych. Wynikało to ze zbyt małej transparentności określenia roli lekarza specjalisty rehabilitacji

medycznej w procesie leczenia pacjenta i zdeprecjonowaniu go do roli lekarza zlecającego zabiegi fizjoterapeutyczne¹⁶³.

Na koniec 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej było 332 lekarzy, którzy w przeciągu 6 lat osiągną wiek emerytalny oraz tylko 241 lekarzy w trakcie specjalizacji. Oznacza to, że w najbliższych latach na emeryturę może przejść o 91 lekarzy więcej niż ukończy specjalizację¹⁶⁴.

Specyficzną grupą kadr medycznych dla rehabilitacji są fizjoterapeuci. Od 1 czerwca 2019 r. ten zawód mogą wykonywać tylko osoby posiadające prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty. W maju 2020 r. w Rzeczypospolitej Polskiej było 66 250 osób uprawnionych do wykonywania czynności fizjoterapeuty¹⁶⁵. Natomiast zgłoszonych przez świadczeniodawców do NFZ na koniec 2019 r. było 27 557 fizjoterapeutów.

Najwięcej fizjoterapeutów zgłoszonych do NFZ w ramach rehabilitacji na dzień 31 grudnia 2019 r. znajdowało się na terenie województwa mazowieckiego (4 619), śląskiego (3 048) i małopolskiego (2 713), zaś najmniej na terenie województwa lubuskiego (584), warmińsko-mazurskiego (647) i podlaskiego (686). Liczba pacjentów rehabilitowanych w ramach NFZ w 2019 r. na jednego fizjoterapeutę zgłoszonego do NFZ na koniec 2019 r. w całej Polsce wynosiła 121. Najlepiej pod tym względem sytuacja wygląda w województwie podkarpackim (85), dolnośląskim (97) i opolskim (98), a najgorzej w warmińsko-mazurskim (172), kujawsko-pomorskim (154) i pomorskim (154). Liczba ludności przypadająca na jednego fizjoterapeutę jest najmniejsza w województwie podkarpackim (788), świętokrzyskim (1 044) i mazowieckim (1 174), a największa w warmińsko-mazurskim (2 199), zachodniopomorskim (2 046) i wielkopolskim (1 735), przy czym łącznie dla Polski wskaźnik ten wyniósł 1 393. Widoczne są bardzo duże różnice pomiędzy najlepszym i najgorszym województwem pod względem liczby pacjentów oraz ludności na jednego fizjoterapeutę – odpowiednio +102% i +179%.

¹⁶³ Raport Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej z dnia 30 marca 2019 r.

¹⁶⁴ Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów oraz Ministerstwo Zdrowia.

¹⁶⁵ Dane z Krajowej Izby Fizjoterapeutów.

Tabela 43. Liczba fizjoterapeutów, pacjentów na fizjoterapeutę i ludności na fizjoterapeutę.

Województwo	Liczba fizjoterapeutów (KIF) ¹⁶⁶	Liczba fizjoterapeutów (NFZ) ¹⁶⁷	Liczba pacjentów ¹⁶⁸ na fizjoterapeutę (NFZ)	Liczba ludności na fizjoterapeutę (NFZ)	Liczba zabiegów w ramach umów z NFZ na fizjoterapeutę (NFZ)
dolnośląskie	5 562	2 194	97	1 322	3 636
kujawsko-pomorskie	3 224	1 354	154	1 531	6 562
lubelskie	3 669	1 742	109	1 210	4 696
lubuskie	1 269	584	148	1 732	7 243
łódzkie	3 662	1 567	148	1 567	5 811
małopolskie	7 056	2 713	121	1 257	4 617
mazowieckie	9 459	4 619	115	1 174	4 672
opolskie	1 804	736	98	1 335	3 446
podkarpackie	4 605	2 701	85	788	4 088
podlaskie	1 568	686	148	1 718	5 712
pomorskie	3 139	1 425	154	1 645	5 641

¹⁶⁶ Dane z Krajowej Izby Fizjoterapeutów, stan na maj 2020 r.

¹⁶⁷ Fizjoterapeuci zgłoszeni przez świadczeniodawców do NFZ w ramach rehabilitacji, stan na 31.12.2019 r.

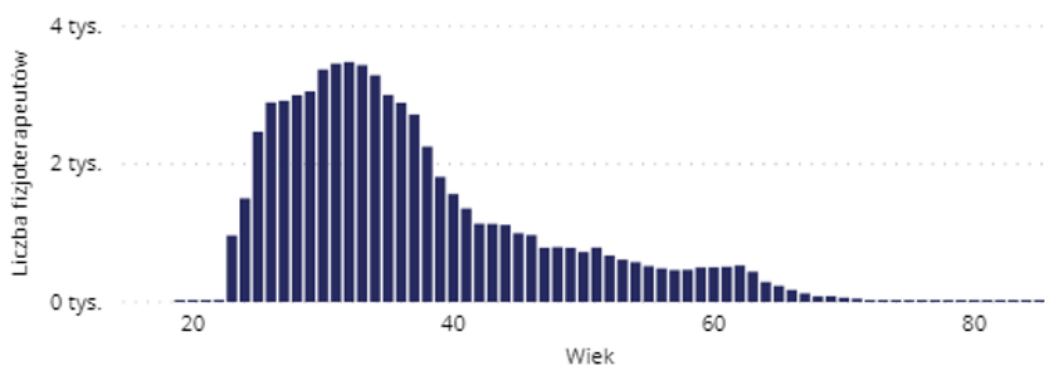
¹⁶⁸ Liczba pacjentów, którzy mieli przynajmniej raz udzielone świadczenie w ramach rehabilitacji w NFZ w 2019 r.

śląskie	7 693	3 048	124	1 482	4 508
świętokrzyskie	2 848	1 182	101	1 044	4 025
warmińsko-mazurskie	1 874	647	172	2 199	5 562
wielkopolskie	5 761	2 017	118	1 735	4 896
zachodniopomorskie	3 057	829	131	2 046	4 212
Suma	66 250	27 557	121	1 393	4 844

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z KIF

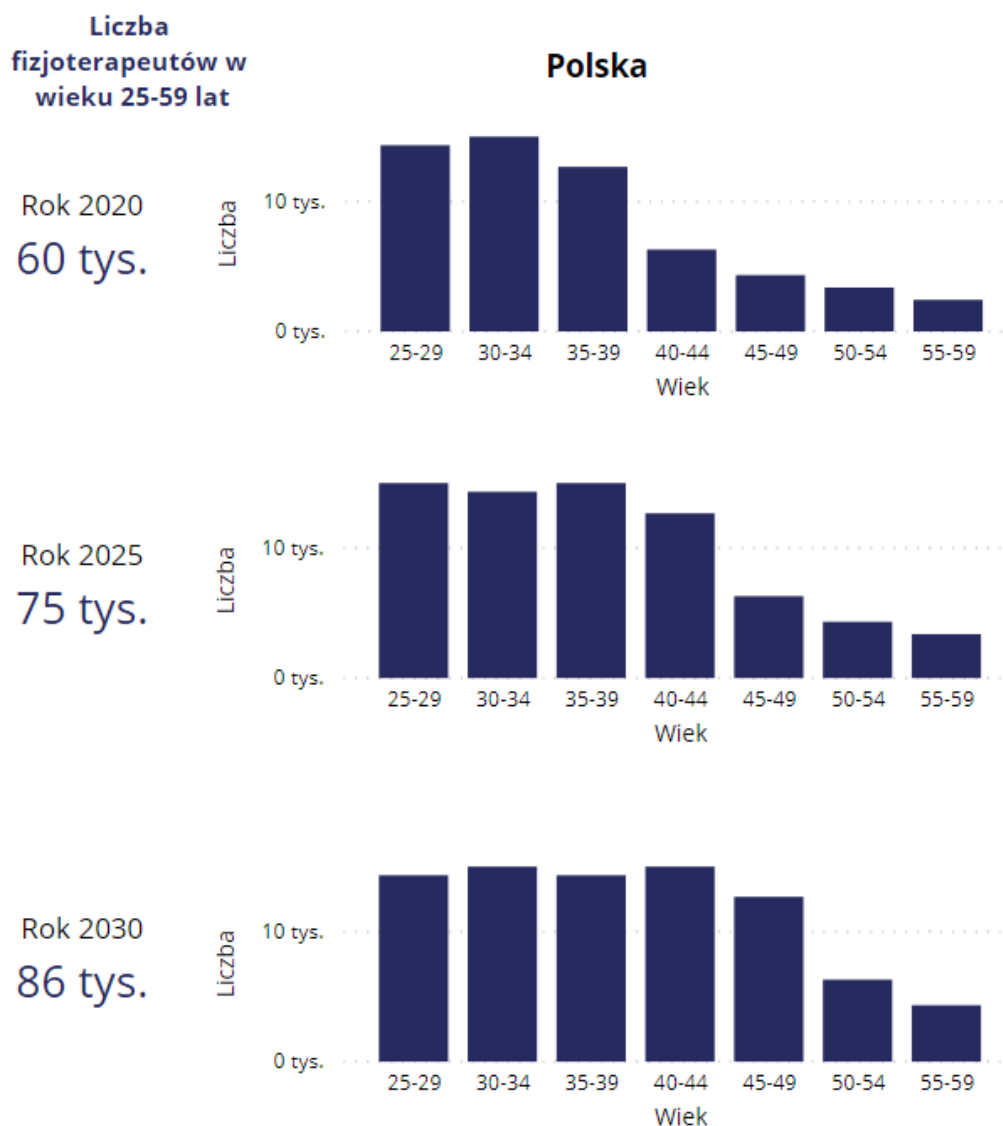
Według danych KIF w Polsce jest duża liczba młodych fizjoterapeutów. Średnia wieku w tym zawodzie w Rzeczypospolitej Polskiej w maju 2020 r. wynosiła 37 lat (dla porównania średnia wieku lekarzy w 2019 r. to 49 lat). Struktura wieku fizjoterapeutów została pokazana na poniższym wykresie.

Rysunek 194. Struktura wieku fizjoterapeutów.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z KIF

W celu oszacowania liczby fizjoterapeutów w 2025 r. i 2030 r. do wieku fizjoterapeutów dodano odpowiednio 5-10 lat oraz przyjęto, że liczba fizjoterapeutów poniżej 35. roku życia w 2030 r. jest równa odpowiednio liczbie fizjoterapeutów osiągających ten sam wiek w 2020 r. Na potrzeby analizy założono, że fizjoterapeuci nie odchodzą z rynku pracy przed 59. rokiem życia.

Rysunek 195. Prognoza liczby i wieku fizjoterapeutów na lata 2024 i 2029.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z KIF

Należy jednak mieć na uwadze fakt, że powyższa prognoza bazuje tylko na danych liczbowych i nie uwzględnia chociażby zmian w systemie kształcenia. Wymagania konieczne do uzyskania tytułu fizjoterapeuty obejmowały¹⁶⁹:

- po dniu 31 grudnia 1997 r. – studia wyższe na kierunku fizjoterapia zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskanie tytułu licencjata lub magistra na tym kierunku,
- po dniu 30 września 2012 r. i przed dniem 1 października 2017 r. – studia wyższe z zakresu fizjoterapii obejmujące co najmniej 180 punktów ECTS, w tym co najmniej 100 punktów ECTS w zakresie fizjoterapii, i tytuł licencjata lub dodatkowo studia

¹⁶⁹ Decyduje data rozpoczęcia studiów, na podstawie art. 13 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty.

wyższe obejmujące co najmniej 120 punktów ECTS, w tym co najmniej 60 punktów ECTS w zakresie fizjoterapii, i uzyskanie tytułu magistra,

- po dniu 1 października 2017 r. – jednolite 5-letnie studia wyższe w zakresie fizjoterapii obejmujące co najmniej 300 punktów ECTS, o których mowa w art. 67 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 265 z późn. zm.), zwanych dalej "punktami ECTS", w tym co najmniej 160 punktów ECTS w zakresie fizjoterapii, oraz odbycie 6-miesięcznej praktyki zawodowej i tytuł zawodowy magistra oraz zdany Państwowy Egzamin Fizjoterapeutyczny,
- po roku akademickim 2018/2019 – studia przygotowujące do wykonywania zawodu fizjoterapeuty prowadzone zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz zdany Państwowy Egzamin Fizjoterapeutyczny.

Zmiany w procesie kształcenia fizjoterapeutów są na tyle głębokie, że faktyczna liczba fizjoterapeutów wkraczających na rynek pracy może znacząco odbiegać od powyższej prognozy powstałej metodą analizy technicznej.

8.3. Kolejki

Zapisywanie pacjentów na listę oczekujących na realizację świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej odbywa się na zasadach ogólnych. O umieszczeniu chorego na liście oczekujących decydują następujące kryteria:

- stan zdrowia,
- rokowania, co do dalszego przebiegu choroby,
- choroby współistniejące mające wpływ na chorobę objętą świadczeniem,
- zagrożenie wystąpienia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Placówka medyczna przy zapisie na rehabilitację kwalifikuje chorego do kategorii medycznej:

- 1) przypadek pilny – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na przebieg procesu chorobowego, możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
- 2) przypadek stabilny – w przypadku innym niż stan nagły, pilny.

Analiza czasu oczekiwania została przygotowana na podstawie danych z AP-KOLCE (przeanalizowano stan na luty 2020 r., ponieważ od marca został zawieszony obowiązek sprawozdawczy w tym zakresie). Przeciętny czas oczekiwania określono jako średnią czasów oczekiwania do poszczególnych ośrodków, ważoną liczbą oczekujących pacjentów. Celem takiego zabiegu jest określenie, ile czasu czeka w kolejce przeciętny pacjent.

Tabela 44. Kolejki w podziale na rodzaj ośrodka rehabilitacji.

	Liczba świadczeniodawców	Przypadek pilny		Przypadek stabilny			
		Liczba oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania	Najdłuższy czas oczekiwania	Liczba oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania	Najdłuższy czas oczekiwania
Dzienne							
Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej dziennej	30	30	10	13	568	71	231
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	476	17 969	176	998	74 028	310	1 533
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	246	1 737	65	321	10 094	128	671
Stacjonarne							
Kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych	12	18	6	6	5	10	21
Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych	80	424	20	120	1984	30	167
Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	191	1 722	84	848	12 173	601	2 348
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	283	20 862	160	940	148 455	1 193	4 657
Rehabilitacja pulmonologiczna	27	746	518	712	7 525	501	1 603

w warunkach stacjonarnych							
Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej	52	25	30	70	748	63	228
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej	3	441	502	502	829	1030	1 030
Zakład/ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej	1	0	0	0	1 146	108	108
Domowe							
Fizjoterapia domowa	686	1 586	37	321	7 868	53	491
Ambulatoryjne							
Fizjoterapia ambulatoryjna	1 989	115 876	102	437	788 945	151	1 514
Poradnia rehabilitacji narządu ruchu	3	43	40	42	395	80	136
Poradnia rehabilitacyjna	950	13 027	69	223	120 676	98	558
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	36	457	92	211	4938	108	331

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację był bardzo długi (np. rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych w trybie pilnym: 160 dni, zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej w trybie pilnym – 176 dni). Na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych w lutym 2020 r. oczekiwało 1,04 mln pacjentów, co w odniesieniu do liczby 2,99 miliona pacjentów w rehabilitacji ambulatoryjnej w całym 2019 r. pokazuje skalę braku zaspokojenia potrzeby na świadczenia. Przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację ambulatoryjną w trybie pilnym wyniósł 99 dni, a w trybie stabilnym 144 dni.

Długi czas oczekiwania to szczególnie istotny problem zwłaszcza dla pacjentów pourazowych i pozabiegowych, którzy ze względu na skuteczność i efektywność leczenia powinni mieć zapewniony dostęp w czasie możliwie jak najkrótszym po incydencie. Pacjenci mają zagwarantowane przyjęcie¹⁷⁰:

¹⁷⁰ Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

- bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 14 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przypadku wystąpienia chorób współistniejących;
- przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przypadku braku chorób współistniejących.

Jednak przeciętny czas oczekiwania do ośrodków rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych w trybie pilnym wyniósł 84 dni.

Wydłużony czas oczekiwania wpływa negatywnie nie tylko na zdrowie pacjentów, lecz także na gospodarkę państwa i na budżet NFZ (wolniejszy powrót pacjenta do zdrowia lub wystąpienie innych, poważniejszych problemów zdrowotnych wskutek niewystarczającej opieki).

8.4. Podsumowanie

W Rzeczypospolitej Polskiej rehabilitacja lecznicza finansowana jest z różnych źródeł: NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, jednostek samorządu terytorialnego i prywatnych środków pacjentów. Sektor prywatny odgrywa w rehabilitacji istotną rolę, jednak brakuje danych pozwalających na oszacowanie jego skali.

W systemie ochrony zdrowia świadczenia rehabilitacyjne realizowane są w warunkach dziennych, stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych, przy czym świadczenia ambulatoryjne stanowią największą część – korzystało z nich 3 mln osób (blisko 90% wszystkich rehabilitowanych pacjentów), którym wykonano 125,5 mln zabiegów fizjoterapeutycznych w 2019 r.

Świadczenia w zakresie rehabilitacji są bardzo istotne ze względu na fakt, że przyspieszają powrót pacjentów do zdrowia lub poprawiają jakość życia i poziom ich sprawności po przeżytych chorobach, urazach czy zabiegach medycznych. Dzięki rehabilitacji osoby w każdym wieku mają możliwość utrzymania lub powrotu do codziennych czynności, pełnienia znaczących ról życiowych i maksymalizacji ich dobrostanu.

Obecny system ochrony zdrowia w zakresie rehabilitacji leczniczej nie funkcjonuje poprawnie i nie jest dopasowany do rzeczywistych potrzeb pacjentów. Pacjenci o odmiennych potrzebach rehabilitacyjnych są umieszczani na tych samych oddziałach i rozliczani tymi samymi produktami rozliczeniowymi. Dostrzega się również brak koordynacji leczenia w pełnym procesie leczniczym (pomiędzy “poziomami” rehabilitacji) oraz brak określonych obiektywnych narzędzi definiujących stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta.

Zmiany w obszarze rehabilitacji stacjonarnej i dziennej mogą spowodować migrację pacjentów do fizjoterapii ambulatoryjnej, dlatego ich skuteczne wprowadzenie wymaga w pierwszej kolejności przekształceń w obszarze fizjoterapii ambulatoryjnej, z której korzysta największa grupa pacjentów (90%).

8.5. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Istnieją istotne zastrzeżenia co do wykonywania zabiegów rehabilitacji, zwłaszcza ambulatoryjnej. W szczególności wykonuje się zbyt wiele zabiegów fizykoterapii (68,3%) względem kinezyterapii (23,4%), podczas gdy skuteczność kinezyterapii jest silniej udokumentowana.

Mimo uzyskania przez fizjoterapeutów możliwości ustalania planu terapii, zmiany w strukturze udzielanych świadczeń były niewielkie. Rosnąca liczba wizyt fizjoterapeutycznych z 37 tys. w 2018 r. do 2,23 mln w 2019 r. tylko nieznacznie przełożyła się na dopasowanie świadczeń do indywidualnych potrzeb pacjentów.

Efektem niewłaściwie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia w zakresie rehabilitacji leczniczej są kolejki do podmiotów udzielających świadczeń rehabilitacyjnych. Zapisywanie pacjentów na listę oczekujących na realizację świadczenia odbywa się na zasadach ogólnych. Brak szczegółowych regulacji służących obiektywnej ocenie stanu zdrowia pacjenta i określeniu celu podjętej rehabilitacji sprawia, że popyt przewyższa podaż i przyczynia się do długiego oczekiwania na świadczenia. W lutym 2020 r. na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej oczekiwało 905 tys. osób, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych 169 tys. osób, a do poradni rehabilitacyjnej 134 tys. osób. Długie czasy oczekiwania sprawiają, że rehabilitacja rozpoczyna się z opóźnieniem, co ma negatywny wpływ na stan zdrowia pacjentów.

W 2019 r. z rehabilitacji w ramach NFZ skorzystało 6,3% ludności w wieku produkcyjnym (1,44 mln osób) oraz 18,6% ludności w wieku poprodukcyjnym (1,56 mln osób). Wśród wszystkich rehabilitowanych osoby w wieku produkcyjnym stanowiły 43,2%, a osoby w wieku poprodukcyjnym 46,8%. Zmiana samej struktury demograficznej (bez uwzględniania pozostałych czynników, takich jak zmiany wprowadzone po 2019 r. lub planowane do wprowadzenia w najbliższych latach) zapowiada wzrost liczby rehabilitowanych pacjentów o 4,5% do 2025 r., o 6,4% do 2030 r. i o 7,1% do 2040 r. względem 2019 r.

Istnieją znaczące różnice pomiędzy województwami pod względem tego, jak często pacjenci są rehabilitowani. Jedną z przyczyn może być zróżnicowana dostępność świadczeń na terenie kraju, na co wskazują znaczne migracje pacjentów pomiędzy województwami. Dane wskazują także na to, że pacjenci mieszkający w miastach na prawach powiatu są rehabilitowani częściej niż pacjenci mieszkający na ich obrzeżach.

W latach 2016-2019 nastąpił rozwój rehabilitacji w warunkach domowych. W 2016 r. świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej były realizowane w 7 województwach (dolnośląskim, mazowieckim, podkarpackim, podlaskim, śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim). W ciągu 3 lat dostępem zostały objęte wszystkie województwa. Jednak pomimo dynamicznego rozwoju rehabilitacji domowej nadal istnieje bardzo znaczące zróżnicowanie pomiędzy województwami.

Istnieje zróżnicowanie liczby ludności oraz liczby pacjentów przypadających na jednego fizjoterapeutę pomiędzy województwami. Widoczne są bardzo duże różnice pomiędzy najlepszym i najgorszym województwem pod względem liczby pacjentów oraz ludności na jednego fizjoterapeutę – odpowiednio +102% i +179%.

Pacjenci trafiają na rehabilitację najczęściej z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego (78%), chorób układu nerwowego (15,3%), chorób układu krążenia (1,5%), innych chorób niezakaźnych (0,9%), nowotworów (0,7%) oraz przewlekłych chorób układu oddechowego (0,6%). W latach 2016-2018 co roku sprawozdawano świadczenia rehabilitacyjne udzielone 25 tys. pacjentów z rozpoznaniem nowotworowym.

Nie ma jednolitej bazy danych zawierającej informacje o liczbie pacjentów oraz o udzielonych świadczeniach w ramach opieki finansowanej z różnych źródeł. W szczególności brakuje informacji o sektorze prywatnym, co stanowi znaczące utrudnienie w przeprowadzaniu pełniejszej analiz dostępności rehabilitacji w Polsce.

8.6. Rekomendowane kierunki działań

- konieczne jest objęcie rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio zaopiekowani w tym zakresie. Przykładem jest onkologia, gdzie tylko ok. 3% chorych w 2018 r. było rehabilitowanych;
- należy dostosować przebieg rehabilitacji do specyficznych wytycznych klinicznych w zakresie danych jednostek chorobowych w celu wspomagania procesu leczenia, powrotu do sprawności psychofizycznej oraz uzyskania maksymalnej samodzielności i niezależności. W celu kwalifikacji do terapii dostosowanej do stanu zdrowia pacjenta oraz oceny skuteczności terapii na podstawie skali niesprawności przed terapią i po niej, należy wprowadzić skalę oceny niesprawności pacjentów;
- istotne jest ograniczenie liczby zabiegów fizykoterapii i popularyzację kinezyterapii poprzez zmianę sposobu finansowania, np. wprowadzenie współczynnika korygującego wycenę świadczeń dla poszczególnych świadczeniodawców efektywnością leczenia rozumianą jako poprawa na skali niesprawności;
- zmiana samej struktury zabiegów nie spowoduje skrócenia kolejek, a może przyczynić się nawet do ich wydłużenia. Ze względu na długi czas oczekiwania na świadczenia należy dążyć do poprawy dostępności świadczeń, zwłaszcza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej. Ponadto należy mieć na uwadze zmiany demograficzne niosące ze sobą zwiększenie liczby osób starszych, co może zapowiadać wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w kolejnych latach;

- ważne jest dalsze rozpowszechnianie rehabilitacji w warunkach domowych, szczególnie na terenie województw, w których aktualnie jej udział jest nieznaczny;
- należy rozpowszechnić edukację pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i nisko kosztowym elementem rehabilitacji;
- w ostatnim czasie liczne kraje, w tym Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Holandia, zaczęły stawiać duży nacisk na rozwój telerehabilitacji, czyli ćwiczeń wykonywanych przez pacjentów w domu pod nadzorem fizjoterapeuty za pośrednictwem wideorozmowy. Takie rozwiązanie jest korzystne szczególnie dla pacjentów, których stan zdrowia utrudnia dojazd do miejsca udzielania tradycyjnych świadczeń, a ponadto niweluje ryzyko rozprzestrzeniania chorób zakaźnych. Dlatego zalecane jest dalsze upowszechnienie telerehabilitacji także w Polsce;
- rekomenduje się wprowadzenie obowiązku sprawozdawania do Ministerstwa Zdrowia informacji o liczbie pacjentów oraz udzielonych świadczeniach przez wszystkich świadczeniodawców działających w obszarze rehabilitacji.

9. Opieka długoterminowa

Zarówno na świecie, jak i w Polsce obserwuje się ciągły, postępujący proces starzenia się społeczeństwa. Wśród krajów UE społeczeństwo polskie należy do starzejących się najszybciej. Według prognoz GUS udział osób w wieku od 65 lat wzwyż w ogólnej populacji wzrósł o prawie 10 punktów procentowych, tj. z 14,7% w 1989 r. do 25% w 2018 r. (w tym czasie odsetek dzieci i młodzieży zmniejszył się o ok. 12 punktów procentowych). Do 2050 r. udział osób w wieku emerytalnym zwiększy się do 40%¹⁷¹. Starzejące się społeczeństwo najczęściej oznacza wzrost liczby osób przewlekle chorych oraz wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, co stawia przed polskim systemem ochrony zdrowia nowe wyzwania związane m.in. z zapewnieniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Biorąc pod uwagę różne definicje (m.in. WHO i OECD), opiekę długoterminową można traktować jako całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarstwa, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osób przewlekle chorych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze adresowane są zarówno do dorosłych, jak i do dzieci¹⁷². Opieka długoterminowa świadczona jest również w sposób nieformalny przez osoby bliskie.

W Rzeczypospolitej Polskiej publiczny system opieki długoterminowej opiera się na dwóch niezależnych od siebie filarach. Z uwagi na konieczność zabezpieczenia różnych potrzeb osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu opieka długoterminowa realizowana jest zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i w ramach polityki społecznej¹⁷³. System pomocy społecznej obejmuje usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania osoby, która takiej opieki potrzebuje (w tym wsparcia pozamedycznego). Wyróżnia się dzienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, całodobowe usługi świadczone w domach pomocy społecznej oraz w rodzinnych domach, jak również całodobowe usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku. W celu zapewnienia wsparcia w przypadkach sprawowania czasowej opieki nad chorym lub członkiem rodziny z niepełnosprawnościami, osobie objętej opieką oraz jego opiekunowi mogą przysługiwać również świadczenia pieniężne. System ochrony zdrowia oferuje natomiast pomoc w ramach: domowej opieki świadczonej przez personel pielęgniarstwa,

¹⁷¹ Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego, GUS, Warszawa 2018, s. 4.

¹⁷² Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce, Ministerstwo Zdrowia, 2012, http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

¹⁷³ Ibidem.

opieki długoterminowej lub zespołu opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz całodobowej opieki stacjonarnej w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych. W latach 2015-2019 był również prowadzony program pilotażowy dziennych domów opieki medycznej (DDOM) finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Obserwowana rosnąca liczba osób starszych, przewlekle chorych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu niesie za sobą szereg wyzwań związanych z zapewnieniem dla coraz większej liczby osób świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Największymi problemami w dostępie do świadczeń opieki długoterminowej są:

- stały wzrost zapotrzebowania na świadczenie pielęgnacyjne i opiekuńcze związane ze starzeniem się ludzi i wzrostem liczby osób w wieku starszym, a w związku z tym konieczność zapewnienia większego finansowania,
- brak wystarczającej liczby personelu świadczącego usługi medyczne i pielęgnacyjno-opiekuńcze, w tym niedobór wykwalifikowanych opiekunów osób starszych i osób z niepełnosprawnościami,
- starzejący się personel pielęgniarski w systemie opieki długoterminowej w wieku powyżej 45-50 lat, co skutkuje stopniowym odchodzeniem z pracy ze względu na osiągnięcie wieku emerytalnego lub ze względu na stan zdrowia spowodowany uciążliwą pracą fizyczną, jak również mało satysfakcjonujące zarobki w stosunku do odpowiedzialności i zakresu obowiązków¹⁷⁴,
- kolejki do świadczeń opieki długoterminowej ze względu na ograniczoną liczbę miejsc w zakładach opiekuńczych i ich nierównomierne rozmieszczenie.

Zgodnie z raportem OECD (*Health at a Glance, 2019*)¹⁷⁵ w 2017 r. Rzeczpospolita Polska miała najniższą wśród 25 krajów OECD wartość wskaźnika „Udział osób w wieku od 65 lat wzwyż objętych opieką długoterminową” (0,9%). Wartość ta jest ponad dziesięciokrotnie niższa niż średnia w 25 krajach OECD (10,8%). Największa część społeczeństwa w wieku od 65 lat wzwyż została objęta opieką długoterminową w Szwajcarii i Izraelu (odpowiednio 22,4% i 20,2%). Duże różnice w wartościach wskaźników pomiędzy krajami OECD zależą od kilku aspektów, które mogą uniemożliwiać ich bezpośrednie porównywanie, tj. struktury demograficznej populacji poszczególnych krajów, przyjętej definicji opieki

¹⁷⁴ L. Kimber-Dziwisz, *Raport Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych za rok 2014, 2015*, <https://docplayer.pl/7788421-Raport-konsultanta-wojewodzkiego-w-dziedzinie-pielęgniarstwa-przewlekle-chorych-i-niepełnosprawnych-za-rok-2014.html>, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

¹⁷⁵ *Health at a Glance 2019 OECD Indicators*, OECD, 2019, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1588682016&id=id&accname=guest&checksum=E7EC6091B7BCEC3E15659CC2DC4C8B7E>, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

długoterminowej¹⁷⁶ oraz błędów w sprawozdawczości. Jak podaje OECD, średnio 67,5% osób w wieku od 65 lat wżwż objętych opieką długoterminową otrzymuje świadczenia w warunkach domowych. Największy udział opieki domowej odnotowano w Izraelu (92%), zaś najniższy w Portugalii (32%). W Polsce w 2017 r. 62,8% osób (w 2019 r. 61,2%) w wieku od 65 lat wżwż objętych opieką długoterminową korzystało ze świadczeń w warunkach domowych¹⁷⁷. W porównaniu do 33 krajów OECD Rzeczpospolita Polska ma również jeden z najniższych wskaźników liczby łózek w opiece długoterminowej na 1 000 ludności w wieku od 65 lat wżwż (11,9). Jest to ponad 4-krotnie mniej niż średnio w 33 badanych krajach. Gorzej wypadają tylko Grecja (4,5) i Turcja (8,7). Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w Luksemburgu (82,8) i Holandii (76,4).

W raporcie OECD ujęto również zakażenia związane z pobytem w placówkach opieki zdrowotnej. Udział osób w opiece długoterminowej z co najmniej jednym zakażeniem związanym z opieką zdrowotną wyniósł 3,9% i był zbliżony do średniej dla 19 badanych krajów OECD (3,8%). Najgorsze wyniki odnotowano w Hiszpanii (8,5%) i Grecji (6,3%), zaś najlepsze na Litwie (0,9%) i Węgrzech (1%)¹⁷⁸. W przypadku zakażeń bakteryjnych opornych na antybiotyki procent zakażeń bakteryjnych w Polsce jest 1,6 razy większy od średniej dla 10 krajów OECD¹⁷⁹.

Pod względem odsetka rezydentów placówek opieki długoterminowej z odleżynami Rzeczpospolita Polska również wypadła nieco słabiej na tle krajów OECD. Wartość wskaźnika wyniosła w Polsce 8,4% i była o 58,5% wyższa od średniej dla 18 badanych krajów OECD (5,3%). Gorzej sytuacja wyglądała tylko w Portugalii (13,1%), we Włoszech (9,9%) oraz w Hiszpanii (9,7%). Z kolei najniższe wartości wskaźnika zaraportowano na Litwie (0,9%) i Węgrzech (1,9%).

Jak podaje OECD, w porównaniu do innych sektorów opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej odnotowano najwyższy wzrost wydatków w ostatnich latach. Starzenie się populacji prowadzi do potrzeby zapewnienia bieżącej opieki zdrowotnej i społecznej większej liczbie osób, a rosnące dochody zwiększają również oczekiwania dotyczące jakości życia w starszym wieku. W związku ze starzeniem się społeczeństwa możliwości zapewnienia opieki nieformalnej będą również maleć. Wszystkie te czynniki wywierają presję na zwiększenie

¹⁷⁶ W przypadku wartości dla Rzeczypospolitej Polskiej (0,9%) pod uwagę nie wzięto opieki długoterminowej świadczonej w warunkach domowych. Szczegółowy opis źródeł danych dla poszczególnych krajów: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=be9656b8-7f61-4a03-a1fc-bc503f459749>, dostęp w dniu 02.06.2020 r., <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=4b1884af-0b8b-4f3f-994a-7cc4b30d73a0>, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

¹⁷⁷ Opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ. Na cele raportu OECD nie sprawozdano świadczeń udzielanych w warunkach domowych za 2017 r.

¹⁷⁸ W raporcie OECD wskazano na ograniczoną reprezentatywność próby w krajach.

¹⁷⁹ Na podstawie złożonego wskaźnika oporności na antybiotyki opracowanego przez ECDC. Uwzględniono tylko kraje z ponad 15 izolatami bakteryjnymi.

wydatków na opiekę długoterminową w krajach OECD na nadchodzące lata.

W Rzeczypospolitej Polskiej w 2017 r. wydatki na opiekę długoterminową (zdrowotne i społeczne) według rządowych i obowiązkowych systemów ubezpieczeń były jednymi z najniższych (0,4% PKB). Najwięcej na opiekę długoterminową przeznaczono w Holandii (3,7% PKB) oraz w krajach skandynawskich (od 2,2 do 3,3% PKB). Średnia w 17 krajach OECD wyniosła 1,7%.

W krajach UE obserwuje się coraz częstszą tendencję do rozwijania usług opieki domowej oraz dziennych form wsparcia, podczas gdy dąży się do zmniejszenia opieki instytucjonalnej. Opieka, w szczególności w domach pacjentów, ma na celu promocję lub ochronę zdolności do samodzielnego życia i samoopieki. Na ogół opieka domowa składa się z ośrodków opieki dziennej, które oferują kompletny pakiet usług dla osób potrzebujących w ciągu dnia – takich jak zapewnienie posiłków, codzienna pielęgnacja, usługi edukacyjne i rehabilitacyjne oraz integracja osób starszych¹⁸⁰.

Zgodnie z danymi z Narodowego Rachunku Zdrowia w 2017 r. spośród wydatków na ochronę zdrowia w zakresie opieki długoterminowej (HC.3 w klasyfikacji ICHA-HC¹⁸¹) przeznaczono 7 780 mln PLN, z czego 660 mln PLN na szpitale, 1 110 mln PLN na stacjonarne zakłady opieki długoterminowej, 830 mln PLN na świadczeniodawców AOS oraz 5 200 mln PLN na pozostałe jednostki w ramach sektorów gospodarki. Łączne wydatki na stacjonarne zakłady opieki długoterminowej (HP.2 w klasyfikacji ICHA-HP) wyniosły 1 400 mln PLN, z czego 1 180 mln PLN stanowiły wydatki publiczne, 200 mln PLN wydatki prywatne, a 20 mln PLN opłaty bezpośrednie z gospodarstw domowych¹⁸². Według sprawozdań finansowych NFZ¹⁸³ koszty świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wyniosły w 2018 r. 1 630 mln PLN, a w 2019 r. 1 875 mln PLN, co stanowi 2% kosztów przeznaczanych na świadczenia opieki zdrowotnej. Zgodnie z planami finansowymi z sierpnia 2020 r. w

¹⁸⁰ B. Lipszyc, E. Sail, A. Xavier, *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*, EUROPEAN ECONOMY, 2012, https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

¹⁸¹ Międzynarodowa Klasyfikacja Rachunków Zdrowia (*ICHA – International Classification for Health Accounts*) pozwala na analizę ochrony zdrowia z różnych punktów widzenia: źródeł finansowania (Klasyfikacja źródeł finansowania ochrony zdrowia, *ICHA-FH – Classification of Sources of Funding*), dostawców usług i dóbr z zakresu ochrony zdrowia (Klasyfikacja dostawców dóbr i usług z zakresu ochrony zdrowia, *ICHA-HP – Classification of Health Care Providers*) oraz funkcji ochrony zdrowia (Klasyfikacja funkcjonalna ochrony zdrowia, *ICHA-HC – Classification of Health Care Functions*).

¹⁸² *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, GUS, 2018, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/9/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2018.pdf, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

¹⁸³ Sprawozdania finansowe NFZ, <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, dostęp w dniu 21.09.2020 r.

2020 r. NFZ ma zamiar przeznaczyć na opiekę długoterminową 2 038 mln PLN¹⁸⁴. Jest to o 25% więcej w porównaniu do 2018 r. i o 8,7% więcej niż w 2019 r.

Tabela 45. Wydatki na opiekę długoterminową w latach 2016-2019 oraz plan na 2020 według sprawozdań NFZ

	2016	2017	2018	2019	2020 (plan)
Kwota [mln PLN]	1 296	1 481	1 630	1 875	2 038
Zmiana [r/r]	-	+14,3%	+10,1%	+15,0%	+8,7%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia

Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest realizowana w warunkach stacjonarnych (zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze) oraz domowych (przez zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej). Opieka domowa jest świadczona przez personel pielęgniarstwa opieki długoterminowej w domu pacjenta. Pielęgniarstwą opieką długoterminową są objęci pacjenci, którzy nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych. Ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają jednak systematycznej i intensywnej opieki realizowanej we współpracy z lekarzem POZ. Kryterium kwalifikacyjnym do objęcia opieką długoterminową jest stan zdrowia pacjenta, który determinuje zapotrzebowanie na dany charakter świadczeń.

Zarówno w opiece stacjonarnej, jak i domowej świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej będą udzielane świadczeniobiorcom, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (tzw. *skala Barthel*) uzyskali od 0 do 40 punktów. Stan pacjenta w większości przypadków jest również oceniany za pomocą *skali Glasgow*, która umożliwia ocenę ilościową stanu świadomości pacjenta¹⁸⁵.

W przypadku opieki domowej podstawą objęcia chorego pielęgniarstwą opieką długoterminową jest: skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, kwalifikacja pielęgniarstwa do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową oraz pisemna zgoda pacjenta. W przypadku opieki stacjonarnej przed przyjęciem pacjenta do zakładu niezbędna jest ocena lekarza oraz pielęgniarstwa ubezpieczenia zdrowotnego, a także w dniu

¹⁸⁴ Plan finansowy NFZ na 2020 r., <https://www.gov.pl/web/zdrowie/plany-finansowe-nfz>, dostęp w dniu 10.09.2020 r.

¹⁸⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

przyjęcia ocena lekarza i pielęgniarki zakładu opiekuńczego. W 2020 r. jako dodatkowy sposób udzielenia świadczeń w warunkach domowych uznano realizację wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy. Zmiany zostały wprowadzone na skutek epidemii COVID-19¹⁸⁶.

Jedną z form opieki długoterminowej, rozwijaną od 2015 r. jest w Polsce, sąienne domy opieki medycznej (DDOM). Skierowane zostały one do osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności do osób wieku od 65 lat wzwyż, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką POZ i AOS, a jednocześnie nie wymagają oni całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą *Barthel* otrzymali 40-65 punktów.

Świadczenia w DDOM nie są świadczeniami gwarantowanymi. W ramach programu pilotażowego prowadzone były 53 ośrodki w latach 2015-2019. Tworzone są również w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych, dzięki czemu do sierpnia 2019 r. powstało 78 dziennych domów¹⁸⁷.

Opieka długoterminowa w ramach polityki społecznej

Oprócz podmiotów finansowanych z NFZ osoby potrzebujące mogły skorzystać ze świadczeń w domach pomocy społecznej (DPS)¹⁸⁸ oraz w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku.

W ramach polityki społecznej blisko 48% wszystkich zakładów stacjonarnych pomocy społecznej stanowiły domy pomocy społecznej. Na koniec 2019 r. na terenie Rzeczypospolitej Polskiej działało 875 domów pomocy społecznej i 385 placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej. Ośrodki te dysponowały łącznie 96,6 tys. miejsc (w tym 82,8 tys. miejsc zostało zapewnionych w DPS i 13,8 tys. miejsc w placówkach zapewniających całodobową opiekę niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku). W porównaniu do 2018 r. liczba DPS nie zmieniła się, zaś liczba placówek zapewniających całodobową opiekę osobom

¹⁸⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

¹⁸⁷ Dzienny dom opieki medycznej organizacja i zadania, Ministerstwo Zdrowia, 2015, s. 5, https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/6854/Zalacznik_1_Dzienny_dom_opieki_med.pdf, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

¹⁸⁸ Za pobyt w DPS płaci pensjonariusz, ale w zależności od dochodów i sytuacji prawnej takiej osoby koszty pobytu mogą pokrywać również krewni i gmina (Art. 61 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593)).

niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku wzrosła o 22 ośrodki. Na koniec 2019 r. w placówkach stacjonarnych pomocy społecznej przebywało 112,5 tys. osób, z czego 73% stanowili mieszkańcy DPS, a 11,8% pensjonariusze placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Większość mieszkańców tych placówek to osoby starsze, które ukończyły 60. rok życia (72,5 tys.), natomiast najmniej liczną grupę stanowiły osoby do 17. roku życia (1,9 tys.)¹⁸⁹.

Nieformalna opieka długoterminowa

Opieka nieformalna odgrywa ważną rolę w całości opieki długoterminowej zarówno w Europie, jak i w Polsce. Opiekunami osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w większości są członkowie rodziny, przyjaciele lub najbliżsi sąsiedzi, którzy nie otrzymują wynagrodzenia lub otrzymują jedynie niewielkie wynagrodzenie za opiekę bezpośrednio od osoby objętej opieką. Jednakże przewiduje się, że na skutek zmian tradycyjnego modelu rodziny i stylu życia społeczeństwa, opieka nieformalna w przyszłości stanie się mniej znaczącą formą opieki niż obecnie. Prognozuje się, że zmiany takie przełożą się na wzrost zapotrzebowania na usługi związane z opieką długoterminową finansowane ze środków publicznych¹⁹⁰.

Badanie *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna*¹⁹¹ wskazało charakterystyczne cechy opieki nieformalnej w Polsce. Główne wnioski wynikające z badania:

- w obszarze wsparcia osób niesamodzielnych widoczne jest zjawisko feminizacji roli opiekuna nieformalnego (67% opiekunów to kobiety),
- opiekunowie nieformalni znajdują się najczęściej w średnim i późnym okresie dorosłości, 70% opiekunów to osoby w wieku od 41 lat do 70 lat (74,8% kobiet, 72,9% mężczyzn),
- opiekunowie nieformalni są najczęściej opiekunami rodzinnymi (83,1%),
- osobą, wobec której świadczona jest opieka nieformalna, jest najczęściej rodzic (50,8%), inny członek rodziny (16%) oraz małżonek (13,4%). W niespełna połowie

¹⁸⁹ *Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2018 roku*, GUS, 2018, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spoecznej-w-2018-roku,18,3.html>, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

¹⁹⁰ *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, Bank Światowy, 2015, http://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%20C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

¹⁹¹ *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna*, Obserwatorium Integracji Społecznej, 2017, https://rops.poznan.pl/wp-content/uploads/2018/06/raport_Pog%20%20C4%99bione-studium-us%20%20C5%82ug-opieku%20%20C5%84czych-skierowanych-do-os%20%20C3%B3b-starszych.-%20%20C5%9Arodowiskowa-opieka-formalna-i-nieformalna_wersja-ko%20%20C5%84cowa.pdf, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

przypadków (48,9%) osoba wymagająca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu zamieszkuje wraz z opiekunem, a więc najczęściej ze swoim dzieckiem. Osobą najczęściej zamieszkującą z opiekunem jest senior znacznie niesprawny (44,7%). W 67% przypadków opieka nieformalna trwa powyżej 2 lat, a w co trzecim powyżej 5 lat,

- w badanej grupie opiekunów nieformalnych podjęcie opieki nad osobą starszą, w opinii 74% z nich, na ogół nie wpływa negatywnie na sytuację materialną rodziny. Być może taka sytuacja wynika z tego, że 52% opiekunów jest aktywnych zawodowo, natomiast wśród osób niepracujących, aż 66% pobiera emeryturę lub rentę,
- opiekunowie nieformalni mogą być narażeni na doświadczanie negatywnych zjawisk wynikających z nadmiernego obciążenia obowiązkami, do których można zaliczyć, np. wypalenie opiekuńcze (syndrom opiekuna), co w konsekwencji może doprowadzić do pogorszenia jego stanu zdrowia.

Ponadto według badań przeprowadzonych przez Bank Światowy w 2015 r. przewiduje się, że do 2050 r. proporcja 11 osób zdrowych przypadających na 1 osobę wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w stopniu znacznym, zmieni się na 5 osób zdrowych przypadających na 1 osobę wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w stopniu znacznym¹⁹². Tak niekorzystny prognozowany stosunek liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych do liczby osób wymagających opieki wskazuje na potrzebę dalszego rozwijania usług opieki formalnej.

9.1. Analiza opieki długoterminowej

Przedmiotem analiz są świadczenia realizowane w ramach umowy z rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oparte o dane z NFZ dotyczące świadczeń sprawozdanych za 2019 r.

Charakterystyka pacjentów

Opieką długoterminową w systemie zdrowia w większości są objęte osoby w wieku od 65 lat wzwyż, które stanowią 85% pacjentów. Z kolei pacjenci w wieku powyżej 80 lat stanowią 56%. Analizując rozkład płci, możemy zaobserwować przewagę kobiet, które stanowią 67% wszystkich pacjentów. Udział kobiet jest jednak różny w poszczególnych grupach wiekowych, wśród pacjentów poniżej 65. roku życia kobiety stanowią 41%, a w grupie wiekowej powyżej 80 lat już 79%. 65% pacjentów to mieszkańcy miast.

¹⁹² *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, Bank Światowy, 2015, http://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

Tabela 46. Struktura demograficzna pacjentów w 2019 r.

Przedziały wiekowe	Liczba pacjentów w opiece długoterminowej [tys.]	Liczba pacjentów w opiece stacjonarnej [tys.]	Liczba pacjentów w opiece domowej [tys.]
<18	1,2	0,5	0,8
18-39	2,9	0,5	2,4
40-64	12,5	4,3	8,3
65-79	31,1	12,1	19,4
Od 80 lat wzwyż	62,1	25,2	37,7

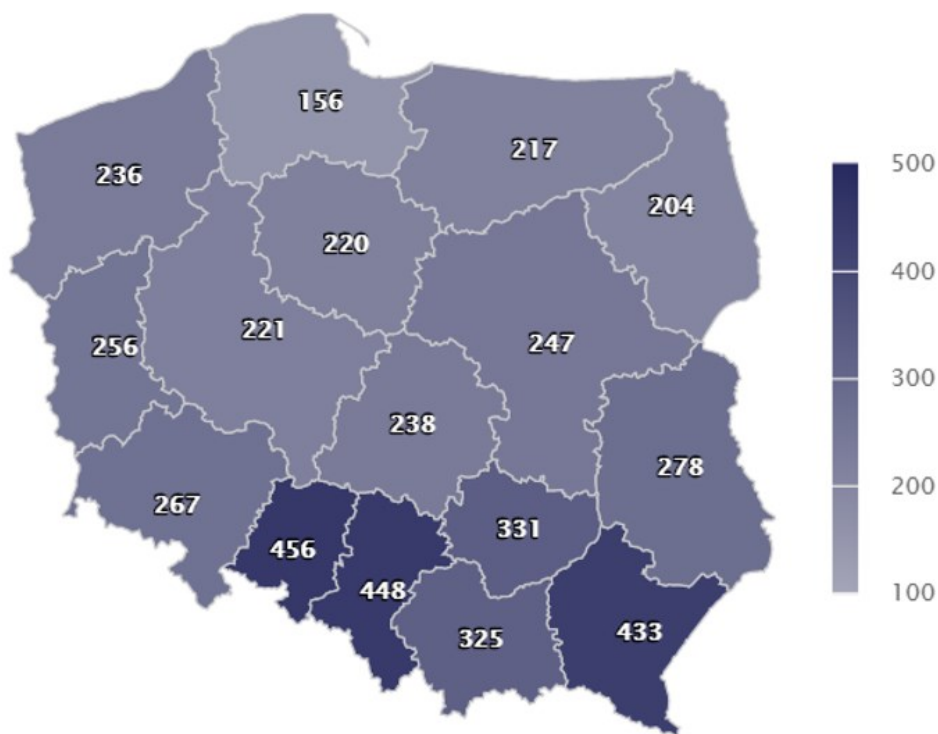
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W 2019 r. ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej finansowanych ze środków NFZ skorzystało 109,8 tys. pacjentów. 1,2 tys. stanowiły osoby poniżej 18. roku życia, natomiast 93 tys. to pacjenci w wieku od 65 lat wzwyż, co stanowi 1,34%¹⁹³ wszystkich osób w tym wieku. Pacjentów w wieku od 80 lat wzwyż było 62,1 tys., co stanowiło 3,7% osób w tym wieku. Według raportu OECD¹⁹⁴ jest to najniższa wartość wśród 25 krajów OECD (średnia dla badanych krajów to 10,8%). Liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki długoterminowej na 100 tys. ludności była również zróżnicowana w poszczególnych województwach. Najwyższą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: opolskie (456), śląskie (448), podkarpackie (433), zaś najniższe wskaźniki odnotowano w województwach: pomorskim (156), podlaskim (204) i warmińsko-mazurskim (217). Średnia dla kraju wynosiła (286). Wartość poniżej średniej odnotowano w 11 województwach.

¹⁹³ Według raportu OECD *Health at a Glance 2019* udział pacjentów opieki długoterminowej w Polsce wśród pacjentów powyżej 65. roku życia to 0,9%. W raporcie nie wzięto pod uwagę opieki domowej. <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=4b1884af-0b8b-4f3f-994a-7cc4b30d73a0>, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

¹⁹⁴ *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-19991312.htm>, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

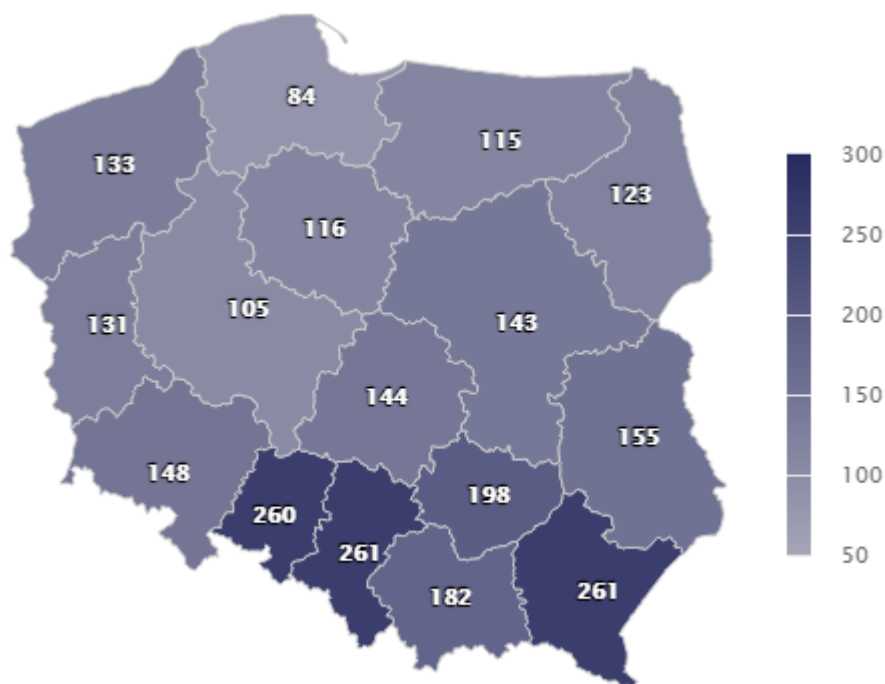
Rysunek 196. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności pod względem miejsca udzielenia świadczeń w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Najwięcej pacjentów w wieku od 80 lat wzwyż na 100 000 ludności leczonych w ramach opieki długoterminowej zanotowano w województwach: śląskim (261), podkarpackim (261) oraz opolskim (260), najmniej zaś w województwach: pomorskim (84), wielkopolskim (105) oraz warmińsko-mazurskim (115) i kujawsko-pomorskim (116).

Rysunek 197. Liczba pacjentów w wieku od 80 lat wzwyż na 100 tys. ludności leczonych w ramach opieki długoterminowej w 2019 r.



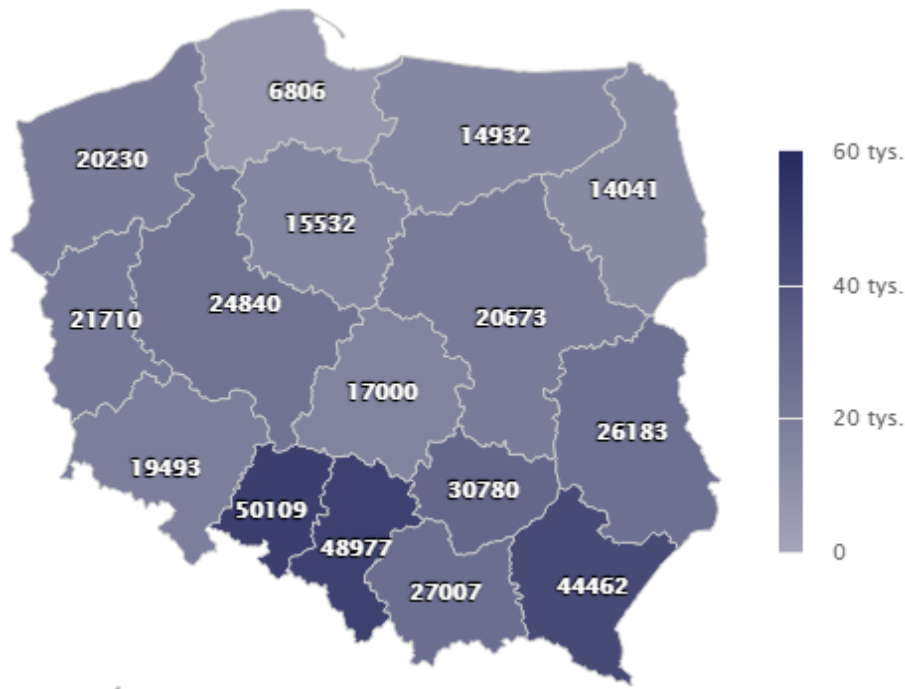
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Analiza liczby świadczeń

W 2019 r. przeprowadzono 9,9 mln wizyt z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych¹⁹⁵. Najwięcej zrealizowano w przypadku pacjentów w wieku od 80 lat wzwyż (5,68 mln wizyt). Rozkład wizyt na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny we wszystkich województwach. Najwyższą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: opolskie (50 109), śląskie (48 977) oraz podkarpackie (44 462), zaś najniższą województwa: pomorskie (6 806), podlaskie (14 041) oraz warmińsko-mazurskie (14 932). Średnia dla Polski wynosi 25 789. Wartość poniżej średniej odnotowano w 10 województwach.

¹⁹⁵ Jako wizytę uznano wizytę pielęgniarki długoterminowej lub fizjoterapeuty z indywidualnym kodem produktu.

Rysunek 198. Liczba wizyt na 100 tys. ludności względem miejsca udzielenia świadczeń w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Analiza rozpoznań

Najczęstszym rozpoznaniem, z jakim trafiają pacjenci do opieki długoterminowej, są: przebyty udar (18% pacjentów), choroba Alzheimera (15% pacjentów) oraz choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia (11% pacjentów). Osoby poniżej 40. roku życia najczęściej trafiają pod opiekę długoterminową z chorobami układu nerwowego i oddechowego, niepełnosprawnością intelektualną lub z wadami wrodzonymi.

Tabela 47. Rozkład najczęstszych rozpoznań, z jakim trafiają pacjenci do opieki długoterminowej, w 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej

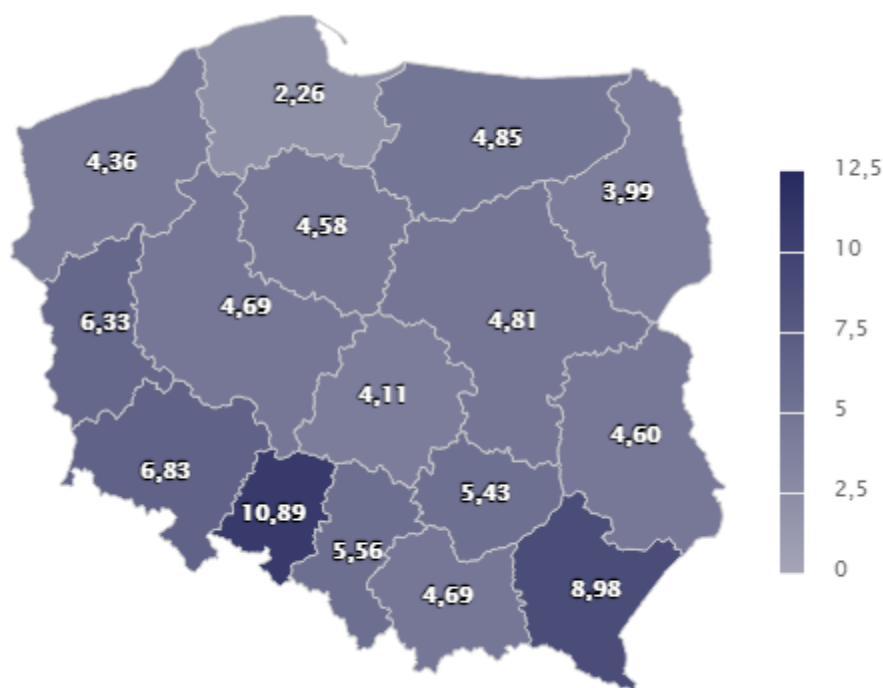
Podgrupa chorób	Liczba pacjentów	% pacjentów
Udar	19 460	17,7
Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne	16 223	14,8
Pozostałe choroby	15 101	13,8
Inne choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia	12 042	11
Inne choroby układu nerwowego	7 097	6,5
Choroba tętnic obwodowych	7 043	6,4
Inne przewlekłe choroby układu oddechowego	6 702	6,1
Inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego	3 825	3,5
Cukrzyca	3 518	3,2
Odleżyna	2 633	2,4

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Finansowanie

W Rzeczypospolitej Polskiej w ramach systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków NFZ funkcjonuje 1 999 podmiotów realizujących opiekę długoterminową, w tym 466 świadczących opiekę stacjonarną oraz 1 614 świadczących opiekę domową (część ośrodków udziela świadczeń w warunkach stacjonarnych i domowych). Placówki te znajdują się głównie w dużych miastach i okolicach. Wiele powiatów posiada tylko jeden ośrodek opieki domowej bez ośrodka stacjonarnego. Świadczeń w warunkach domowych nie udzielano w 3 powiatach, w przypadku 2 z nich na ich terenie są miasta na prawach powiatu, w których dostęp do tego zakresu świadczeń został zapewniony.

Rozmieszczenie liczby ośrodków na 100 tys. ludności nie było równomierne względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: opolskie (10,89), podkarpackie (8,98), dolnośląskie (6,83), najmniejszą zaś województwa: pomorskie (2,26), podlaskie (3,99) i łódzkie (4,11). Średnia dla kraju wynosiła 5,2. Wartość poniżej średniej odnotowano w 10 województwach.

Rysunek 199. Liczba ośrodków opieki długoterminowej na 100 tys. ludności w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Kadry

Niekorzystne zmiany demograficzne prowadzące do starzenia się społeczeństwa przyczyniają się do wzrostu zapotrzebowania na kadry medyczne w opiece zdrowotnej oraz kadry opiekuńcze w opiece długoterminowej. W 2019 r. w ramach opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ świadczeń udzielało 33,7 tys. pracowników, z czego 4,2 tys. stanowił personel lekarski, 5 tys. fizjoterapeuci, a 24,3 tys. personel pielęgniarski. Większość lekarzy (3,1 tys.) udzielało świadczeń w opiece stacjonarnej (w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgniacyjno-opiekuńczym), podczas gdy w zespołach długoterminowej opieki domowej pracowało 1,2 tys. lekarzy.

Tabela 48. Liczba pracowników w opiece długoterminowej w ramach umów z NFZ w 2019 r.

Rodzaj opieki		Personel lekarski	Personel pielęgniarski	Fizjoterapeuci
Opieka domowa	Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	0	13 851	12
	Zespół długoterminowej opieki domowej	1 210	1 752	1 990
	Opieka domowa – suma	1 210	15 450	2 001
Opieka stacjonarna	Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub opiekuńczo-leczniczy	3 132	10 008	3 205
Ogółem		4 194	24 300	5 031

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W zakładach opiekuńczo-leczniczych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych zatrudnionych było 10 tys. osób z personelu pielęgniarskiego, podczas gdy w opiece domowej – 15,4 tys., z czego 13,8 tys. w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, a 1,7 tys. w zespole długoterminowej opieki domowej.

Biorąc pod uwagę specjalizację lekarzy opieki długoterminowej, najwięcej lekarzy specjalizowało się w chorobach wewnętrznych (1 382), anestezjologii i intensywnej terapii (964) oraz neurologii (576).

Tabela 49. Najczęściej występujące specjalizacje wśród lekarzy opieki długoterminowej w 2019 r.

Dziedzina specjalizacji	Personel lekarski
Choroby wewnętrzne	1 382
Anestezjologia i intensywna terapia	964
Neurologia	576
Psychiatria	448
Choroby płuc	338

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Pod względem rozmieszczenia terytorialnego najwięcej lekarzy pracuje na terenie województwa śląskiego (569), mazowieckiego (527) oraz małopolskiego (409), zaś najmniej na terenie województwa lubuskiego (106), opolskiego (151) oraz zachodniopomorskiego (154). Biorąc pod uwagę pielęgniarską opiekę długoterminową, najwięcej personelu pielęgniarskiego udzielało świadczeń na terenie województwa śląskiego (4 939), mazowieckiego (2 742) oraz podkarpackiego (2 480), zaś najmniej na terenie województwa warmińsko-mazurskiego (559), podlaskiego (589) oraz lubuskiego (606).

Tabela 50. Liczba pracowników personelu medycznego na terenie kraju w opiece długoterminowej w 2019 r.

Województwo	Personel lekarski	Personel pielęgniarski	Fizjoterapeuci
dolnośląskie	371	1 825	482
kujawsko-pomorskie	231	835	201
lubelskie	255	1 264	261
lubuskie	106	606	135
łódzkie	256	1 294	268
małopolskie	409	2 264	643
mazowieckie	530	2 742	636
opolskie	151	1 114	174
podkarpackie	316	2 480	373
podlaskie	190	589	154
pomorskie	237	675	199
śląskie	569	4 939	665
świętokrzyskie	180	1 102	186
warmińsko-mazurskie	189	559	159
wielkopolskie	304	1 526	419
zachodniopomorskie	154	788	183
Ogółem	4 197	24 300	5 031

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Kolejki oczekujących

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) od 1 stycznia 2020 r. zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz zespoły długoterminowej opieki domowej i pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej są zobowiązane prowadzić harmonogramy i listy oczekujących.

W lutym 2020 r. najwięcej pacjentów oczekiwało na miejsce w ośrodkach stacjonarnych. Na miejsce w zakładach opiekuńczo-leczniczych oczekiwało 8,6 tys. pacjentów, a w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych 3 tys. pacjentów. Czas oczekiwania w zależności od kategorii medycznej wynosił od 144 do 293 dni. W pielęgniarstwie opieki domowej w kolejce czekało 5,3 tys. pacjentów, ze średnim czasem oczekiwania w przypadku pilnym średnio 107 dni, a w przypadku stabilnym 85 dni¹⁹⁶.

Tabela 51. Kolejki do zakładów opieki długoterminowej w podziale na rodzaj i kategorię medyczną w 2020 r.

Kolejka	Kategoria medyczna	Liczba oczekujących		Przeciętny czas oczekiwania		Liczba świadczeniodawców	
		01/2020	02/2020	01/2020	02/2020	01/2020	02/2020
Opieka domowa		01/2020	02/2020	01/2020	02/2020	01/2020	02/2020
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	przypadek pilny	697	1339	92,9	106,5	84	160
	przypadek stabilny	2 205	4 005	87,8	84,5	244	427
Zespół długoterminowej opieki domowej	przypadek pilny	0	1	0,0	0,0	0	1
	przypadek stabilny	29	44	4,3	4,0	7	12
Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci	przypadek pilny	0	0	0,0	0,0	0	0
	przypadek stabilny	11	9	5,8	7,0	5	7
Opieka stacjonarna		01/2020	02/2020	01/2020	02/2020	01/2020	02/2020

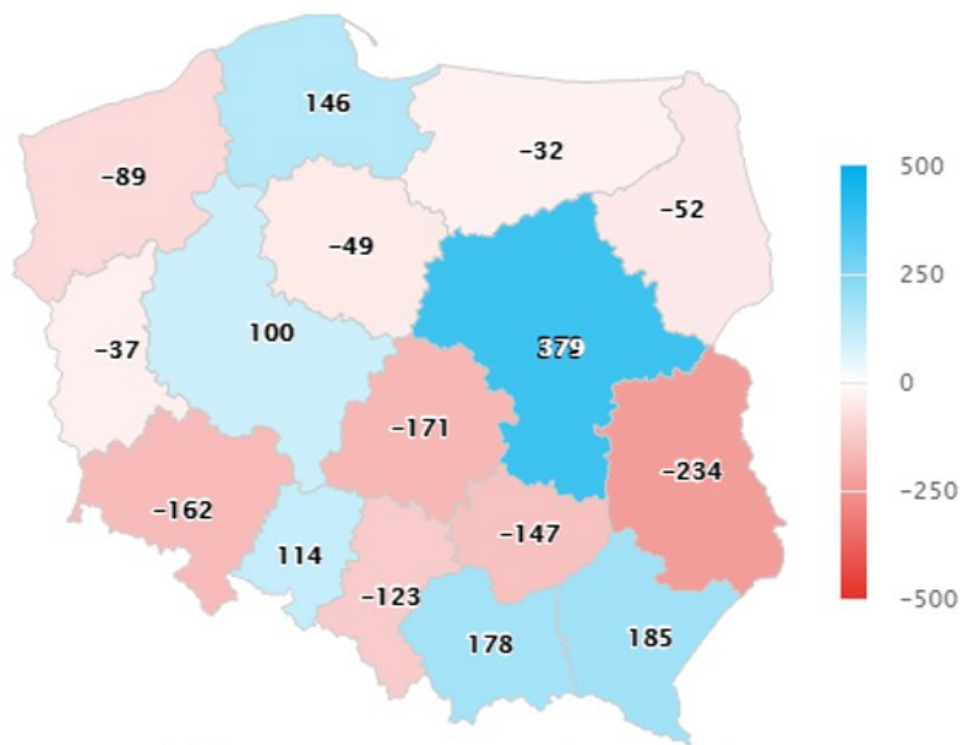
¹⁹⁶ Aplikacja kolejkowa: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406>

Zakład/oddział opiekunczo- lecniczy	przypadek pilny	722	945	94,9	152,1	54	81
	przypadek stabilny	3 962	7 729	141,0	293,5	123	203
Zakład/oddział opiekunczo- lecniczy dla dzieci	przypadek pilny	0	0	0,0	0,0	0	0
	przypadek stabilny	5	6	11,2	7,5	2	2
Zakład/oddział pielęgnacyjno- opiekuńczy	przypadek pilny	158	329	56,6	172,3	20	29
	przypadek stabilny	1 742	2 686	114	143,8	48	75
Zakład/oddział pielęgnacyjno- opiekuńczy dla dzieci	przypadek pilny	0	0	0,0	0,0	0	0
	przypadek stabilny	0	0	0,0	0,0	0	0

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Migracje pacjentów

Ważnym wskaźnikiem mówiącym o dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej jest saldo migracji (różnica pomiędzy liczbą pacjentów z innych obszarów leczoną na danym obszarze a liczbą pacjentów z tego obszaru leczoną na innym obszarze). Ujemna wartość salda migracji może wskazywać na słabą dostępność do świadczeń na danym terenie. Najniższe saldo migracji odnotowano w województwach: lubelskim (-234), łódzkim (-171) i dolnośląskim (-162), zaś najwyższe w województwach: mazowieckim (379), podkarpackim (185) i małopolskim (178). Ujemną wartość salda migracji odnotowano w 10 województwach. Zróżnicowane odsetki migracji w województwach wskazują na nierówności w zapewnieniu odpowiedniej opieki.

Rysunek 200. Saldo migracji między województwami w 2019 r.

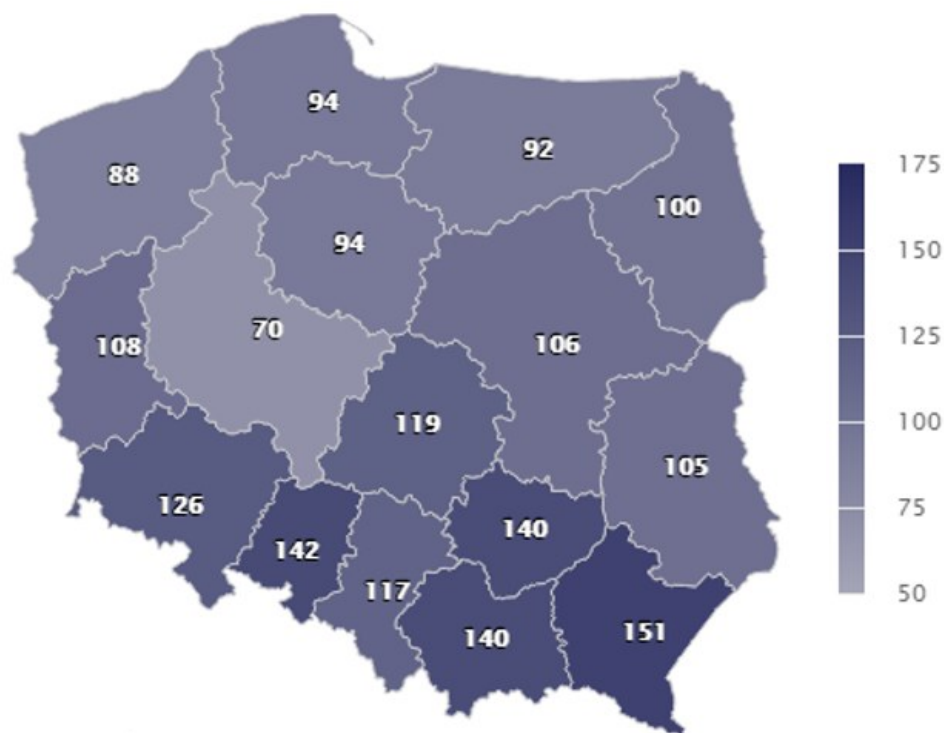
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

9.2. Opieka stacjonarna

Charakterystyka pacjentów

Ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych skorzystało w 2019 r. 42,6 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 111. Najwięcej pacjentów odnotowano w województwach: podkarpackim (151), opolskim (142) oraz małopolskim (140) i świętokrzyskim (140), najmniej zaś w województwach: wielkopolskim (70), zachodniopomorskim (88) i warmińsko-mazurskim (92). Wartość poniżej średniej odnotowano w 9 województwach.

Rysunek 201. Rozkład wykazanych pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki stacjonarnej na 100 tys. ludności, względem miejsca udzielania świadczeń w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

W przypadku opieki stacjonarnej osoby w wieku od 80 lat wzwyż stanowią 59% pacjentów, w grupie wiekowej 65-79 lat znajduje się 28% pacjentów, 10% stanowi grupa wiekowa 40-64 lat, natomiast 2% pacjentów ma poniżej 40 lat. 68% ogółu pacjentów stanowią kobiety oraz 65% mieszkańcy miast. Według analiz 34% pacjentów ma stwierdzony znaczny stopień niepełnosprawności, a 6% umiarkowany bądź lekki.

Analiza rozpoznań

Najczęstszym rozpoznaniem, z jakim trafiają pacjenci do opieki stacjonarnej (zarówno wśród kobiet i mężczyzn), są osoby po przebytym udarze (23% wszystkich pacjentów), z chorobą tętnic obwodowych (15%) oraz chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi (14%). Około 30% pacjentów między 40. a 79. rokiem życia trafia do opieki stacjonarnej po przebytym udarze. Po 80. roku życia najczęstszym rozpoznaniem wymagającym pomocy stacjonarnej są choroby tętnic obwodowych (20%) oraz przebyty udar (18%).

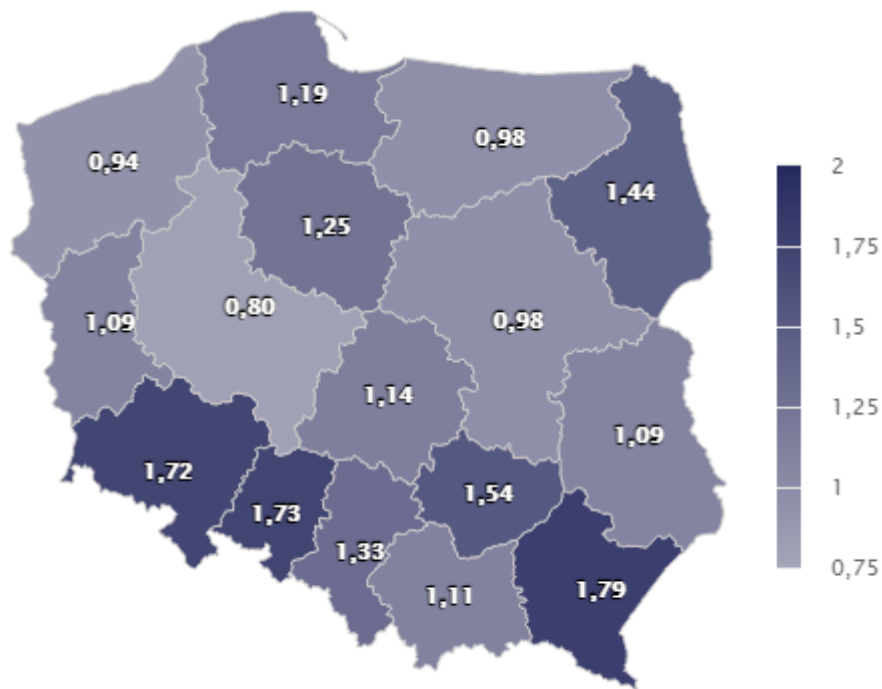
Tabela 52. Rozkład najczęstszych rozpoznań, z jakim trafiają pacjenci do stacjonarnej opieki długoterminowej w 2019 r.

Podgrupa chorób	Liczba pacjentów	% pacjentów
Udar	9 658	22,7
Pozostałe choroby	6 581	15,4
Choroba tętnic obwodowych	6 455	15,1
Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne	5 894	13,8
Inne choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia	4 183	9,8
Inne choroby układu nerwowego	2 218	5,2
Inne przewlekłe choroby układu oddechowego	1 434	3,4
Inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego	809	1,9
Choroba niedokrwienna serca	709	1,7
Cukrzyca	694	1,6

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

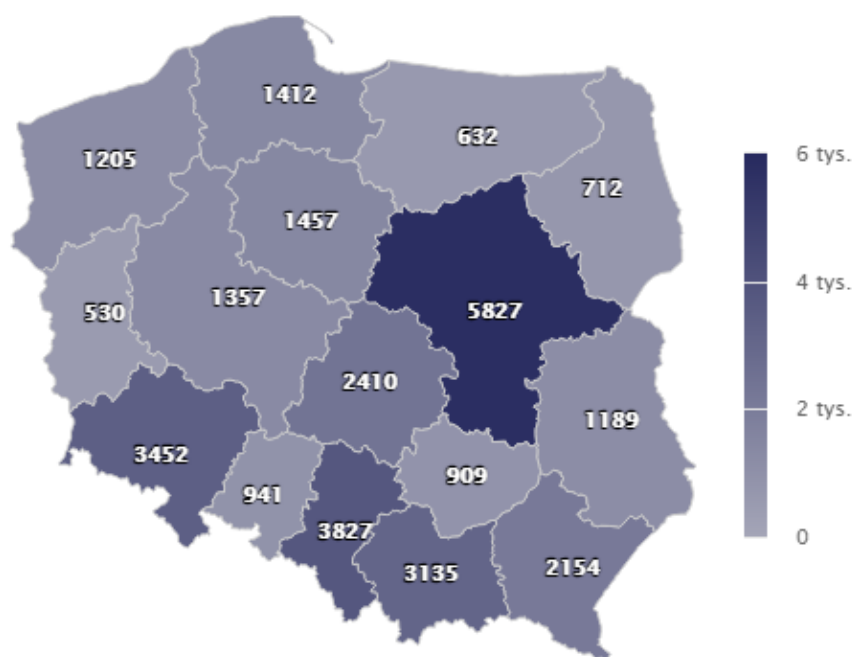
Analiza świadczeniodawców

W 2019 r. w ramach umów z NFZ udzielano świadczeń w 466 placówkach opieki stacjonarnej. Najwięcej stacjonarnych ośrodków opieki długoterminowej mieści się w województwach: śląskim (60), mazowieckim (53), dolnośląskim (50), najmniej zaś w lubuskim (11), warmińsko-mazurskim (14) oraz zachodniopomorskim (16). Liczba ośrodków na 100 tys. ludności wyniosła 1,2. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie (1,79), opolskie (1,73) i dolnośląskie (1,72), najmniejszą zaś województwa wielkopolskie (0,8), zachodniopomorskie (0,94) i warmińsko-mazurskie (0,98). Wartość poniżej średniej odnotowano w 9 województwach.

Rysunek 202. Liczba ośrodków na 100 tys. ludności - opieka stacjonarna w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

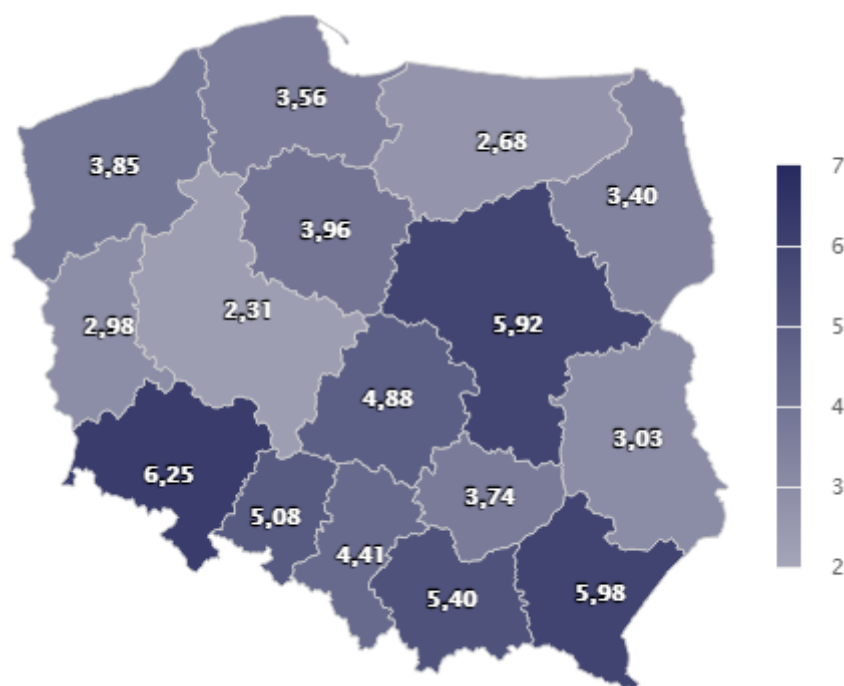
Liczba łóżek w 2019 r. w stacjonarnych ośrodkach opieki długoterminowej wynosiła 31 149. Najwięcej łóżek znajdowało się na terenie województw: mazowieckiego (5 827), śląskiego (3 827) oraz dolnośląskiego (3 452), najmniej zaś na terenie województw: lubuskiego (530), warmińsko-mazurskiego (632) i podlaskiego (712).

Rysunek 203. Liczba łóżek w opiece stacjonarnej w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ, GUS oraz RPWDL

Rozkład liczby łóżek na 1 000 ludności w wieku od 65 lat wzwyż nie był równomierny wśród wszystkich województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: mazowieckie (5,92), podkarpackie (5,98) i dolnośląskie (6,25), najmniejszą zaś województwa: wielkopolskie (2,31), warmińsko-mazurskie (2,68) i lubuskie (2,98). Średnia dla Polski wynosiła 4,48¹⁹⁷. Wartość poniżej średniej odnotowano w 10 województwach¹⁹⁸.

Rysunek 204. Liczba łóżek w ośrodkach stacjonarnych na 1 000 ludności w wieku od 65 lat więcej w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ, GUS oraz RPWDL

¹⁹⁷ Według raportu OECD *Health at a Glance 2019* średnio w Polsce było 11,9 łóżek w populacji ludności od 65 lat wzwyż. Do liczby łóżek w opiece długoterminowej w raporcie OECD wliczono m.in.: łóżka w oddziałach dla przewlekle chorych w szpitalach ogólnych, specjalistycznych i psychiatrycznych, łóżka w szpitalach więziennych. <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e12f2893-2cdc-460f-aba5-6b087278cdca>, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

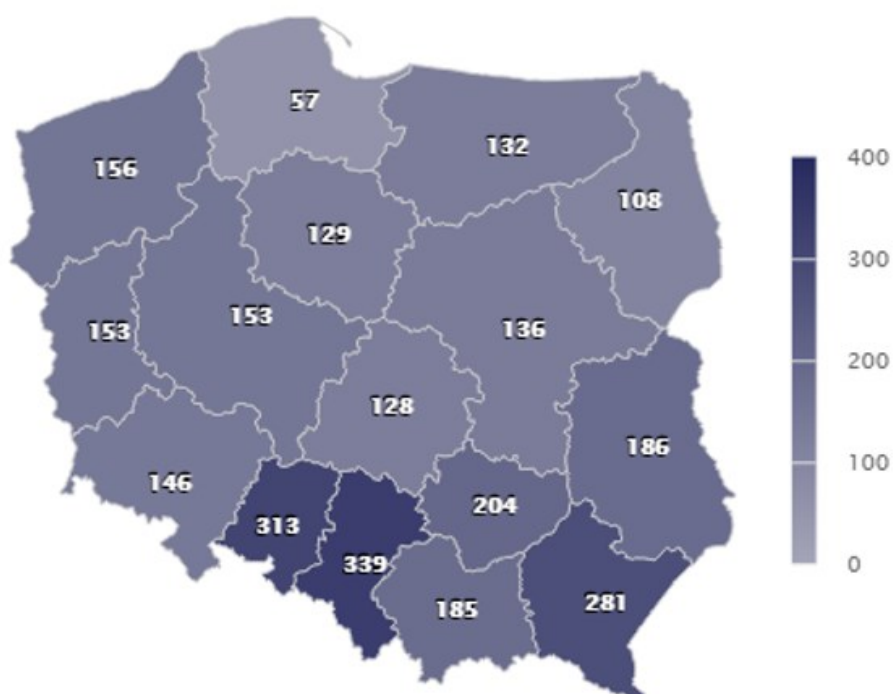
¹⁹⁸ Dane na temat liczby miejsc pobytu dziennego pochodzą z RPWDL, do którego obowiązek sprawozdawczy mają wszyscy świadczeniodawcy. W związku z tym dane uwzględniają także miejsca pobytu dziennego poza NFZ, w tym w szczególności z sektora prywatnego.

9.3. Opieka domowa

Charakterystyka pacjentów

Ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych w 2019 r. skorzystało łącznie ponad 68 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 179. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: śląskie (339), opolskie (313), podkarpackie (281), najmniejszą zaś województwa: pomorskie (57), podlaskie (108) oraz łódzkie (128). Wartość poniżej średniej odnotowano w 10 województwach.

Rysunek 205. Rozkład wykazanych pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki domowej na 100 tys. ludności, względem miejsca udzielania świadczeń w 2019 r.



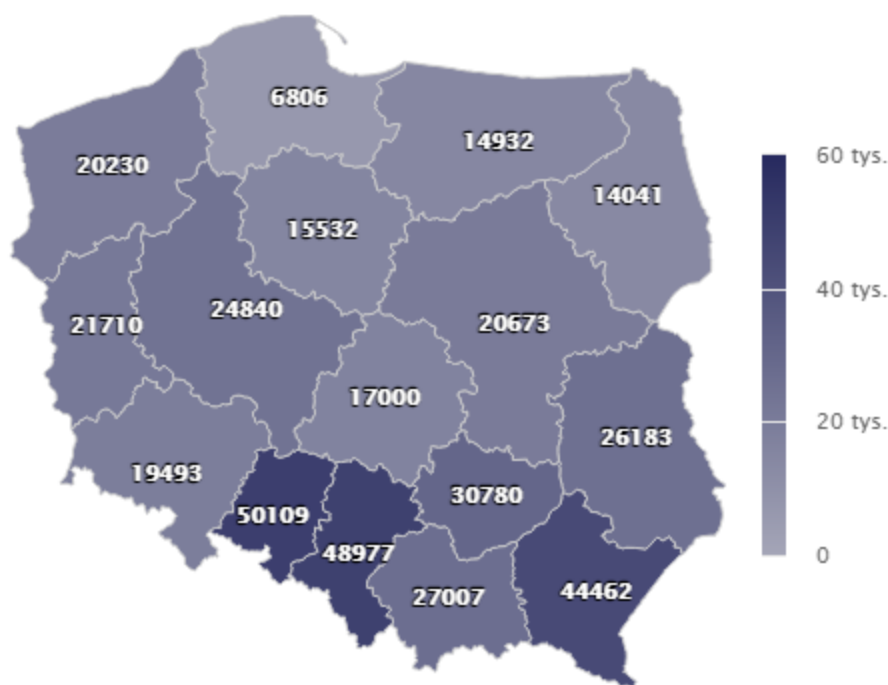
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Podobnie jak w przypadku opieki stacjonarnej, opieką domową również w większości są objęte osoby w wieku powyżej 80. roku życia, które stanowią 55% pacjentów, grupa wiekowa 65-79 lat stanowi 28% pacjentów, 12% stanowi grupa wiekowa 40-64 lat, natomiast 5% pacjentów ma poniżej 40 lat. 67% ogółu pacjentów stanowią kobiety, a 66% mieszkańcy miast. Według danych 45% pacjentów ma stwierdzony znaczny stopień niepełnosprawności, a 6% umiarkowany bądź lekki.

Analiza liczby świadczeń

W ramach opieki domowej udzielono ponad 9,9 mln wizyt z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Liczba wizyt w przeliczeniu na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczenia wyniosła w Polsce 25,8 tys. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: opolskie (50,1 tys.), śląskie (49,0 tys.) i podkarpackie (44,5 tys.), najmniejszą zaś województwa: pomorskie (6,8 tys.), podlaskie (14,0 tys.) i warmińsko-mazurskie (14,9 tys.). Wartość poniżej średniej odnotowano w 10 województwach.

Rysunek 206. Liczba wizyt w przeliczeniu na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń - opieka domowa w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Analiza rozpoznań

Najczęstszym rozpoznaniem, z jakim trafiają pacjenci pod opiekę domową, są choroba Alzheimera (15%), przebyty udar (15%) oraz choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia (12%). Wśród kobiet najczęstszą przyczyną są choroba Alzheimera (17%) i udar (14%), natomiast u mężczyzn – udar (16%), inne przewlekłe choroby układu nerwowego (12%) oraz choroby układu nerwowego (11%) i choroba Alzheimera (11%).

Wśród osób w grupie wiekowej 18-39 lat najczęstszym rozpoznaniem wymagającym opieki domowej (zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn) są inne choroby układu nerwowego (40%),

natomiast w grupie wiekowej 40-64 lata inne przewlekłe choroby układu oddechowego (20%).

Wśród osób starszych (w wieku 65-79 lat) najczęstszym rozpoznaniem wymagającym opieki domowej jest udar (18%), natomiast u osób w wieku od 80 lat wzwyż choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (21%).

Tabela 53. Rozkład najczęstszych rozpoznań, z jakim trafiają pacjenci do domowej opieki długoterminowej w 2019 r. w Polsce.

Podgrupa chorób	Liczba pacjentów	% pacjentów
Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne	10 419	15,2
Udar	9 939	14,5
Pozostałe choroby	8 575	12,5
Inne choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia	7 893	11,5
Inne przewlekłe choroby układu oddechowego	5 312	7,7
Inne choroby układu nerwowego	4 906	7,2
Inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego	3 019	4,4
Cukrzyca	2 830	4,1
Odleżyna	2 505	3,7
Zakażenie bakteryjne skóry	2 321	3,4
Choroba Parkinsona	1 698	2,5

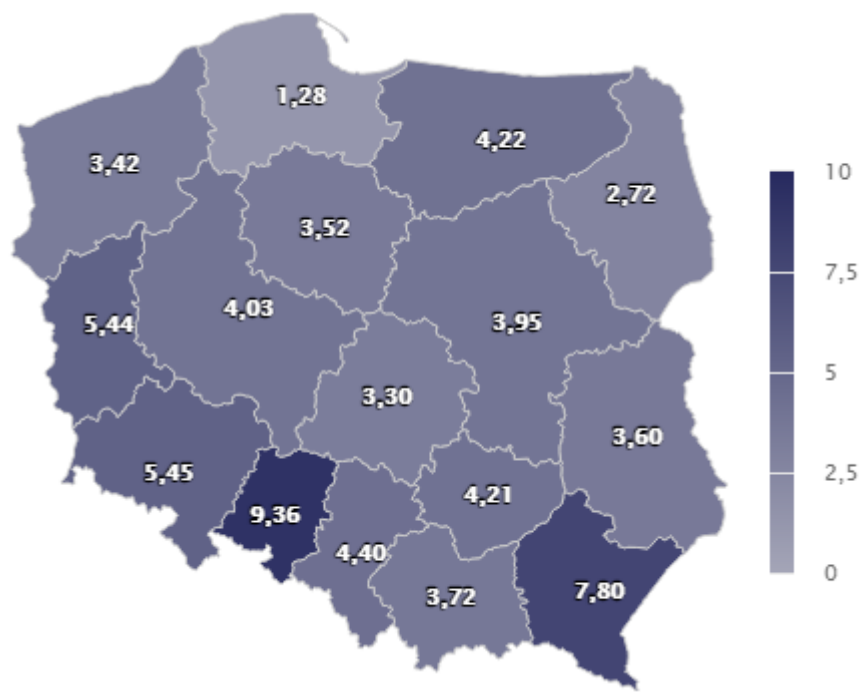
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Analiza świadczeniodawców

W 2019 r. 1 614 ośrodków oferowało swoje usługi w ramach opieki długoterminowej domowej. Najwięcej placówek świadczących opiekę domową mieści się w województwach: mazowieckim (214), śląskim (199) oraz podkarpackim (166), najmniej zaś w województwach: pomorskim (30), podlaskim (32) oraz świętokrzyskim (52). Rozmieszczenie liczby ośrodków na 100 tys. ludności nie było równomierne w województwach. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: opolskie (9,36), podkarpackie (7,8) i dolnośląskie (5,45), najmniejszym zaś województwa: pomorskie (1,28), podlaskie (2,72)

i łódzkie (3,3). Średnia dla kraju wynosiła (4,21). Wartość poniżej średniej odnotowano w 9 województwach.

Rysunek 207. Liczba ośrodków na 100 tys. ludności – opieka domowa w 2019 r.

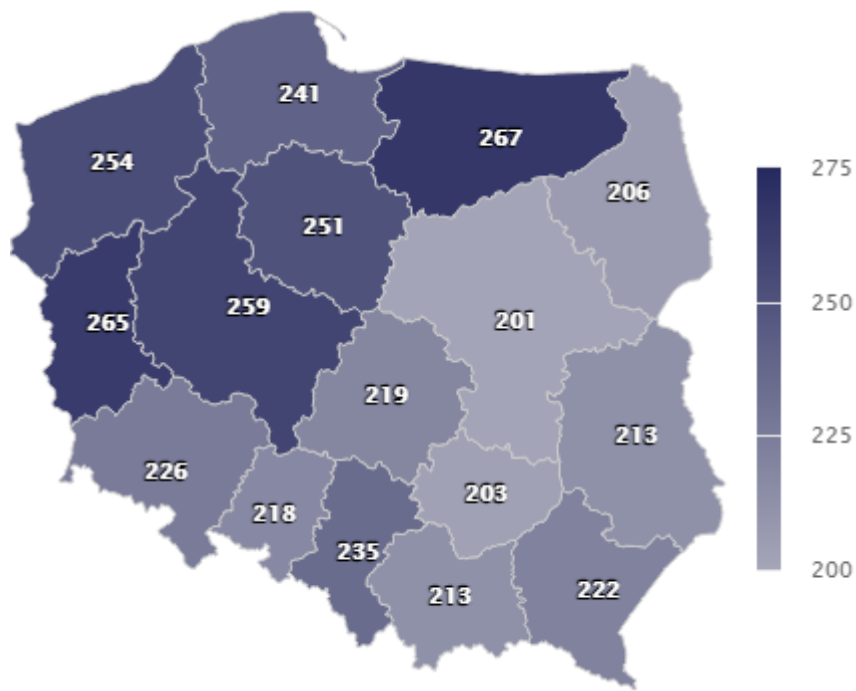


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

9.4. Współczynnik pielęgnacyjny

Starzenie się społeczeństwa powoduje zmniejszanie się potencjału opiekuńczego rodziny ze względu na zwiększanie się liczby osób wymagających wsparcia i zmniejszanie się liczby osób mogących tego wsparcia udzielać. Malejący współczynnik pielęgnacyjny¹⁹⁹ przyczynia się do zmniejszenia potencjału opieki nieformalnej i konieczności zwiększenia roli placówek udzielających opieki. Najwyższy współczynnik pielęgnacyjny w Polsce w 2019 r. odnotowano w województwach: warmińsko-mazurskim (267), lubuskim (265), i wielkopolskim (259), najmniejszy zaś w województwach: mazowieckim (201), świętokrzyskim (203) i podlaskim (206). Współczynnik dla Rzeczypospolitej Polskiej wyniósł 227. Wartość poniżej średniego współczynnika odnotowano w 9 województwach.

¹⁹⁹ Współczynnik pielęgnacyjny oblicza się poprzez podzielenie liczby kobiet w wieku 50-64 (czyli potencjalnych opiekunów) przez liczbę populacji w wieku od 80 lat wwyż w przeliczeniu na 100 osób.

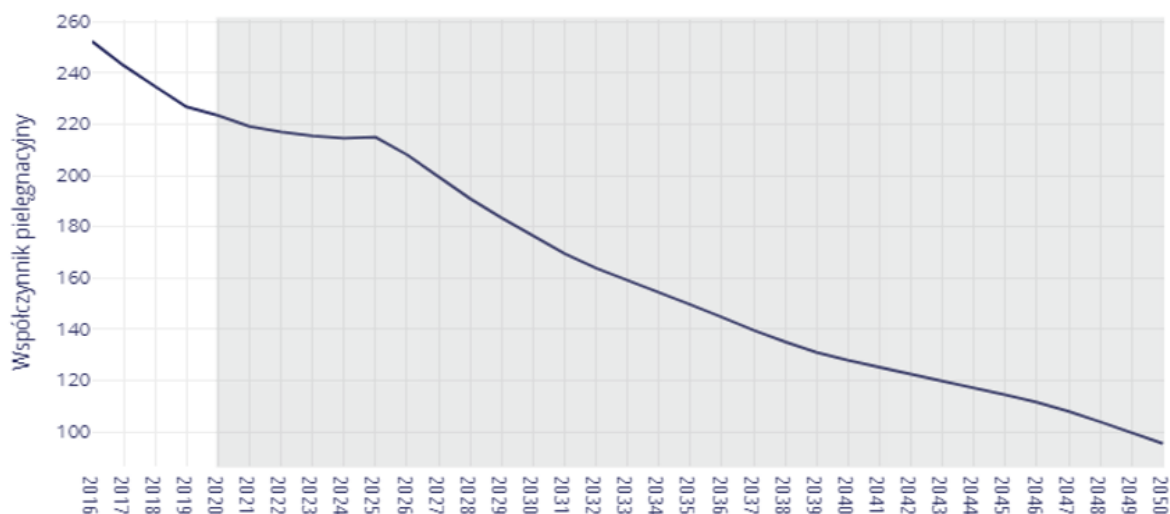
Rysunek 208. Rozkład współczynnika pielęgnacyjnego w województwach w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Według prognoz GUS współczynnik potencjału pielęgnacyjnego będzie malał. Wartość tego współczynnika z roku na rok będzie się bardzo obniżać z około 227 w 2019 r. do niespełna 177 w 2030 r. (poniżej wartości 200 współczynnik pielęgnacyjny spadnie już w 2027 r.). Spadek tego wskaźnika będzie jedną z przyczyn kreujących popyt na usługi opiekuńczo-lecznicze²⁰⁰.

²⁰⁰ B. Zasepa, *Prognozy demograficzne dla Rzeczypospolitej Polskiej do roku 2050 — analiza wybranych aspektów procesu starzenia się populacji*, Studia Politicae Universitatis Silesiensis, 2015, s. 98.

Rysunek 209. Współczynnik pielęgnacyjny w Polsce w latach 2016-2019 oraz prognoza do 2050 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

9.5. Prognozy potrzeb zdrowotnych

Starzenie się populacji jest nieodwracalnym następstwem wielkich osiągnięć i postępów cywilizacyjnych, będący wynikiem znaczącego wzrostu średniej długości życia oraz zmniejszeniem śmiertelności. Polityka zdrowotna musi być przygotowana na wszelkie następstwa, zarówno pozytywne, jak i negatywne zmiany wynikające z prognoz demograficznych. Niemniej jednak należy uznać obecny i przyszły stan demograficzny kraju jako nieunikniony oraz potraktować go jako wyzwanie. W 2019 r. udział osób w wieku od 65 lat wzwyż wyniósł w Polsce 18,1% w ogólnej liczbie ludności. Według prognoz GUS²⁰¹ udział tej grupy wiekowej wzrośnie w 2030 r. do 23,3%, a w 2050 r. przekroczy 30%.

W 2019 r. pomoc w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych otrzymało 109,8 tys. pacjentów, w tym 68,5 tys. pacjentów w ramach opieki domowej oraz 42,6 tys. pacjentów w ramach opieki stacjonarnej. W większości ze świadczeń opieki długoterminowej korzystają osoby powyżej 65. roku życia – w tej grupie wiekowej około 1,34% populacji otrzymało pomoc w ramach opieki długoterminowej.

²⁰¹ Prognoza ludności na lata 2014-2050, GUS, 2014, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

Tabela 54. Udział grup wiekowych pacjentów opieki długoterminowej w populacji w 2019 r.

Grupa wiekowa	Liczba pacjentów	Udział procentowy pacjentów w populacji
<18	1 240	0,02%
18-39	2 869	0,03%
40-64	12 499	0,10%
65-79	31 094	0,59%
Od 80 lat wzwyż	62 066	3,67%
Ogółem dla pacjentów 65 lat wzwyż	93 160	1,34%
Ogółem	109 768	0,29%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

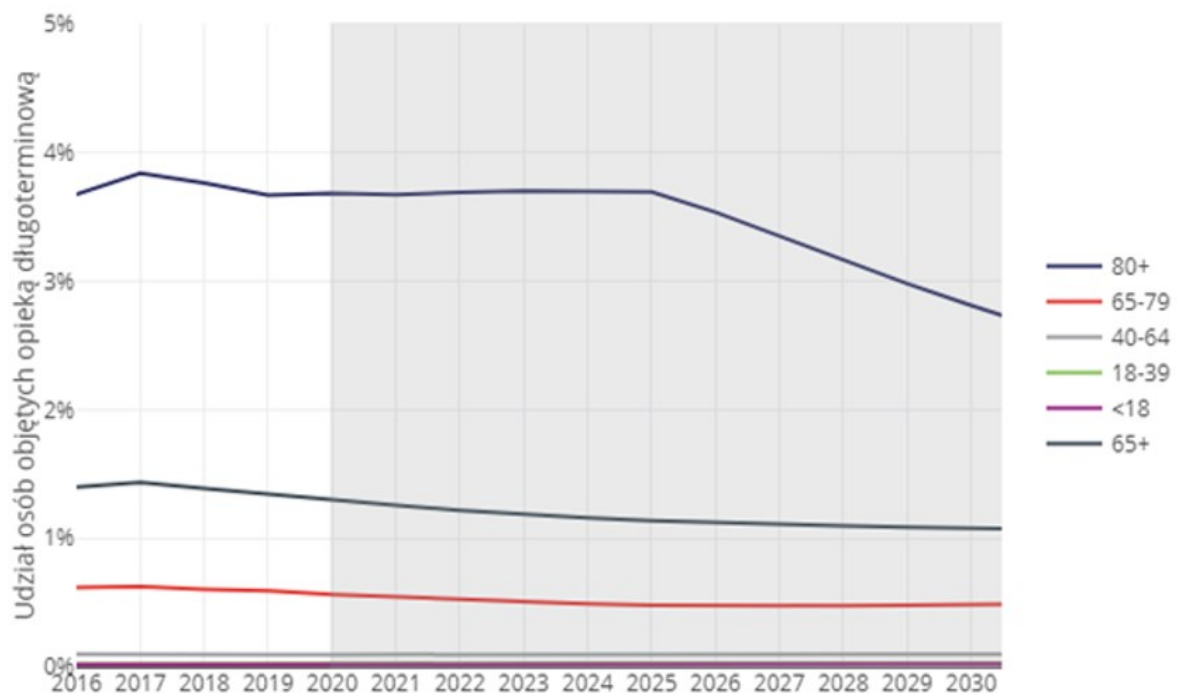
Jeśli nadchodzące zmiany demograficzne populacji Rzeczypospolitej Polskiej nie zostaną uwzględnione oraz nie zostanie zwiększona baza opieki nad osobami starszymi, to w 2030 r. udział niesamodzielnych osób powyżej 65. roku życia objętych opieką długoterminową spadnie do około 1% populacji osób w tym wieku.

Tabela 55. Udział grup wiekowych pacjentów opieki długoterminowej w populacji w 2030 r. w przypadku braku zwiększenia liczby miejsc w opiece długoterminowej

Grupa wiekowa	Liczba pacjentów	Udział procentowy pacjentów w populacji
<18	1 240	0,02%
18-39	2 869	0,03%
40-64	12 499	0,09%
65-79	31 094	0,48%
Od 80 lat wzwyż	62 066	2,81%
Ogółem dla pacjentów 65 lat wzwyż	93 160	1,08%
Ogółem	109 768	0,30%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Rysunek 210. Udział pacjentów w grupach wiekowych do populacji tych grup na przestrzeni lat w przypadku, gdy liczba pacjentów, którzy otrzymają świadczenia w ramach opieki długoterminowej, nie ulegnie zmianie.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Metodykę oszacowania przyszłej liczby pacjentów w opiece długoterminowej opracowano na podstawie prognozy liczby ludności GUS na lata 2020-2050 oraz obecnej liczby pacjentów w opiece długoterminowej. Pacjentów podzielono na grupy wiekowe <18, 18-39, 40-64, 65-79, od 80 lat wzwyż w celu zaobserwowania udziału pacjentów danej grupy wiekowej | w populacji.

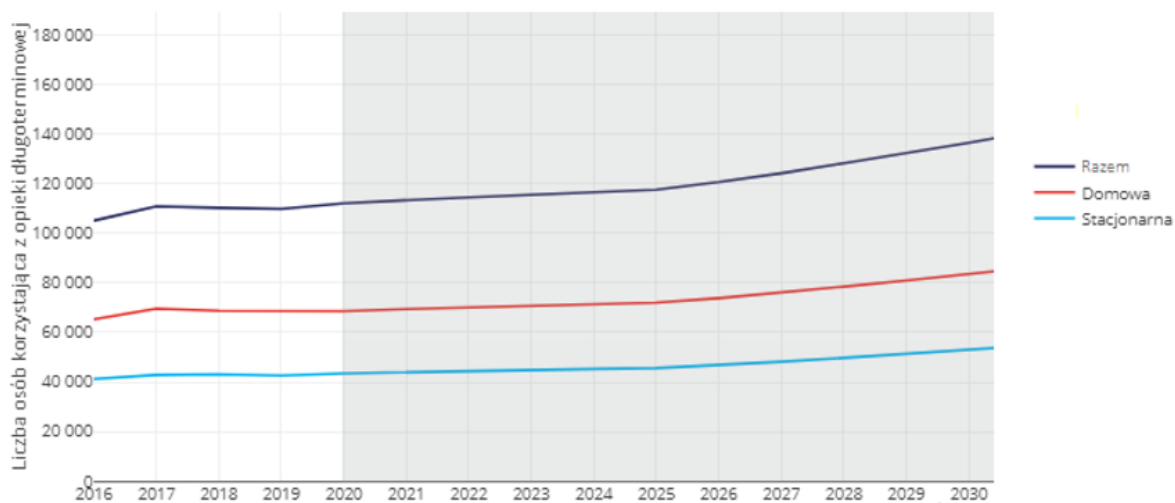
Aby zapewnić taki sam poziom świadczeń na poziomie kraju w 2030 r. jak w 2019 r., należałoby objąć opieką długoterminową o 25% więcej pacjentów, czyli do około 135,4 tys. osób. Utrzymując obecny udział opieki stacjonarnej do opieki domowej (38,8%), oznaczałoby to udzielenie pomocy 82,8 tys. pacjentów w warunkach domowych oraz 52,6 tys. pacjentów w warunkach stacjonarnych. Z powodu zjawiska podwójnego starzenia się społeczeństwa polskiego charakteryzującego się wzrostem liczby osób w wieku poprodukcyjnym przy jednoczesnym szybszym wzroście udziału osób powyżej 80. roku życia, w populacji osób starszych w tych grupach wiekowych będzie przybywało najwięcej pacjentów. Należy spodziewać się, że w 2030 r. te dwie grupy pacjentów staną się bardziej liczne niż suma obecnej liczby pacjentów.

Tabela 56. Prognozowana liczba pacjentów opieki długoterminowej w populacji w 2030 r. w przypadku utrzymania udziałów w poszczególnych grupach wiekowych z 2019 r.

Grupa wiekowa	Liczba pacjentów	Udział procentowy pacjentów w populacji
<18	1 059	0,02%
18-39	2 254	0,03%
40-64	13 044	0,10%
65-79	38 107	0,59%
Od 80 lat wzwyż	80 936	3,67%
Ogółem dla pacjentów 65 lat wzwyż	119 043	1,37%
Ogółem	135 400	0,29%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Rysunek 211. Prognozowana liczba pacjentów w latach 2020-2030 w podziale na rodzaj opieki



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Jedną ze strategii wdrażanych w wielu krajach rozwiniętych jest deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej, czyli transformacja opieki długoterminowej z przewagi opieki instytucjonalnej do przewagi opieki środowiskowej, w tym domowej. Deinstytucjonalizacja jest to proces rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, które mają wyeliminować potrzebę opieki²⁰². Istnieją dowody, że skutkiem opieki instytucjonalnej jest najczęściej gorsza jakość życia osób (w porównaniu do opieki świadczonej na poziomie społeczności lokalnych), prowadząca do wykluczenia społecznego i izolacji do końca życia.

Kierunkiem działań służącym deinstytucjonalizacji powinno być zwiększenie udziału liczby pacjentów otrzymujących pomoc w opiece domowej. Najbliżsi i rodzina są często najbardziej pożądanymi i cenionymi przez pacjenta opiekunami, a dom chorego jest często najlepszym i najbardziej pożądanym przez pacjentów środowiskiem opieki, dlatego tak ważne jest, aby świadczenia realizowane w warunkach domowych były ogólnodostępne. Badania wskazują, że przejście od formalnej opieki instytucjonalnej do formalnej opieki świadczonej w domu lub na poziomie społeczności lokalnej wiąże się z poprawą jakości życia osób objętych opieką²⁰³. Biorąc za cel utrzymanie obecnego poziomu świadczeń wraz ze zwiększeniem udziału opieki domowej w 2030 r. do poziomu średniej dla państw OECD, pomagając 135,4 tys. pacjentów można by utrzymać obecną bazę pomocy w opiece stacjonarnej wynoszącą 44 tys. pacjentów (+1,5 tys. pacjentów w opiece stacjonarnej w stosunku do

²⁰² Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, 2012, s. 28.

²⁰³ *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, Bank Światowy, 2015, s. 21, http://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

2019 r.). W takim scenariuszu w 2030 r. opiekę domową otrzymałoby około 91,4 tys. pacjentów.

Tabela 57. Prognozowana liczba pacjentów opieki długoterminowej w podziale na rodzaj opieki w 2030 r., biorąc pod uwagę zmianę udziału opieki stacjonarnej do poziomu 32,5%.

Rodzaj opieki	Liczba pacjentów
Opieka domowa	91 395
Opieka stacjonarna	44 005
Ogółem	135 400

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Powyższa analiza bazuje na utrzymaniu obecnego poziomu świadczeń na przestrzeni lat. Jeśli chcielibyśmy zwiększyć udział opieki długoterminowej wśród osób w wieku powyżej 65. roku życia, tak by zapewnić opiekę 2% osób w tym wieku (wobec obecnego 1,34%), to w 2030 r. opiekę długoterminową powinno otrzymać 189,5 tys. pacjentów.

Tabela 58. Prognozowana liczba pacjentów opieki długoterminowej w grupach wiekowych w populacji w 2030 r. w przypadku zapewnienia opieki osobom w wieku od 65 lat wzwyż na poziomie 2%.

Grupa wiekowa	Liczba pacjentów	Udział procentowy pacjentów w populacji
<18	1 240	0,02%
18-39	2 869	0,02%
40-64	12 499	0,10%
Ogółem dla pacjentów 65 lat wzwyż	172 935	2,00%
Ogółem	189 543	0,47%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Zakładając strategię zmniejszania udziału opieki stacjonarnej do poziomu państw OECD (32,5%) z obecnych 189,5 tys. pacjentów, w opiece domowej znalazłoby się 127,9 tys. pacjentów, zaś w opiece stacjonarnej 61,6 tys. pacjentów.

Rozważając strategię deinstytucjonalizacji w Polsce należy wziąć pod uwagę istniejącą różnicę w udziale opieki stacjonarnej na poziomie województw. W województwie śląskim udział pacjentów objętych stacjonarną opieką długoterminową wyniósł 26%, natomiast w województwie pomorskim aż 62%.

Tabela 59. Udział pacjentów objętych opieką długoterminową stacjonarną w 2019 r. w województwach oraz w Polsce

Województwo	Udział pacjentów
dolnośląskie	46,5%
kujawsko-pomorskie	42,6%
lubelskie	36,6%
lubuskie	41,7%
łódzkie	48,7%
małopolskie	43,6%
mazowieckie	44,2%
opolskie	32,0%
podkarpackie	35,7%
podlaskie	48,1%
pomorskie	62,2%
śląskie	25,9%
świętokrzyskie	41,0%
warmińsko-mazurskie	42,1%
wielkopolskie	32,3%
zachodniopomorskie	36,5%
Polska	38,8%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Założenia oraz ograniczenia metodyczne prognozy liczby pacjentów

Prognoza jest oparta o liczbę pacjentów pod opieką systemu zdrowia w 2019 r. oraz udział tej liczby w odpowiednich grupach wiekowych populacji Rzeczypospolitej Polskiej. Celem jest pokazanie, jak może kształtować się liczba pacjentów w przyszłości w przypadku próby utrzymania obecnego poziomu świadczeń, zwiększenia udziału pacjentów w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia, oraz zaprezentowanie, jak udział pacjentów będzie się kształtował, gdy liczba pacjentów, którym udziela się pomocy, nie wzrośnie. Prognoza nie uwzględnia zmian wprowadzonych po 2019 r. lub planowanych do wprowadzenia w systemie opieki długoterminowej w nadchodzących latach. Ponadto nie uwzględnia niezaspokojonych potrzeb osób oczekujących na udzielenie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

9.6. Podsumowanie

Polski system opieki długoterminowej, służący zaspokajaniu potrzeb osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, opiera się na dwóch niezależnych od siebie filarach (systemie ochrony zdrowia oraz systemie pomocy społecznej). Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia jest realizowana w warunkach stacjonarnych oraz domowych. Kryterium kwalifikacyjnym do objęcia zdrowotną opieką długoterminową jest stan zdrowia pacjenta, który determinuje zapotrzebowanie na dany charakter świadczeń. Obserwowana w kraju rosnąca liczba osób starszych, przewlekle chorych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niesie za sobą szereg wyzwań związanych z zapewnieniem dla coraz większej liczby osób świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Najwięcej usług opieki długoterminowej jest oparte na opiece nieformalnej wykonywanej przez rodzinę. Na skutek zmian tradycyjnego modelu rodziny, stylu życia społeczeństwa oraz zmniejszającej się wartości współczynnika pielęgnacyjnego opieka nieformalna w przyszłości stanie się mniej znaczącą formą opieki nad osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu niż obecnie. Podstawowe wskaźniki dotyczące liczby łóżek oraz liczby osób w wieku 65 lat wżwyż objętych opieką długoterminową w Rzeczypospolitej Polskiej należą do jednych z najniższych w porównaniu z innymi krajami rozwiniętymi.

9.7. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa nieodłącznie wiąże się z koniecznością zapewnienia coraz większej liczbie osób świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Obecnie 18% ludności jest powyżej 65. roku życia, a do 2050 r. udział ten zwiększy się do 32,7%. Według prognoz GUS współczynnik potencjału pielęgnacyjnego będzie malał z około 227 w 2018 r. do niespełna 169 w 2030 r. (współczynnik pielęgnacyjny spadnie poniżej 200 już w 2027 r.).

Nie wszyscy pacjenci, którzy potrzebowali opieki długoterminowej, mieli ją zapewnioną. Część pacjentów korzystała ze świadczeń w prywatnych domach opieki.

Średni czas oczekiwania w lutym 2020 r. do opieki długoterminowej wynosił od 84 do 293 dni w zależności od rodzaju opieki oraz kategorii medycznej pacjenta.

Obecna infrastruktura jest niewystarczająca i nieodpowiednia do zaspokojenia obecnych i przyszłych potrzeb osób wymagających opieki długoterminowej. Liczba osób objętych opieką długoterminową w systemie ochrony zdrowia w populacji osób w wieku od 65 lat wzwyż wynosi 1,34%, podczas gdy średnia dla 25 krajów OECD to 10,8%. Dostępność łóżek opieki długoterminowej w Polsce wśród populacji osób powyżej 65. roku życia, według raportu OECD, wynosi 11,9 na 1 tys. osób (w systemie ochrony zdrowia 4,7), podczas gdy średnia dostępność łóżek w tej grupie wiekowej dla 33 państw OECD to 47,2. Z powyższych względów nie ma obecnie planów zmniejszenia liczby miejsc w opiece stacjonarnej.

W porównaniu do krajów OECD, w których zaobserwowano zmniejszenie się liczby łóżek w latach 2007-2017 następował on z poziomu o wiele wyższego niż obserwowany obecnie w Polsce, np. w Szwecji w liczba łóżek opieki długoterminowej na 1 tys. osób zmniejszyła się o 17,7 do poziomu 71,5²⁰⁴. Jednocześnie odsetek osób powyżej 65. roku życia, które korzystały z opieki instytucjonalnej w Szwecji w 2017 r., utrzymywał się na poziomie 16%²⁰⁵.

Dom jest najczęściej wybieranym oraz najbardziej pożądanym przez pacjentów środowiskiem opieki. Najwięcej usług opieki długoterminowej jest opartych na opiece domowej lub opiece nieformalnej wykonywanej przez rodzinę. Udział formalnej opieki domowej w całości opieki długoterminowej jest zbyt niski. Na poziomie całego kraju wynosi on 61,2%, a wśród pacjentów powyżej 65. roku życia to już 60%, podczas gdy średnia dla 20 krajów OECD wynosi 67,5%. W takich krajach, jak Norwegia, Szwecja, Dania, Niemcy, Hiszpania oraz Czechy udział ten wynosi pomiędzy 70% a 80%.

Istnieje duże zróżnicowanie w liczbie pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej między województwami. W województwie pomorskim leczonych było jedynie 156 pacjentów na 100 tys. ludności, a w województwie opolskim - 456.

Występuje ograniczona liczba dostępnych form opieki i wsparcia w ramach systemu opieki długoterminowej. W polskim systemie opieki zdrowotnej nadal brakuje usług dziennej opieki długoterminowej dostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego najbliższych, łączących zarówno pewne specyficzne cechy zorganizowanej opieki instytucjonalnej, jak i opieki udzielanej w warunkach domowych. Dzienna opieka medyczna realizowana jest od

²⁰⁴ *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, s. 237, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-19991312.html>, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

²⁰⁵ *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, s. 231, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-19991312.html>, dostęp w dniu 02.06.2020 r.

kilku lat w ramach DDOM. W latach 2014-2020 powstało 158 DDOM, które były finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Regionalnych Programów Operacyjnych. Ponadto brakuje innowacyjnych form pomocy z zakresu telemedycyny oraz w ramach polityki pomocy wytchnieniowej dla opiekunów nieformalnych. Doświadczenia z epidemią COVID-19 pokazują, że nowoczesne formy pomocy są niezwykle istotne.

9.8. Rekomendowane kierunki działań

- Przygotowanie systemu opieki zdrowotnej na nieunikniony wzrost liczby osób potrzebujących, związany ze starzeniem się populacji kraju. Rekomenduje się co najmniej utrzymanie obecnego poziomu objęcia pacjentów wymagających opieki długoterminowej w perspektywie wzrastającej liczby osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- wyrównanie różnic w dostępie do opieki długoterminowej w województwach o niższej niż średnia w kraju liczbie osób objętych opieką na 100 tys. ludności, ze szczególnym uwzględnieniem populacji osób powyżej 65. roku życia. Zapewnienie w poszczególnych województwach adekwatnego do potrzeb dostępu do opieki długoterminowej domowej i stacjonarnej dla ludności powyżej 65. roku życia;
- zwiększenie udziału formalnej opieki zdrowotnej świadczonej blisko miejsca zamieszkania pacjenta względem opieki instytucjonalnej poprzez wzrost liczby świadczeń udzielanych w warunkach domowych lub dziennych w województwach o niskim udziale tych form opieki na tle kraju;
- rozwijanie form dziennej opieki długoterminowej, np. poprzez włączenie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanej w DDOM do systemu świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej;
- zwiększenie dostępności nowoczesnych form usług z zakresu telemedycyny, teleopieki oraz e-Zdrowia w szczególności dla osób starszych i innych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- stworzenie wielokierunkowych form wsparcia i pomocy dla opiekunów nieformalnych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, m.in. poprzez działania informacyjne i edukacyjne mające na celu podnoszenie wiedzy i kompetencji opiekuńczych tych osób w zakresie właściwej opieki w domu oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego i poradnictwa tym osobom. Wymienione powyżej obszary wsparcia mają szczególne znaczenie ze względu na to, że opiekunowie nieformalni mają bardzo duży udział w opiece nad osobami starszymi i wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, co również ma wpływ na stan zdrowia opiekunów (wśród których przeważającą liczbę stanowią kobiety).

10. Opieka paliatywna i hospicyjna

W krajach rozwiniętych choroby przewlekłe są główną przyczyną zgonów. Zgodnie z danymi badania GBD w 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej choroby przewlekłe odpowiadały za 91% zgonów (371 tys.), z czego choroby układu krążenia stanowiły 47%, nowotwory 33%, a choroby układu nerwowego 6,5%. Część osób potrzebuje opieki w terminalnej fazie choroby.

Opieka paliatywna to wszechstronna opieka nad osobami z nieuleczalnymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi i ograniczającymi życie chorobami. Opieka ta ma na celu poprawienie jakości życia chorych, zapobieganie lub uśmierzenie bólu i innych objawów somatycznych łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. WHO bardzo szeroko zdefiniowała pojęcie opieki paliatywnej, stawiając za jej cel nie tylko poprawę jakości życia chorych, ale również zapewnienie wsparcia ich rodzinom²⁰⁶.

W Polsce ruch hospicyjny rozwijał się dynamicznie już w latach 90-tych ubiegłego wieku, zaś od 2009 r. jest odrębnym, gwarantowanym świadczeniem zdrowotnym finansowanym ze środków publicznych.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742, z późn. zm.) świadczenia te przysługują osobom cierpiącym na nieuleczalne choroby nowotworowe i nienowotworowe. W przypadku osób dorosłych do leczenia kwalifikuje się 8 jednostek chorobowych: choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), stwardnienie rozsiane, nowotwory, następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, kardiomiopatie, niewydolność oddechowa oraz owrzodzenie odleżynowe. Lista chorób kwalifikujących do leczenia osoby poniżej 18. roku życia jest znacznie szersza i obejmuje: atypowe wirusowe zakażenia ośrodkowego układu nerwowego, chorobę wywołaną przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), następstwa chorób zakaźnych i pasożytniczych, nowotwory, choroby metaboliczne, całościowe zaburzenia rozwojowe, wybrane choroby układu nerwowego, niewydolność serca, następstwa chorób naczyniowych mózgu, przewlekłą niewydolność oddechową, niewydolność wątroby, zwłóknienie i marskość wątroby²⁰⁷.

W systemie ochrony zdrowia opieka paliatywna i hospicyjna jest realizowana w warunkach stacjonarnych (w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej),

²⁰⁶ <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, dostęp w dniu 14.05.2020 r.

²⁰⁷ Wykaz chorób kwalifikujących do leczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

w warunkach domowych (w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia) oraz w warunkach ambulatoryjnych (w poradni medycyny paliatywnej).

W przypadku opieki stacjonarnej świadczeniobiorcom przysługują: świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki, leczenie farmakologiczne, leczenie bólu²⁰⁸ i innych objawów somatycznych oraz zapobieganie powikłaniom, opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, rehabilitacja, badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej, zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia oraz opiekę wyręczającą, która polega na przyjęciu pacjenta do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

W ramach opieki domowej pacjenci mogą skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarzy i pielęgniarki, świadczeń mających na celu leczenie bólu²⁰⁹ i innych objawów somatycznych oraz zapobieganie powikłaniom, świadczeń rehabilitacyjnych oraz opieki psychologicznej zarówno nad świadczeniobiorcą, jak i jego rodziną. Jednakże pacjentom korzystającym z tego rodzaju świadczeń nie przysługują świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach domowych oraz z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych obejmują porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy (w tym również porady dla osób, które nie zostały zakwalifikowane do hospicjum domowego), porady psychologa oraz świadczenia pielęgniarstwa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy. W ramach porady w poradni medycyny paliatywnej lub w domu pacjentom przysługują badania podmiotowe i przedmiotowe, zalecenia lekarza dotyczące ilości przyjmowanych leków (w tym leków przeciwbólowych), zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych oraz zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych kierowane do podmiotów²¹⁰.

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały w dniu 31 lipca 2017 r. rozszerzone o świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej. Perinatalna opieka paliatywna jest ukierunkowana przede wszystkim na ciężkie wady, zaburzenia rozwojowe i inne stany chorobowe uznane za letalne.

Diagnostyka prenatalna umożliwia uzyskanie we wczesnym okresie ciąży informacji o zagrożeniach dla płodu i podjęcie racjonalnych działań prewencyjnych bądź leczniczych. Stanowi ona również możliwość wykluczenia poważnych wad genetycznych i rozwojowych płodu oraz uzyskania informacji dotyczących jego rozwoju. Według Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wszystkie kobiety ciężarne w Polsce, bez względu na wiek,

²⁰⁸ Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna).

²⁰⁹ Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna).

²¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

powinny mieć zaproponowane przesiewowe badania prenatalne w kierunku najczęściej spotykanych wad rozwojowych i aberracji chromosomowych²¹¹.

Świadczenia gwarantowane perinatalnej opieki paliatywnej mogą być realizowane w ośrodku diagnostyki prenatalnej, ośrodku kardiologii prenatalnej, zakładzie genetyki, poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym. W ramach perinatalnej opieki paliatywnej kobieta oraz jej rodzina mają zagwarantowaną opiekę lekarza, psychologa oraz koordynatora opieki.

Organizacja opieki nad chorymi w zaawansowanej fazie nieuleczalnej choroby stanowi wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Wśród największych problemów wymienia się:

- zbyt wąski wykaz chorób kwalifikujących do leczenia. W Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. 90% pacjentów powyżej 18. roku życia opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowiły osoby z rozpoznaniem onkologicznym. WHO szacuje, że pacjenci z chorobami nowotworowymi wymagający opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowią 34% wszystkich osób wymagających takiej opieki, natomiast pacjenci z chorobami układu krążenia stanowią 38,5% tych osób²¹². Zgodnie z raportem NIK²¹³ z 2019 r., według konsultantów krajowych i wojewódzkich, zakres jednostek chorobowych uprawniających do leczenia powinien zostać w pierwszej kolejności rozszerzony o niewydolność serca oraz przewlekłą niewydolność nerek,
- nierównomierny dostęp do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej ze względu na miejsce zamieszkania – niemal dwukrotnie więcej pacjentów objętych tą opieką pochodzi z obszarów miejskich niż z wiejskich,
- stały wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej związany ze starzeniem się społeczeństwa i rosnącą liczbą osób przewlekle i nieuleczalnie chorych,
- poprawę jakości udzielanych świadczeń poprzez wypracowanie standardów opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz poprawę jej koordynacji między różnymi instytucjami²¹⁴.

Dane na temat dostępności opieki paliatywnej i hospicyjnej w Rzeczypospolitej Polskiej i w Europie gromadzone są i publikowane przez EAPC, którego celem jest promowanie i rozwój opieki paliatywnej w całej Europie. Z raportu z zakresu opieki paliatywnej

²¹¹ Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, 2009, s. 2.

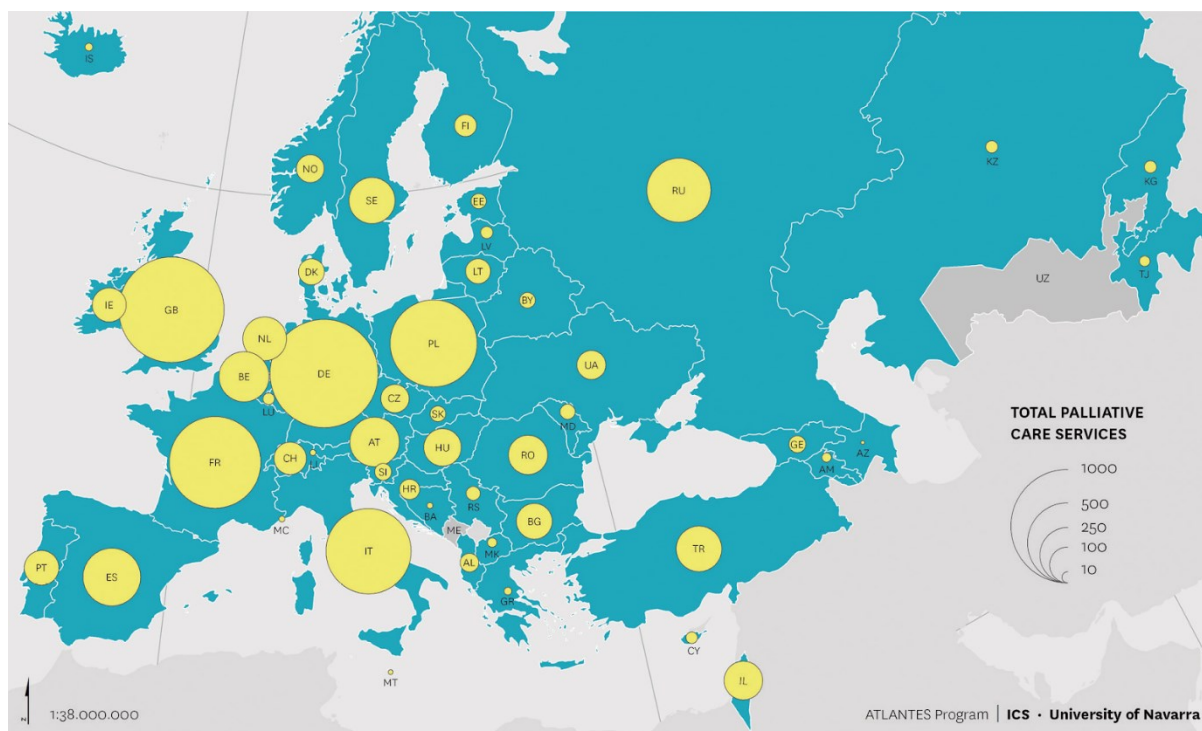
²¹² https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf, dostęp w dniu 14.05.2020 r.

²¹³ Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej, NIK, 2019, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,21371,vp,24011.pdf>, dostęp w dniu 14.05.2020 r.

²¹⁴ Ibidem.

opublikowanego przez EAPC w 2019 r.²¹⁵ wynika, że stan opieki paliatywnej w Polsce na tle innych krajów Europy jest bardzo dobry²¹⁶. Najgorzej sytuacja wyglądała w Czarnogórze i Grecji (poniżej 0,1). Pod względem liczby ośrodków opieki domowej dla dorosłych na 100 tys. ludności Rzeczpospolita Polska znalazła się na 3. miejscu (1,06) wśród krajów Europy Środkowej i Wschodniej.

Rysunek 212. Całkowite usługi opieki paliatywnej dla dorosłych w Europie



Źródło: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019

Według sprawozdań finansowych NFZ koszty opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniosły 733 mln PLN w 2018 r. i 813 mln PLN w 2019 r.²¹⁷, co stanowi niecały 1% całości kosztów przeznaczanych na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Zgodnie z planami finansowymi z sierpnia 2020 r. NFZ w 2020 r. ma zamiar przeznaczyć na opiekę paliatywną i hospicyjną 844 mln PLN²¹⁸. Jest to o 15,1% więcej w stosunku do 2018 r. i o 3,8% więcej w stosunku do 2019 r.

²¹⁵ Atlas of Palliative Care in Europe, EAPC, 2019, https://www.researchgate.net/publication/333390123_EAPC_Atlas_of_Palliative_Care_in_Europe_2019, dostęp w dniu 14.05.2020 r.

²¹⁶ Dane były zbierane od grudnia 2018 do marca 2019 r.

²¹⁷ Łączne sprawozdanie finansowe NFZ za okres 01.01-31.12.2019 r., https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/public/bip/finanse_nfz/2020/laczne_sprawozdanie_finansowe_nfz_2019-sig.pdf, dostęp w dniu 21.09.2020 r.

²¹⁸ Plan finansowy NFZ na 2020 r. stanowiący załącznik do zarządzenia nr 130/2020/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2020 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2020 r., <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, dostęp w dniu 21.09.2020 r.

10.1. Analiza opieki paliatywno-hospicyjnej

Charakterystyka pacjentów

Ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2019 r. łącznie skorzystało 96,4 tys. pacjentów. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona z minimalną przewagą kobiet (50,6%). W przeważającej większości ze świadczeń korzystały osoby w wieku od 65 lat wzwyż (73%), przy czym osoby w wieku 65-79 lat stanowiły 44%, a osoby w wieku od 80 lat wzwyż 29%

Tabela 60. Struktura demograficzna pacjentów opieki paliatywno-hospicyjnej w 2019 r.

Przedziały wiekowe	Liczba pacjentów w OPH [tys.]	Liczba pacjentów w opiece stacjonarnej [tys.]	Liczba pacjentów w opiece ambulatoryjnej [tys.]	Liczba pacjentów w opiece domowej [tys.]
<18	1,9	0,2	0,0	1,8
18-39	1,8	0,4	0,2	1,4
40-64	22,5	8,5	4,5	14,0
65-79	42,6	15,8	6,9	27,9
Od 80 lat wzwyż	27,7	11,6	2,9	17,4

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Według danych ministra właściwego ds. polityki społecznej, 43,5% pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej posiadało orzeczoną niepełnosprawność, z czego 75,6% stanowili pacjenci ze znacznym stopniem niepełnosprawności, 17,0% z umiarkowanym, 3,4% z lekkim, natomiast 4,0% stanowiły osoby niepełnosprawne do 16. roku życia.

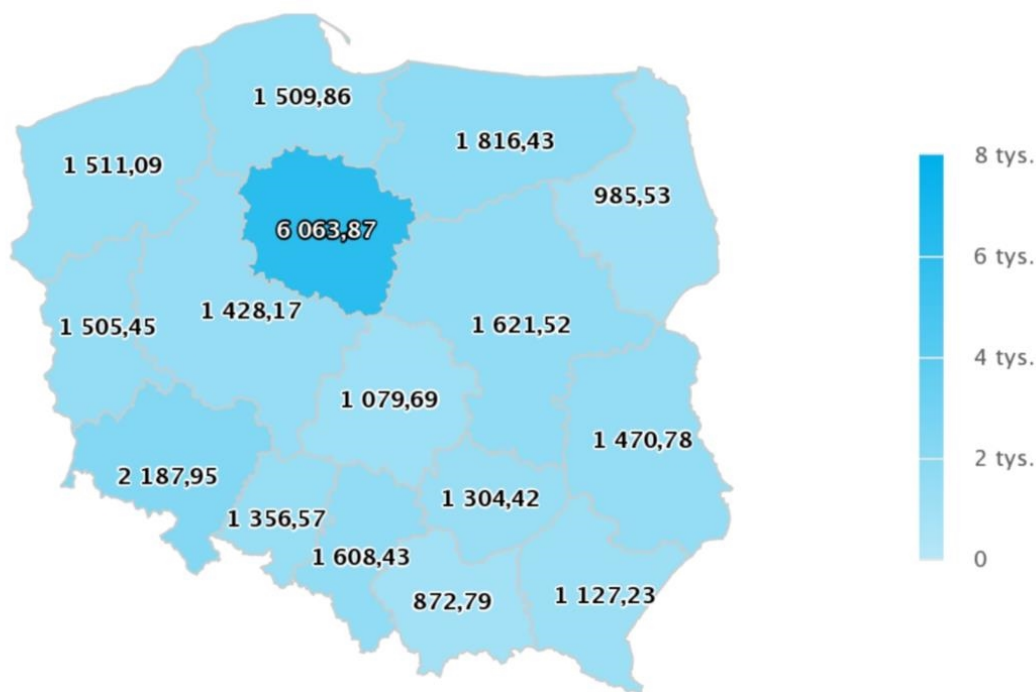
Na podstawie danych z 2019 r. zaobserwowano, że miejsce zamieszkania ma wpływ na dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Jedynie 32,2% wszystkich pacjentów pochodziło z obszarów wiejskich. Największe różnice zaobserwowano w odniesieniu do świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, w tym przypadku osoby zamieszkujące tereny wiejskie stanowiły jedynie 25,0% wszystkich pacjentów. Ograniczony dostęp do świadczeń na obszarach wiejskich wynika m.in. z rozmieszczenia ośrodków – 9% pacjentów skorzystało ze świadczeń w podmiotach działających na wsi.

Analiza liczby świadczeń opieki zdrowotnej

W 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej przeprowadzono 654 tys. wizyt/pobytów. Średnio w roku na 1 pacjenta przypadło 7 wizyt/pobytów. Najwięcej świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielono w warunkach domowych (547 tys. wizyt). W warunkach ambulatoryjnych odbyło się 66 tys. wizyt, zaś stacjonarnie 41 tys. pobytów.

Istnieje duże zróżnicowanie w dostępie do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej pomiędzy województwami. Najwięcej wizyt/pobytów na 100 tys. ludności przeprowadzono w województwie kujawsko-pomorskim (6 063,87), które wyróżniało się na tle pozostałych województw. Drugie w kolejności było województwo dolnośląskie (2 187,95). Najniższą wartość wskaźnika odnotowano w województwach małopolskim (872,79) i podlaskim (985,53).

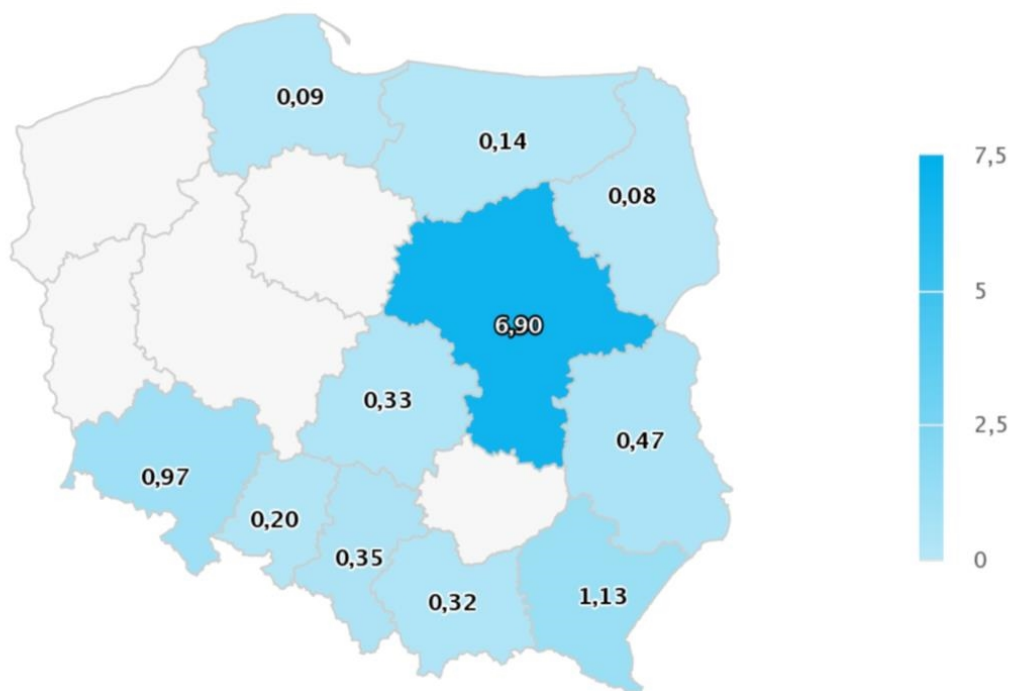
Rysunek 213. Liczba wizyt/pobytów na 100 tys. ludności w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Na podstawie danych zaprezentowanych na mapie można zaobserwować zróżnicowanie regionalne pod kątem dostępności do świadczeń. W 2019 r. w 5 województwach nie sprawozdano świadczeń zdrowotnych z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej (zachodniopomorskim, lubuskim, wielkopolskim, kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim).

Rysunek 214. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w 2019 r. (perinatalna opieka paliatywna)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Pozostałe zakresy świadczeń zdrowotnych, tj. świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, porada w poradni medycyny paliatywnej, świadczenia w hospicjum domowym oraz świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, zostały zabezpieczone w każdym województwie.

Średni okres objęcia opieką pacjentów w ośrodkach stacjonarnych w 2019 r. wyniósł 30 dni, a w ośrodkach domowych około 100 dni. Dzieci pozostawały pod opieką przez znacznie dłuższy czas – 117 dni w opiece stacjonarnej i 256 dni w opiece domowej.

Analiza rozpoznań

Najczęściej występującym rozpoznaniem, z jakim pacjenci trafiają do opieki paliatywnej i hospicyjnej, są nowotwory złośliwe (88,7%). Jest to w dużej części zdeterminowane przez wykaz jednostek chorobowych kwalifikujących do leczenia paliatywnego, określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Najpowszechniej występującymi nowotworami dla ogółu są nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (16,6%) oraz nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy (10,9%). Z podobnymi rozpoznaniem pojawiali się również mężczyźni (odpowiednio 20,6% oraz 11,9%). Wśród kobiet dominującym rozpoznaniem był nowotwór złośliwy sutka (15,2%), a dopiero w dalszej kolejności nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (12,8%) oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy (10,0%). W przypadku dzieci najczęściej występującymi jednostkami

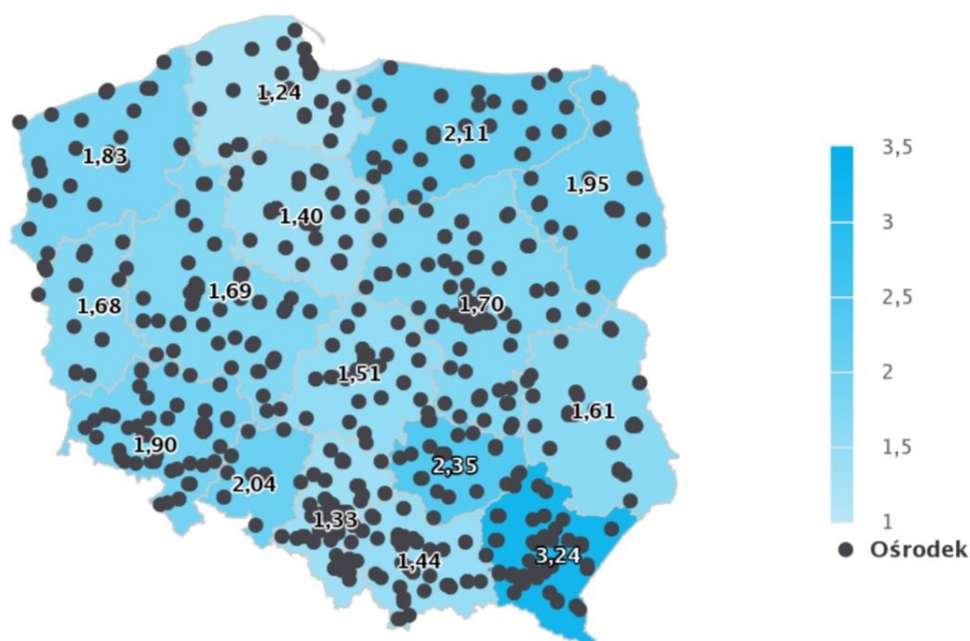
chorobowymi były wady wrodzone płodu (36,9%) oraz inne choroby układu nerwowego (36,2%).

Analiza świadczeniodawców

W 2019 r. łącznie 663 ośrodki udzielały świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, z czego 191 w warunkach stacjonarnych, 155 w warunkach ambulatoryjnych i 559 w warunkach domowych (część podmiotów realizowała jednocześnie kilka form opieki). W porównaniu do 2016 r. zaobserwowano wzrost liczby podmiotów świadczących usługi z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej o 15% (o 87 podmiotów), z czego o 17% w ramach opieki stacjonarnej (o 28 podmiotów), o 16% w ramach opieki domowej (o 76 podmiotów) i o 10% w przypadku poradni medycyny paliatywnej (o 14 poradni). Pod względem ośrodków dla małoletnich pacjentów w Polsce w 2019 r. w ramach umów z NFZ działało 71 hospicjów domowych dla dzieci. Świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej realizowało 13 podmiotów: 1 ośrodek stacjonarny w województwie lubelskim oraz 12 ośrodków domowych (po 2 w województwach: dolnośląskim i śląskim oraz po 1 w województwach: lubelskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim oraz warmińsko-mazurskim).

W Rzeczypospolitej Polskiej na 100 tys. ludności przypadały średnio 2 ośrodki opieki paliatywnej i hospicyjnej (1,71). Niższą niż średnia w Rzeczypospolitej Polskiej liczbą ośrodków w przeliczeniu na liczbę ludności dysponowało 9 województw: pomorskie (1,24), śląskie (1,33), kujawsko-pomorskie (1,40), małopolskie (1,44), łódzkie (1,51), lubelskie (1,61), lubuskie (1,68), wielkopolskie (1,69) i mazowieckie (1,70).

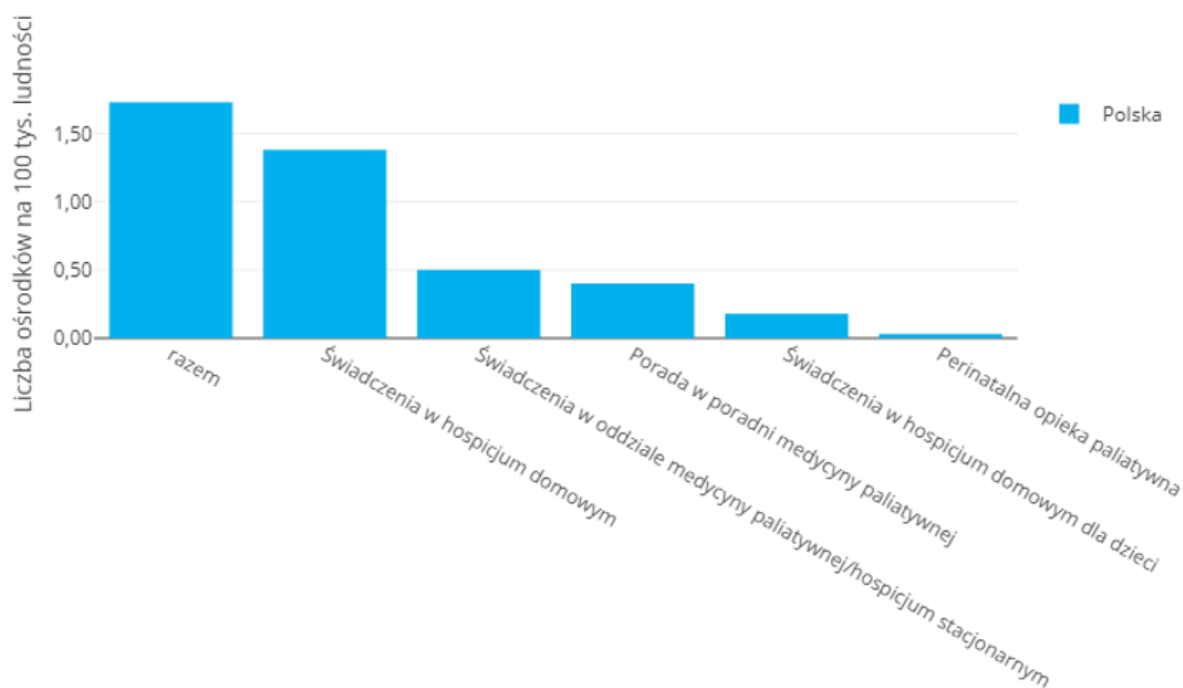
Rysunek 215. Liczba ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej na 100 tys. ludności w Polsce w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym w ramach umów z NFZ działało 0,50 podmiotów na 100 tys. ludności, w przypadku świadczeń ambulatoryjnych 0,40 poradni na 100 tys. ludności, w przypadku świadczeń udzielanych w hospicjach domowych 1,38 podmiotów na 100 tys. ludności, w przypadku świadczeń udzielanych w hospicjach domowych dla dzieci 0,18 podmiotów na 100 tys. ludności oraz w przypadku perinatalnej opieki paliatywnej 0,03 podmioty na 100 tys. ludności.

Rysunek 216. Liczba ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej na 100 tys. ludności w Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. według zakresu świadczeń.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Kolejki oczekujących

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od dnia 1 stycznia 2020 r. hospicja stacjonarne i stacjonarne ośrodki opieki paliatywnej, hospicja domowe i zespoły domowej opieki paliatywnej oraz hospicja domowe i zespoły opieki paliatywnej dla dzieci są zobowiązane prowadzić harmonogramy i listy oczekujących.

W lutym 2020 r. liczba oczekujących na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniosła 2,5 tys., z czego 63,4% osób oczekiwało na świadczenia z zakresu opieki domowej, 24,4% z zakresu opieki stacjonarnej i 12,2% z zakresu opieki ambulatoryjnej. Najwięcej pacjentów oczekiwało na świadczenia w hospicjach domowych i zespołach domowej opieki paliatywnej (1,6 tys.). Natomiast najdłużej oczekiwano na świadczenia realizowane w hospicjach

stacjonarnych i stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej - 43-45 dni, w zależności od kategorii medycznej (przypadek pilny, przypadek stabilny).

Tabela 61. Kolejki do podmiotów realizujących świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w lutym 2020 r.

Kolejka	Liczba świadczeniodawców ²¹⁹	Przypadek pilny		Przypadek stabilny	
		Liczba oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania	Liczba oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania
Opieka stacjonarna					
Oddział medycyny paliatywnej	50	36	12,9	152	12,9
Hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	71	102	43,0	334	45
Opieka domowa					
Hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej	441	184	24,5	1 431	20,8
Hospicjum domowe dla dzieci/zespół domowej opieki paliatywnej dla dzieci	64	-	-	9	7,3
Opieka ambulatoryjna					
Poradnia medycyny paliatywnej	143	5	8,4	308	3,1

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W przypadku opieki paliatywnej i hospicyjnej przeciętny czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne był jednym z krótszych. W porównaniu do ośrodków opieki długoterminowej przeciętny czas oczekiwania na świadczenia był prawie sześciokrotnie krótszy, a liczba osób oczekujących prawie siedmiokrotnie mniejsza. Jednak należy mieć na uwadze fakt, że opieka paliatywna i hospicyjna jest specyficznym rodzajem świadczeń, którym obejmuje się pacjentów w stanie terminalnym. W 2019 r. średni czas pobytu pacjenta w ciągu roku

²¹⁹ Liczba komórek organizacyjnych sprawozdających listę osób oczekujących do wybranej kolejki.

w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej wyniósł 30 dni, natomiast paliatywną opieką domową pacjenci byli objęci średnio 102 dni w ciągu roku, zatem czasy oczekiwania na świadczenia opieki paliatywnej są zbyt długie.

Kadry

W wielu krajach podstawowe zasady opieki paliatywnej i hospicyjnej wchodzą w skład różnych specjalności medycznych, zaś specjalistyczna opieka paliatywna zapewnia wsparcie interdyscyplinarnego zespołu w łagodzeniu cierpienia w zaawansowanej fazie nieuleczalnej choroby²²⁰.

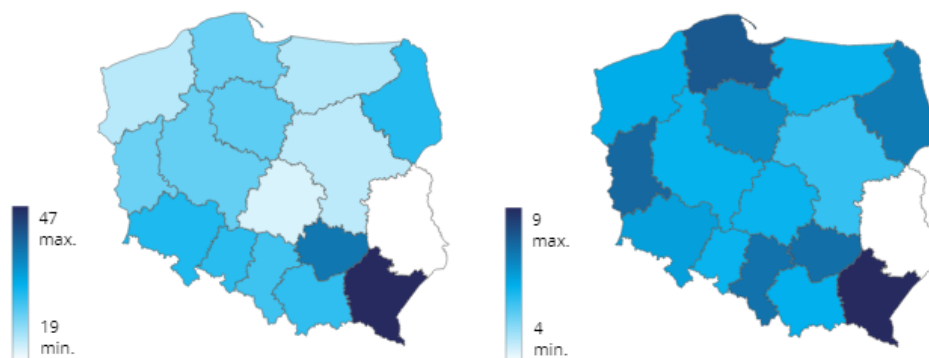
Z danych NFZ wynika, że w 2019 r. w podmiotach realizujących świadczenia zdrowotne z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zatrudnionych było 6 288 osób z personelu pielęgniarskiego, 1 697 fizjoterapeutów i 2 543 lekarzy (w tym 774 lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych, 473 lekarzy bez specjalizacji, 459 lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej, 338 lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, 322 lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej, 265 pediatrów, 141 chirurgów ogólnych, 107 lekarzy specjalistów chorób płuc, 100 onkologów klinicznych i innych²²¹).

W przeliczeniu na 100 tys. ludności występowanie najliczniejszej kadry medycznej ogółem w ośrodkach opieki paliatywnej i hospicyjnej odnotowano w województwach: podkarpackim (46,6), świętokrzyskim (38,8), dolnośląskim (31,4) i podlaskim (31,1), zaś najmniej licznej w województwach: lubelskim (19,4), łódzkim (21,4), mazowieckim (23,0) i zachodniopomorskim (23,2).

²²⁰ T. Buss, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Opieka paliatywna w Polsce - od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego)*, Zakład Medycyny Paliatywnej Katedry Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Gdańsku, Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom 2, nr 4, 277–285.

²²¹ Pozostałe dziedziny medyczne odznaczały się liczbą lekarzy mniejszą od 100.

Rysunek 217. Kadra pracująca w opiece paliatywnej i hospicyjnej na 100 tys. ludności w 2019 r. (lewy wykres - kadra łącznie, prawy wykres - personel lekarski)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Tabela 62. Kadra pracująca w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2019 r.

Województwo	W wartościach bezwzględnych			Na 100 tys. ludności		
	Kadra ogółem	Lekarze	w tym MP ²²²	Kadra ogółem	Lekarze	w tym MP ²²³
dolnośląskie	910	200	51	31,4	6,9	1,8
kujawsko-pomorskie	579	150	45	27,9	7,2	2,2
lubelskie	408	88	14	19,4	4,2	0,7
lubuskie	276	80	11	27,3	7,9	1,1
łódzkie	526	160	33	21,4	6,5	1,3
małopolski	1 040	225	46	30,5	6,6	1,3
mazowieckie	1 245	331	43	23,0	6,1	0,8
opolskie	303	64	16	30,8	6,5	1,6
podkarpackie	992	192	14	46,6	9,0	0,7
podlaskie	367	89	17	31,1	7,6	1,4
pomorskie	644	192	37	27,5	8,2	1,6
śląskie	1340	349	74	29,7	7,7	1,6
świętokrzyskie	479	96	15	38,8	7,8	1,2
warmińsko-mazurskie	334	93	21	23,5	6,5	1,5
wielkopolskie	967	229	51	27,6	6,5	1,5
zachodniopomorskie	394	113	25	23,2	6,7	1,5

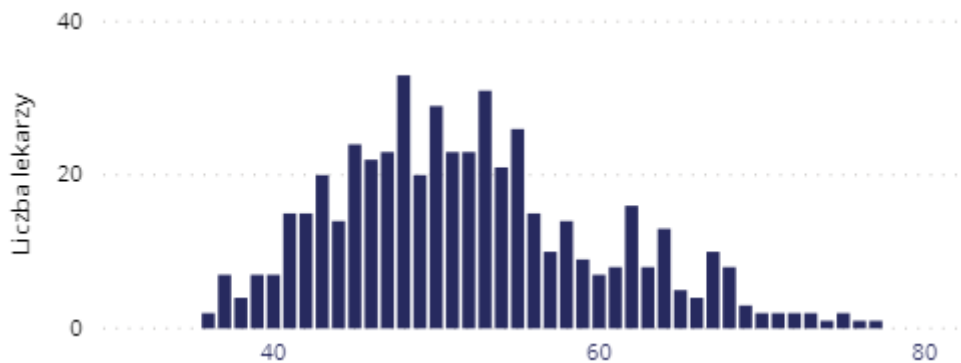
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

²²² Lekarz specjalista medycyny paliatywnej.

²²³ Lekarz specjalista medycyny paliatywnej.

Według danych z CRLiLD oraz CWU w Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. było 515 lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej, z czego 459 pracowało w ośrodkach opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Rysunek 218. Piramida wieku lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z CRLiLD i CWU

Średni wiek lekarza specjalisty medycyny paliatywnej wyniósł 52 lata i był prawie o 3 lata wyższy od średniego wieku lekarzy w Rzeczypospolitej Polskiej. Różnica ta może wynikać z faktu, że lekarze specjaliści medycyny paliatywnej muszą mierzyć się w codziennej pracy z cierpieniem i dużym obciążeniem psychicznym. Z tego względu jest to rzadziej wybierana specjalizacja, która często stanowi drugi lub kolejny wybór. W 2019 r. 69% lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej posiadało 2 specjalizacje, 28% - 3 specjalizacje, a 2,7% - 4 lub więcej specjalizacji.

W celu odpowiedzi na pytanie, czy w Polsce występuje zjawisko zastępowalności pokoleniowej lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej, obliczono liczbę lekarzy specjalistów aktywnych zawodowo w przedziale wiekowym 60-65 lat (14%). Grupa ta reprezentuje liczbę lekarzy, którzy w przeciągu 6 lat mogą przejść na emeryturę. Przyjęto także założenie, że lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego uzyskują tytuł specjalisty w ciągu 6 lat.

Tabela 63. Wymienialność pokoleniowa lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej w 2019 r.

Dziedzina	Lekarze w wieku 60-65 lat	Lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego	Różnica pomiędzy liczbą lekarzy w wieku 60-65 lat a liczbą lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego
Medycyna paliatywna	72	134	-62

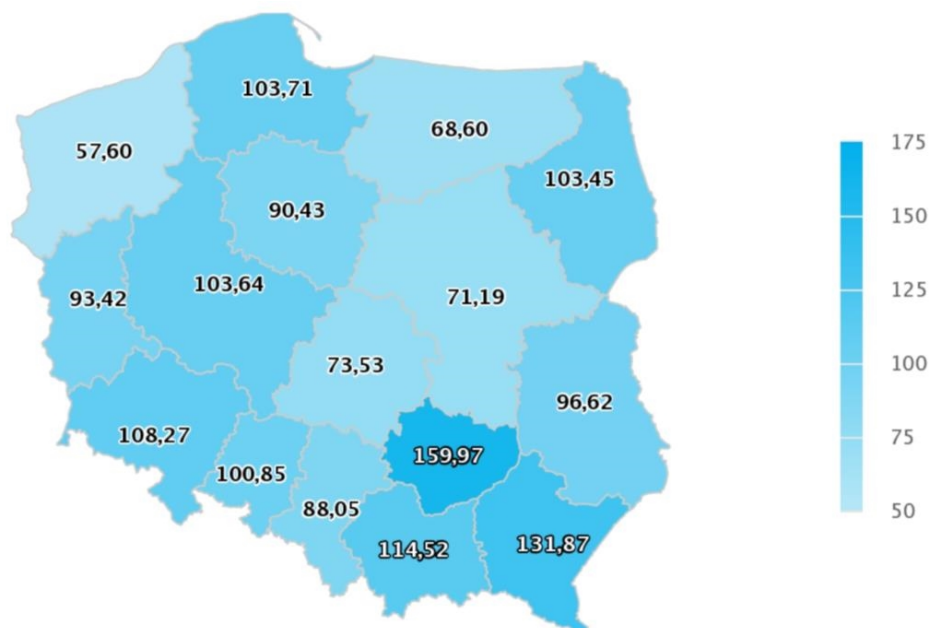
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z CRLiLD i CWU

Zgodnie z danymi zaprezentowanymi powyżej w przypadku medycyny paliatywnej nie występuje problem wymienialności pokoleniowej, ponieważ liczba lekarzy w trakcie szkoleń specjalizacyjnych znacząco przewyższa liczbę lekarzy w wieku okołoemerytalnym.

10.2. Opieka stacjonarna

W 2019 r. łącznie 36,5 tys. pacjentów było leczonych na oddziałach medycyny paliatywnej lub w hospicjach stacjonarnych. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona, z minimalną przewagą kobiet (50,3%). W przeważającej większości ze świadczeń opieki zdrowotnej korzystały osoby w wieku od 65 lat wzwyż (75%), przy czym osoby w wieku 65-79 lat stanowiły 43%, a osoby w wieku od 80 lat wzwyż 32%. Rozkład liczby pacjentów na 100 tys. ludności leczonych w poszczególnych województwach był nierównomierny. Niższą wartość tego wskaźnika w stosunku do średniej w Polsce (94,97) odnotowano w 7 województwach: zachodniopomorskim (57,60), warmińsko-mazurskim (68,60), mazowieckim (71,19), łódzkim (73,53), śląskim (88,05), kujawsko-pomorskim (90,43) i lubuskim (93,42).

Rysunek 219. Liczba pacjentów w opiece stacjonarnej na 100 tys. ludności w Polsce w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ i GUS

Na koniec 2019 r. oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne dysponowały łącznie 4,0 tys. łóżek²²⁴, a od 2016 r. ich liczba sukcesywnie wzrasta – o 9% z 2016 do 2017 r., o 2% z 2017 do 2018 r. i o 8% z 2018 do 2019 r.

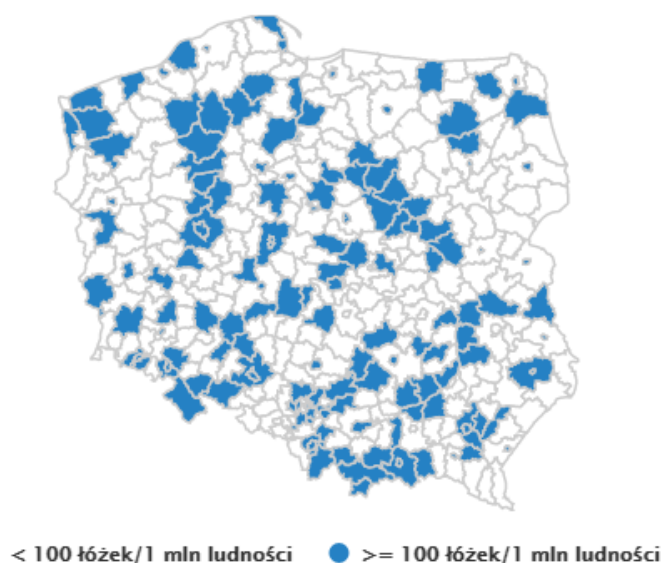
²²⁴ Dane na temat liczby łóżek pochodzą z RPWDL i uwzględniają wszystkie podmioty w kraju, również te, które nie miały kontraktu z NFZ.

Z raportu konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej z 2019 r. wynika, że należy zabezpieczyć województwa pod względem bazy łóżkowej poprzez osiągnięcie zalecanej przez EAPC liczby 100 łóżek na 1 mln ludności.

W Polsce na koniec 2019 r. liczba łóżek w opiece paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 1 mln ludności wyniosła 105,05. W większości województw osiągnięto zalecaną przez EAPC wartość wskaźnika. Odpowiedniej bazy łóżkowej nie zapewniono w 7 województwach: warmińsko-mazurskim (67,48), łódzkim (72,51), lubuskim (74,14), mazowieckim (76,34), lubelskim (78,74), kujawsko-pomorskim (93,61) i opolskim (97,70). W porównaniu do 2018 r. wskaźnik poprawił się w niemal wszystkich województwach (zmniejszenie liczby łóżek w przeliczeniu na liczbę ludności odnotowano jedynie na terenie województwa lubelskiego, podlaskiego i warmińsko-mazurskiego), a w województwach: pomorskim, śląskim i zachodniopomorskim osiągnięto jego rekomendowaną wartość. Jednakże nadal obserwuje się nierównomierne rozłożenie w tym obszarze.

Pod względem zabezpieczenia poszczególnych powiatów jedynie 38,4% wszystkich powiatów w Polsce dysponowało odpowiednią liczbą łóżek. Na mapie Rzeczypospolitej Polskiej kolorem niebieskim zostały zaznaczone powiaty, w których na koniec 2019 r. zaraportowano co najmniej 100 łóżek na 1 mln ludności.

Rysunek 220. Wskaźnik zabezpieczenia pod względem bazy łóżkowej w 2019 r.



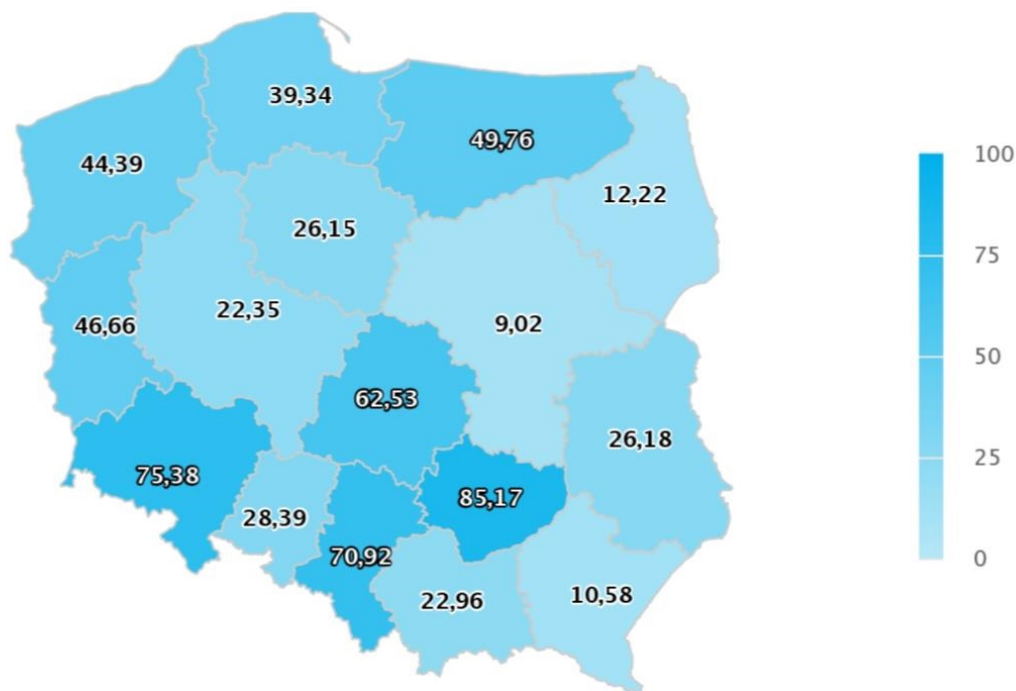
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ, GUS oraz RPWDL

10.3. Opieka ambulatoryjna

W 2019 r. ze świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych skorzystało łącznie 14,6 tys. pacjentów. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona, z minimalną przewagą kobiet (52,6%). Wizyty w poradni medycyny paliatywnej odbywali młodszy pacjenci w porównaniu do pozostałych rodzajów opieki - 31% stanowiły osoby w wieku 40-64 lata,

a 47% osoby w wieku 65-79 lat. Osoby najstarsze (w wieku od 80 lat wzwyż) stanowiły 20% pacjentów, czyli o 60% mniej niż w przypadku świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych.

Rysunek 221. Liczba pacjentów w opiece ambulatoryjnej na 100 tys. ludności w Polsce w 2019 r.

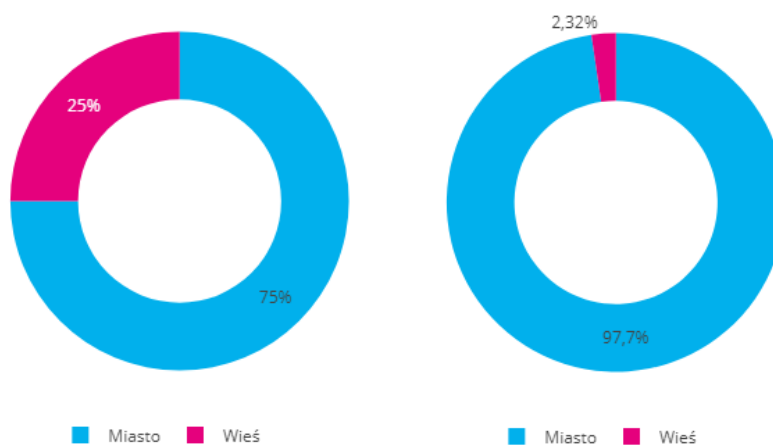


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ i GUS

W ramach ambulatoryjnej opieki paliatywnej zaobserwowano największe zróżnicowanie regionalne pod względem liczby przyjmowanych pacjentów. Różnica w liczbie pacjentów na 100 tys. ludności wyniosła aż 900% pomiędzy pierwszym i ostatnim województwem. Mniej pacjentów (na 100 tys. ludności) niż średnio w Polsce (38,07) zostało przyjętych w 8 województwach: mazowieckim (9,02), podkarpackim (10,58), podlaskim (12,22), wielkopolskim (22,35), małopolskim (22,96), kujawsko-pomorskim (26,15), lubelskim (26,18) i opolskim (28,39).

Ograniczony dostęp do świadczeń ambulatoryjnej opieki paliatywnej i hospicyjnej pojawił się również na obszarach wiejskich w stosunku do miejskich. W 2019 r. pacjenci zamieszkujący tereny wiejskie stanowili tylko 25% wszystkich pacjentów korzystających z tych świadczeń, a jedynie 2% pacjentów ambulatoryjnych skorzystało ze świadczeń w poradniach medycyny paliatywnej działających na wsi.

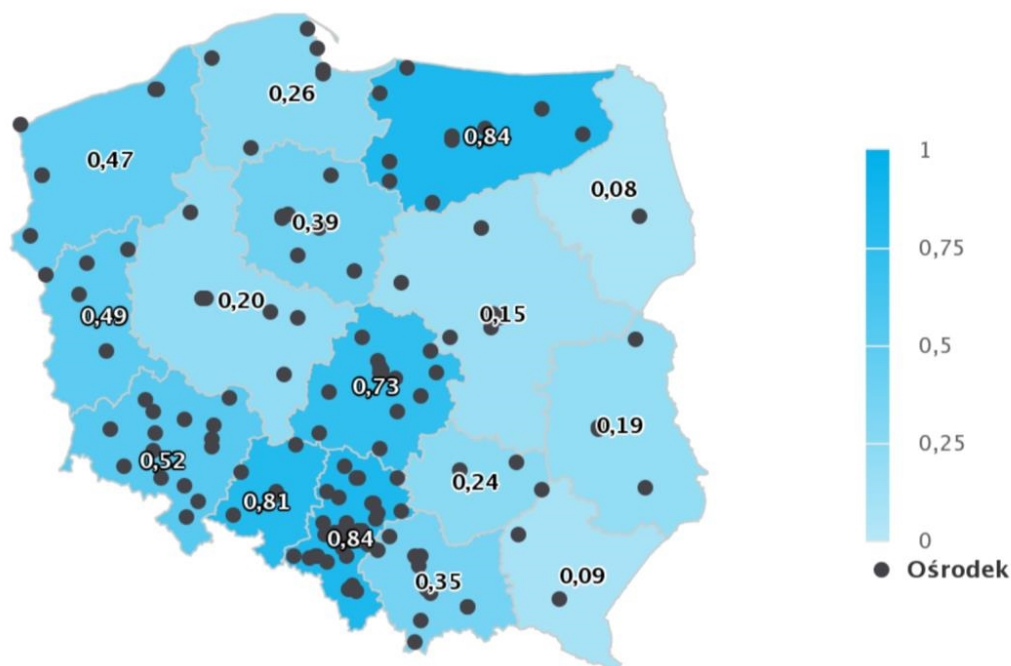
Rysunek 222. Struktura pacjentów w opiece ambulatoryjnej ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta (lewy wykres) oraz lokalizację świadczeniodawcy (prawy wykres) w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W 2019 r. na terenie Rzeczypospolitej Polskiej działało łącznie 155 poradni medycyny paliatywnej w ramach umów zawartych z NFZ. Poradnie znajdowały się głównie w dużych miastach i ich okolicach. Średnio w Polsce liczba poradni na 100 tys. ludności wyniosła 0,40. W 7 województwach na 100 tys. ludności przypadało więcej poradni niż średnio w Polsce, tj. w województwach: śląskim (0,84), warmińsko-mazurskim (0,84), opolskim (0,81), łódzkim (0,73), dolnośląskim (0,52), lubuskim (0,49) i zachodniopomorskim (0,47).

Rysunek 223. Liczba poradni medycyny paliatywnej na 100 tys. ludności w Polsce w 2019 r.



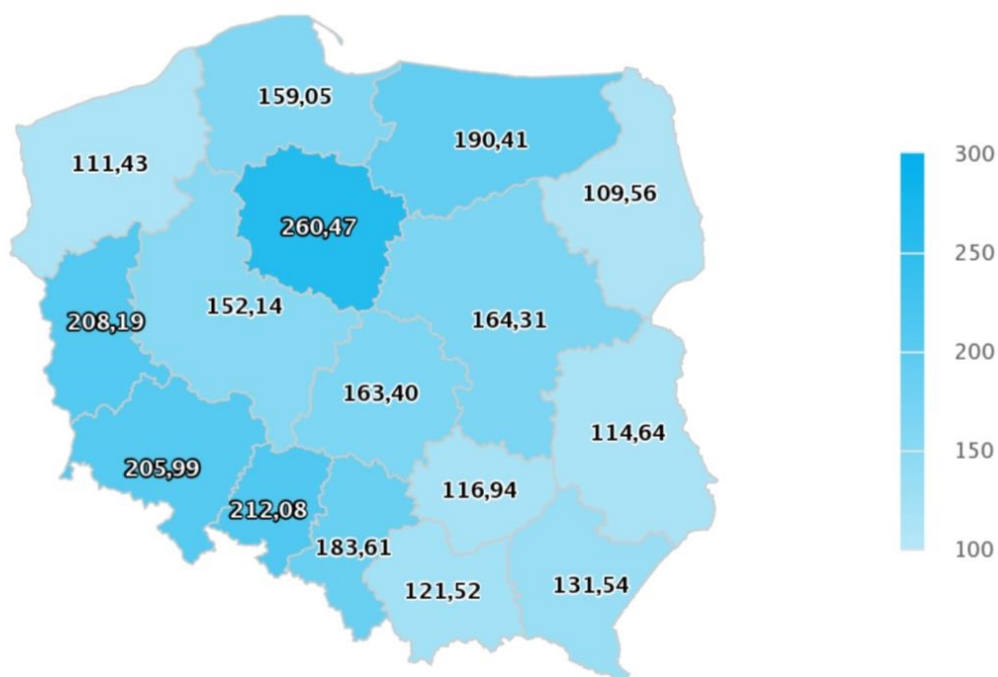
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

10.4. Opieka domowa

Domowa opieka paliatywna jest najbardziej rozpowszechnioną formą opieki paliatywnej i hospicyjnej. W 2019 r. ze świadczeń tego rodzaju skorzystało 62,5 tys. pacjentów. W porównaniu do 2016 r. liczba pacjentów zwiększyła się o niecałe 10%. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona, z minimalną przewagą kobiet (50,2%). W przeważającej większości ze świadczeń korzystały osoby w wieku od 65 lat wzwyż (73%), przy czym osoby w wieku 65-79 lat stanowiły 45%, a osoby w wieku od 80 lat wzwyż - 28%.

Na mapie Rzeczypospolitej Polskiej została zaprezentowana liczba pacjentów objętych świadczeniami w ramach hospicjum domowego na 100 tys. ludności w poszczególnych województwach. Niższą wartość tego wskaźnika w stosunku do średniej w Polsce (162,74) zaraportowano w 8 województwach: podlaskim (109,56), zachodniopomorskim (111,43), lubelskim (114,64), świętokrzyskim (116,94), małopolskim (121,52), podkarpackim (131,54), wielkopolskim (152,14) i pomorskim (159,05).

Rysunek 224. Liczba pacjentów w opiece domowej na 100 tys. ludności w Polsce w 2019 r.

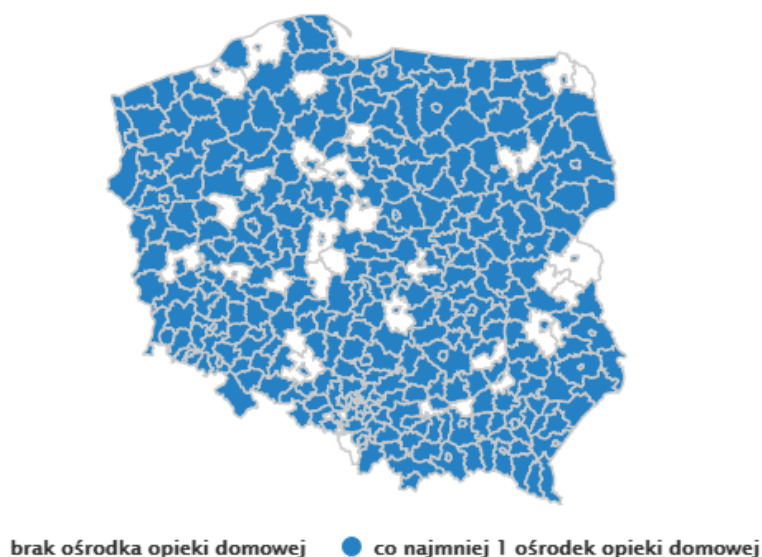


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ i GUS

Zdaniem konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej oprócz zabezpieczenia terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pod względem bazy łóżkowej powinno dążyć się do zapewnienia opieki domowej w każdym powiecie. Hospicja domowe opiekują się zarówno pacjentem, jak i jego najbliższymi zapewniając im wsparcie psychologiczne oraz duchowe. Najbliżsi i rodzina są często najbardziej przez chorego pożądanymi i cenionymi opiekunami, a jego dom najlepszym i preferowanym przez pacjentów środowiskiem opieki, dlatego tak ważne jest, aby świadczenia realizowane w warunkach domowych były ogólnodostępne.

W Polsce w 2019 r. w zdecydowanej większości powiatów udzielane były świadczenia zdrowotne w warunkach domowych (90,5%). Na terenie 3 województw, tj. dolnośląskiego, mazowieckiego i warmińsko-mazurskiego, w każdym powiecie zapewniony był dostęp do ośrodków opieki domowej. Niższą wartość tego wskaźnika w stosunku do średniej w Polsce odnotowano w 7 województwach: lubelskim (79,2%), wielkopolskim (80,0%), podlaskim (82,4%), kujawsko-pomorskim (82,6%), opolskim (83,3%), śląskim (86,1%) i pomorskim (90,0%). Na mapie Rzeczypospolitej Polskiej kolorem niebieskim zostały zaznaczone powiaty, w których w 2019 r. realizowano świadczenia w co najmniej 1 ośrodku opieki domowej.

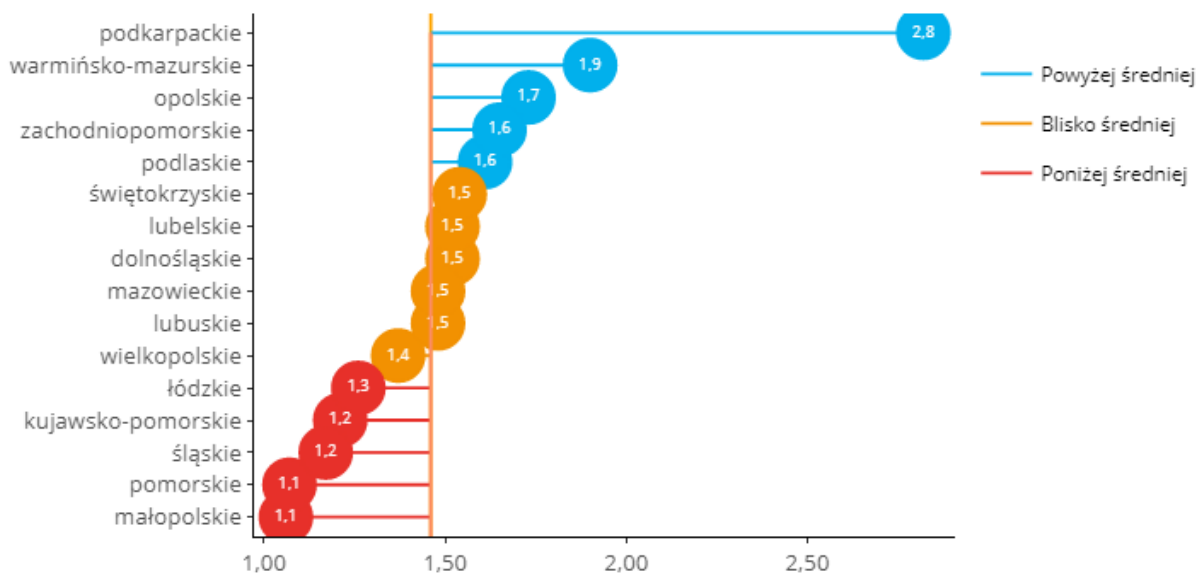
Rysunek 225. Wskaźnik zabezpieczenia pod względem dostępności ośrodków domowych w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W Polsce w 2019 r. w ramach umów z NFZ funkcjonowało 559 hospicjów domowych (w tym 71 przeznaczonych dla dzieci), a na 100 tys. ludności przypadał średnio 1 ośrodek domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej (1,46). Najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwach podkarpackim (2,82) i warmińsko-mazurskim (1,90), zaś najniższą w województwach małopolskim (1,06) i pomorskim (1,07).

Rysunek 226. Ranking województw pod względem liczby ośrodków domowych na 100 tys. ludności w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

10.5. Prognoza liczby miejsc

Opis metodyki szacowania liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej

Starzenie się społeczeństwa, a w związku z tym rosnąca liczba chorych przewlekle, stawia przed systemem ochrony zdrowia w Polsce nowe wyzwania związane z zapewnieniem świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. W tym celu opracowano model zapotrzebowania na miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Autorzy modelu posłużyli się metodyką zaprezentowaną przez WHO w publikacji *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*²²⁵.

Metodykę zapotrzebowania na miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej w oparciu o analizę WHO prezentuje poniższa lista:

- wykorzystano wskaźniki zapadalności na guzy łagodne przedstawione w mapach potrzeb zdrowotnych dla tych chorób opublikowanych w grudniu 2016 r. według sześciu grup wiekowych;
- w celu obliczenia populacji zagrożonej ryzykiem zachorowania na analizowane rozpoznania obliczono iloczyn wskaźnika zapadalności oraz prognozy ludności Rzeczypospolitej Polskiej przygotowanej przez GUS na lata 2020-2050 według województw i kodów TERYT;

²²⁵ <https://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>, dostęp w dniu 31.03.2020 r.

- stworzono ramę matrycy dożycia prezentującą liczbę pacjentów w poszczególnych latach, którzy według danych NFZ i KRN dożywają:
 - do 1 roku od momentu rozpoznania choroby,
 - od 1 roku do 2 lat od momentu rozpoznania choroby,
 - od 2 do 3 lat od momentu rozpoznania choroby,
 - od 3 do 4 lat od momentu rozpoznania choroby,
 - od 4 do 5 lat od momentu rozpoznania choroby,
 - od 5 do 6 lat od momentu rozpoznania choroby.
- obliczono dożywalność przez pomnożenie wartości odpowiadającej populacji zapadłej na rozpoznania z analizowanych rozpoznań ICD-10 oraz prawdopodobieństw przeżycia osób z rozpoznaniem nowotworowym według wszystkich województw oraz kodów TERYT (wartości prawdopodobieństw zaczerpnięto z onkologicznych map potrzeb zdrowotnych z 2016 r.);
- obliczono matrycę zgonów w każdym z przedziałów matrycy dożywalności z pkt. 4 według analizowanych jednostek chorobowych i grup wiekowych.

Oryginalny model proponował, aby opieką paliatywną i hospicyjną objętych było 84% wszystkich pacjentów z rozpoznaniem z katalogu C oraz D (wg ICD-10) na rok przed zgonem, z uwagi na wyniki badań nad przewlekłością bólu u wspomnianej grupy pacjentów. Jednak po dyskusji z krajowymi ekspertami w dziedzinie medycyny paliatywnej, aby uwzględnić specyfikę lokalnych uwarunkowań determinujących konieczność objęcia opieką paliatywną i hospicyjną, zdecydowano się na podniesienie wartości tego parametru do 90%.

Zaproponowany model multiplikatywny ma 4 składniki: A, B, C oraz D.

- Populacja hospicjum = $A * B * C * D$.
- A = populacja zapadła na rozpoznania z katalogu C (poza nowotworami układu krwiotwórczego i chłonnego) wchodzące w skład analizy w podziale na płeć oraz kod TERYT. Metodyka została zaprezentowana w publikacji „Proces leczenia w Polsce – analizy i modele Tom I: Onkologia”²²⁶.
- B = 0,9 (odsetek wszystkich pacjentów wymagających opieki paliatywnej i hospicyjnej na rok przed zgonem).
- C = 1,1259 (syntetyczny współczynnik domiaru odzwierciedlający konieczność uwzględnienia pacjentów z rozpoznaniem innymi niż wymienione w składniku A, a wchodzącymi w skład rozpoznań wymienionych w załączniku nr 1 do

²²⁶ <http://mpz.mz.gov.pl/publikacje/proces-leczenia-w-polsce-analzy-i-modele-tom-i-onkologia/>, dostęp w dniu 31.03.2020 r.

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej).

- D = 1,0255 (syntetyczny współczynnik domiaru odzwierciedlający konieczność uwzględnienia pacjentów pozostających pod opieką hospicyjną i paliatywną przez okres przekraczający rok).

Finalny model wskazuje na niezbędną liczbę miejsc opieki paliatywnej i hospicyjnej ogółem. W celu obliczenia liczby niezbędnych miejsc w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej posłużono się wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej wskazującymi na konieczność zapewnienia co najmniej 100 łóżek w stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej i hospicyjnej na 1 mln populacji. Liczba miejsc w hospicjach domowych stanowi różnicę oszacowanej liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej ogółem oraz liczby miejsc w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej.

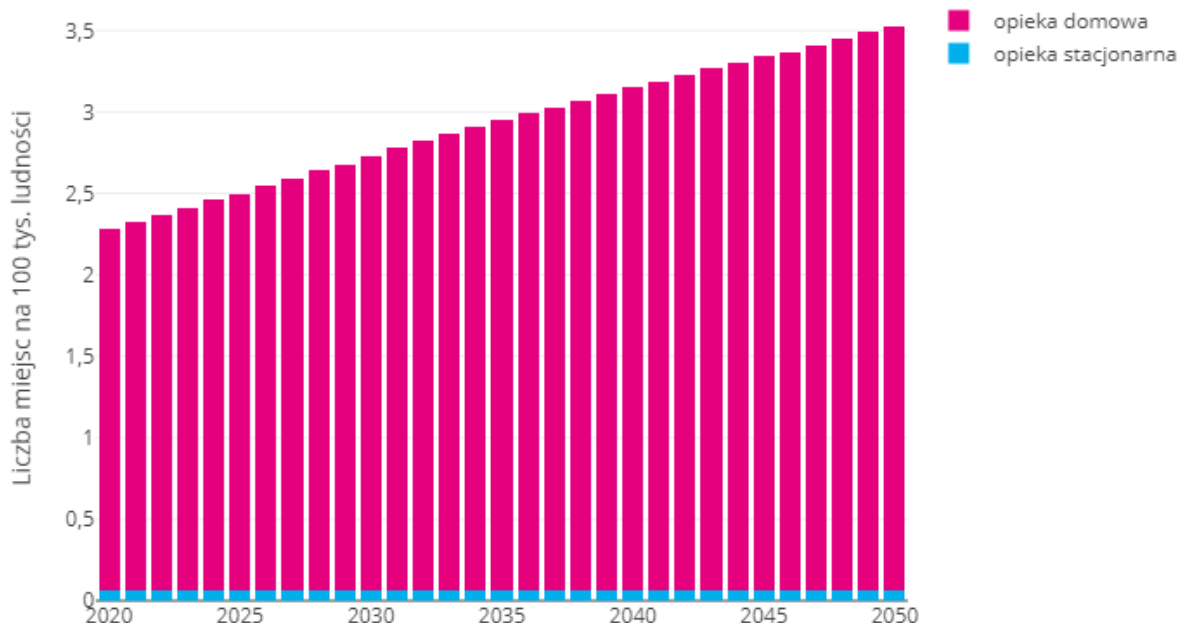
Ograniczenia metodyczne

Prognoza liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej została przygotowana wyłącznie w zakresie opieki domowej i stacjonarnej (nie uwzględniono zapotrzebowania na świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych). Prognoza jest silnie uwarunkowana zmianami demograficznymi, w szczególności w zakresie opieki stacjonarnej, w przypadku której zapotrzebowanie na liczbę miejsc uzależniono wyłącznie od prognozy liczby ludności według GUS oraz od spełnienia kryterium 100 łóżek na 1 mln ludności. Model szacowania łącznej liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej został oparty o wskaźniki zapadalności i przeżywalności z 2014 r. dla wybranej grupy nowotworów (C00-C16, C18-C26, C30-C34, C43, C50, C53-C54, C56, C61-C62, C64-C67, C70-C73, D05 wraz z rozszerzeniami) i w związku z tym nie obejmuje wszystkich rozpoznań ujętych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Wyniki prognozy

Wyniki modelu zapotrzebowania na miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej wskazują, że w 2020 r. powinno zostać zapewnionych 146 tys. miejsc, z czego 97,4% z w opiece domowej (142 tys.). W związku z rosnącą liczbą osób starszych do 2050 r. spodziewany wzrost zapotrzebowania na liczbę miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej wyniesie 38%. Łącznie w Polsce będzie potrzeba około 202 tys. miejsc, z czego 198 tys. w ośrodkach opieki domowej oraz 3,4 tys. w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej.

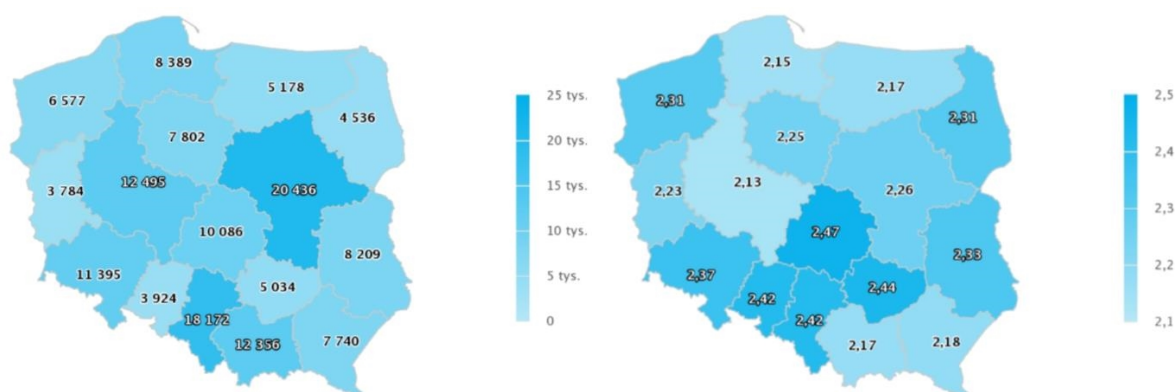
Rysunek 227. Prognoza liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej w Polsce na lata 2020-2050



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ, KRN oraz GUS

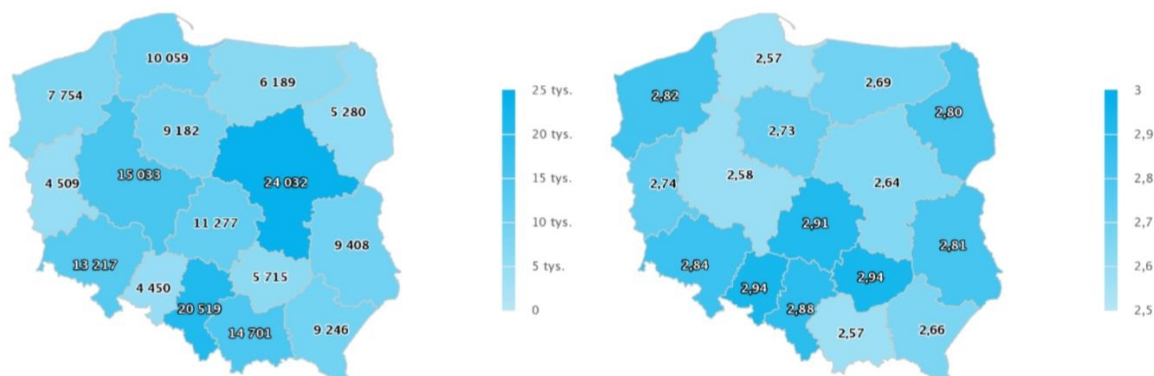
W przeliczeniu na liczbę ludności w 2020 r. największa liczba miejsc powinna zostać zapewniona w województwach: łódzkim (2,47 na 100 tys. ludności) i świętokrzyskim (2,44 na 100 tys. ludności), zaś najmniejsza w województwach: wielkopolskim (2,13 na 100 tys. ludności) i pomorskim (2,15 na 100 tys. ludności). Z kolei w 2050 r. przewiduje się największe zapotrzebowanie na liczbę miejsc w województwach: opolskim (3,89 na 100 tys. ludności) i świętokrzyskim (3,87 na 100 tys. ludności).

Rysunek 228. Prognoza liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej w Polsce w 2020 r. (lewy wykres w wartościach bezwzględnych, prawy wykres na 100 tys. ludności).



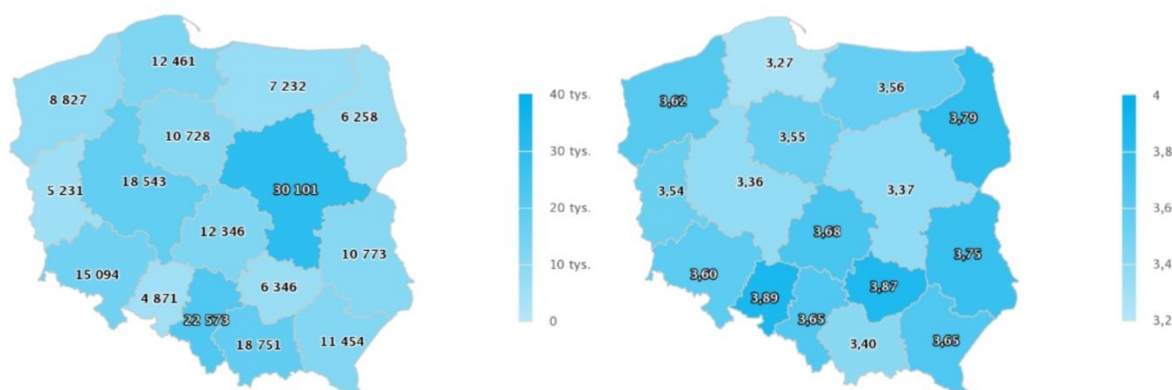
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ, KRN oraz GUS

Rysunek 229. Prognoza liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej w Polsce w 2030 r. (lewy wykres w wartościach bezwzględnych, prawy wykres na 100 tys. ludności).



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ, KRN oraz GUS

Rysunek 230. Prognoza liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej w Polsce w 2050 r. (lewy wykres w wartościach bezwzględnych, prawy wykres na 100 tys. ludności).



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ, KRN oraz GUS

10.6. Podsumowanie

Opieka paliatywna i hospicyjna w ramach systemu ochrony zdrowia jest realizowana w warunkach stacjonarnych (w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej), w warunkach domowych (w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia) oraz w warunkach ambulatoryjnych (w poradni medycyny paliatywnej). Jej podstawowym celem jest objęcie opieką pacjentów w stanie terminalnym.

10.7. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej świadczenia te przysługują osobom chorującym na nieuleczalne, postępujące i ograniczające życie choroby

nowotworowe i nienowotworowe. Jednak w przypadku osób dorosłych lista chorób kwalifikujących się do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jest bardzo wąska. W 2019 r. 88,7% pacjentów powyżej 18. roku życia stanowiły osoby z rozpoznaniem onkologicznym. WHO szacuje, że pacjenci z chorobami nowotworowymi wymagający tego rodzaju opieki stanowią 34% wszystkich potrzebujących. Z kolei osoby z chorobami układu krążenia stanowią 38,5% potrzebujących. Zgodnie z raportem NIK z 2019 r. zakres jednostek chorobowych uprawniających do leczenia powinien zostać w pierwszej kolejności rozszerzony o niewydolność serca oraz przewlekłą niewydolność nerek. Z powodu niewydolności serca i przewlekłej niewydolności nerek średniorocznie umiera 45 tys. osób. Przeprowadzone przez Ministerstwo Zdrowia analizy wskazują, że obecnie na niewydolność serca choruje około 1,2 mln Polaków, a co roku umiera 140 tys. z nich. Są to głównie osoby starsze (od 80 lat wzwyż) z licznymi chorobami współistniejącymi. Dodatkowo pacjenci z niewydolnością serca mają złe rokowania (przeżycia 5-letnie chorych wyniosły 56,6%).

W perspektywie zachodzących zmian demograficznych i epidemiologicznych, liczba osób potrzebujących opieki paliatywnej będzie rosnąć. Według prognoz GUS do 2050 r. udział osób w wieku od 65 lat wzwyż zwiększy się do 32,7% (do 22,3% w grupie wiekowej 65-79 lat i do 10,4% w grupie wiekowej od 80 lat wzwyż). W związku z rosnącą liczbą osób starszych do 2050 r. spodziewane zapotrzebowanie na liczbę miejsc w paliatywnej opiece stacjonarnej i domowej wyniesie 202 tys. miejsc.

Nie wszystkie powiaty w Polsce zostały zabezpieczone pod kątem dostępności do opieki domowej. Hospicja domowe opiekują się zarówno pacjentem, jak i jego najbliższymi zapewniając im wsparcie psychologiczne oraz duchowe. Najbliżsi i rodzina są często najbardziej przez chorego pożądanymi i cenionymi opiekunami, a jego dom najlepszym i najbardziej preferowanym przez pacjenta środowiskiem opieki, dlatego tak ważne jest, aby świadczenia zdrowotne realizowane w warunkach domowych były ogólnodostępne.

W 7 z 16 województw nie zapewniono minimalnej (według wskazań EAPC 100 łóżek na 1 mln mieszkańców) liczby łóżek w paliatywnej opiece stacjonarnej. Zalecanej wartości wskaźnika nie osiągnięto w województwach: warmińsko-mazurskim (67,48), łódzkim (72,51), lubuskim (74,14), mazowieckim (76,34), lubelskim (78,74), kujawsko-pomorskim (93,61) i opolskim (97,70). Zwiększanie bazy łóżkowej stanowi istotny element, gdyż w dalszym ciągu obserwuje się niezaspokojone potrzeby w zakresie stacjonarnej opieki paliatywnej, które ze względu na postępujące zmiany demograficzne będą rosły. W lutym 2020 r. na świadczenia opieki stacjonarnej czekało 624 pacjentów, a przeciętny czas oczekiwania wyniósł 13 dni do oddziału medycyny paliatywnej i 43-45 dni do hospicjum stacjonarnego. W przypadku tak specyficznego rodzaju świadczeń jak opieka paliatywna i hospicyjna czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodka stacjonarnej opieki paliatywnej jest zbyt długi, w szczególności w porównaniu do średniego czasu pobytu pacjenta w ciągu roku, który w 2019 r. wyniósł około 30 dni.

Miejsce zamieszkania ma wpływ na dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej. W 2019 r. jedynie 32% wszystkich pacjentów pochodziło z obszarów wiejskich. Największe różnice

zaobserwowano w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, w tym przypadku osoby zamieszkujące tereny wiejskie stanowiły 25% wszystkich pacjentów. Różnice w dostępności pojawiły się również pomiędzy poszczególnymi województwami. Największą liczbę pacjentów na 100 tys. ludności pod względem miejsca zamieszkania pacjenta odnotowano w województwach: kujawsko-pomorskim (322,67) i dolnośląskim (321,12), zaś najmniejszą w województwach: zachodniopomorskim (199,51) i lubelskim (201,02). Średnio w Polsce świadczeń udzielano 251 pacjentom na 100 tys. ludności.

W 2017 r. do koszyka świadczeń gwarantowanych została dodana perinatalna opieka paliatywna ujednolicając standard udzielania świadczeń i umożliwiając finansowanie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Perinatalna opieka paliatywna ma na celu zapewnienie konsultacji lekarskiej, a także wsparcie psychologiczne kobiet, u których w trakcie trwania ciąży zdiagnozowano choroby zagrażające życiu płodu lub dziecka, dlatego tak ważne jest by dostęp do tego rodzaju świadczeń był wyrównany na terenie całej Rzeczypospolitej Polskiej. W 2018 r. w Polsce zrealizowano 0,34 tys. wizyt z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej, natomiast w 2019 r. ich liczba wzrosła do 1,25 tys. (prawie 4-krotnie). W 2019 r. w 5 województwach nie były udzielane świadczenia tego rodzaju, tj. kujawsko-pomorskim, lubuskim, świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim, przez co pacjentki wraz z rodziną były zmuszone migrować do sąsiednich województw.

10.8. Rekomendowane kierunki działań

- Zapewnienie wszystkim chorym w stanie terminalnym odpowiedniej opieki w ramach systemu ochrony zdrowia. Osoby cierpiące z powodu nieuleczalnych, postępujących i ograniczających życie chorób powinny być objęte opieką odpowiednią dla ich potrzeb, tj. paliatywną i hospicyjną, długoterminową lub w ramach innego rodzaju świadczeń gwarantowanych. Biorąc pod uwagę komfort pacjenta, wskazane jest przy tym przeniesienie punktu ciężkości z oddziałów szpitalnych w stronę świadczeń udzielanych w warunkach pozainstytucjonalnych;
- zapewnienie odpowiedniego do potrzeb dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej poprzez zwiększanie liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz wyrównanie różnic w ich dostępie pomiędzy województwami oraz pomiędzy obszarami wiejskimi i miejskimi;
- zwiększanie dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych np. poprzez włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego tego rodzaju świadczeń gwarantowanych. Opieka zdrowotna realizowana w ramach hospicjum domowego – poza zapobieganiem bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzaniem – opiera się w znaczącym stopniu na codziennej pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności takich jak czynności higieniczno-pielęgnacyjne, profilaktyce przeciwoleżynowej oraz wsparciu w użytkowaniu

przedmiotów ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego, co w dużej mierze pokrywa się z zakresem czynności opiekuńczych przewidzianych do realizacji przez opiekunów medycznych;

- dążenie do zapewnienia opieki w warunkach domowych na terenie całej Rzeczypospolitej Polskiej (w każdym powiecie), jak również organizacji kompleksowego wsparcia informacyjnego, edukacyjnego i psychologicznego dla opiekunów nieformalnych, którzy mają bardzo duży udział w opiece nad osobami z nieuleczalnymi i postępującymi chorobami;
- zwiększanie bazy łóżkowej w paliatywnej opiece stacjonarnej zgodnie ze wskazaniem Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej przy jednoczesnym rozwijaniu form opieki zdrowotnej w warunkach pozainstytucjonalnych, w miarę możliwości w domu pacjenta lub jego rodziny;
- zwiększenie dostępności do perinatalnej opieki paliatywnej dla wymagających takiej formy opieki rodzin z dziećmi;
- pożądanym jest wprowadzenie standardu organizacyjnego opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz koordynacja działań pomiędzy POZ, opieką długoterminową i pomocą społeczną.

11. Państwowe Ratownictwo Medyczne

W niniejszym dokumencie po raz pierwszy w ramach map potrzeb zdrowotnych przeanalizowano świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego w tak szerokim zakresie. Jednym obszarem objętym analizami były szpitalne oddziały ratunkowe.

System ratownictwa medycznego służy odpowiedzi na specyficzne potrzeby zdrowotne mieszkańców poprzez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (nagłe pogorszenie stanu zdrowia lub wypadek). Zasady funkcjonowania ratownictwa medycznego w Polsce określa ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz.U. 2006 r., nr 191, poz. 1410, z późn. zm.). Zgodnie z zapisami ustawy, w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, tworzy się system Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Zgodnie z art. 2 Ustawy w ramach systemu działają organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu PRM, dyspozytornie medyczne oraz jednostki systemu, czyli:

- zespoły ratownictwa medycznego (w tym lotnicze zespoły ratownictwa),
- szpitalne oddziały ratunkowe.

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

Ponadto z systemem współpracują także jednostki współpracujące z systemem PRM, w tym jednostki Państwowej Straży Pożarnej, Ochotniczej Straży Pożarnej włączone do Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego, Policji, Straży Granicznej, Ministerstwa Obrony Narodowej, Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, ratownictwa górniczego i tym podobne, w tym także społecznych organizacji ratowniczych. Współpraca ta jest bardzo istotna, zwłaszcza w przypadku zdarzeń mnogich w trudnym terenie lub przy braku wolnego Zespołu Ratownictwa Medycznego.

Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, natomiast planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad nim na terenie województwa jest zadaniem wojewody.

Na obszarze województwa system działa na podstawie wojewódzkiego planu działania, sporządzanego przez wojewodę. Aktualizowany jest co najmniej raz w roku, nie później niż do dnia 30 marca, według danych za rok poprzedni. Obejmuje w szczególności:

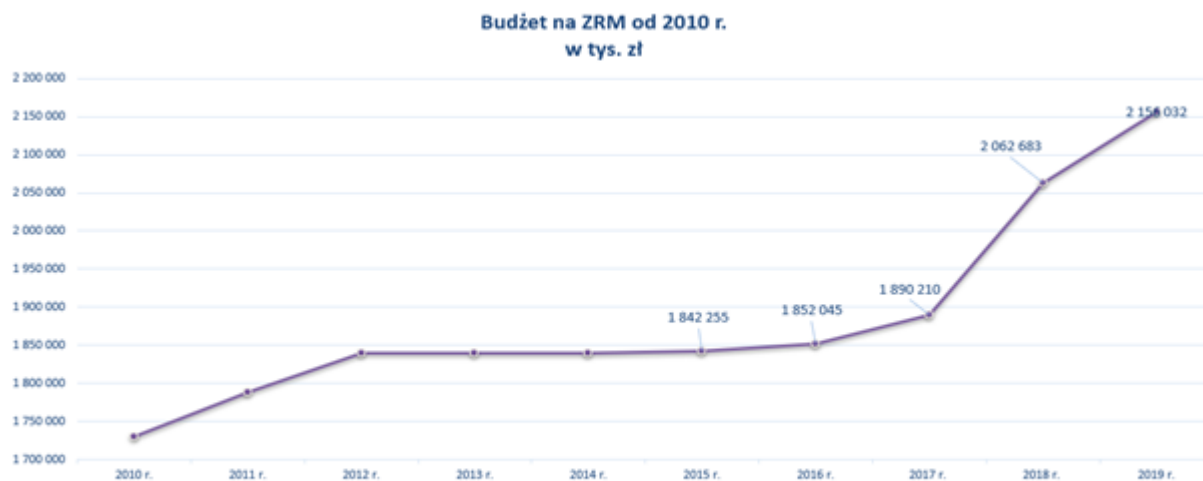
- liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu oraz sposób koordynowania ich działań;

- obszary działania i rejony operacyjne;
- kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego;
- sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw;
- sposób współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem;
- informacje o lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego;
- opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- dane dotyczące:
 - dyspozytorni medycznej,
 - wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, obejmujące m.in.:
 - medianę czasu dotarcia na miejsce zdarzenia,
 - maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia,
 - średni i maksymalny czas trwania akcji medycznej,
 - liczbę wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia,
 - liczby pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego oraz izby przyjęć szpitala,
 - liczby pacjentów urazowych oraz liczby pacjentów urazowych dziecięcych;
- sposób organizacji i działania łączności radiowej.

Finansowanie zadań PRM

Każdy z elementów systemu PRM posiada osobne źródła finansowania. SOR finansowane są budżetu NFZ, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Finansowanie realizacji zadań wykonywanych przez ZRM realizowane są z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.

Rysunek 231. Wzrost budżetu na finansowanie zadań z zakresu ratownictwa medycznego w poszczególnych latach



Źródło: opracowanie MZ

Środki te podzielone są na poszczególne województwa na zasadach opisanych w art. 46 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Zespoły ratownictwa medycznego według typu

ZRM zostały podzielone na dwa typy w zależności od składu zespołu:

- zespoły specjalistyczne – co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- zespoły podstawowe – co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- zespoły lotnicze – co najmniej trzy osoby, w tym co najmniej jeden pilot zawodowy, lekarz systemu oraz ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.

Ramowe procedury dysponowania ZRM określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego z dnia 19 sierpnia 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1703). Ustalenie priorytetu zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego następuje na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego i w zależności od niego dyspozytor medyczny nadaje kod pilności wyjazdu:

- kod 1 oznacza niezbędny natychmiastowy wyjazd ZRM o najkrótszym przewidywanym czasie do miejsca zdarzenia w związku ze stanem nagłego

zagrożenia zdrowotnego wymagającym natychmiastowego podjęcia medycznych czynności ratunkowych,

- kod 2 oznacza niezbędny wyjazd wolnego ZRM do stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego wymagającego pilnego podjęcia medycznych czynności ratunkowych.

W związku z powyższym do pacjenta znajdującego się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, w przypadku którego dyspozytor medyczny nadał kod pilności 1, dysponowany jest najbliższy wolny ZRM - bez względu na jego typ - celem jak najszybszego udzielenia pomocy.

Analiza powodów wezwań nie wykazała istotnych różnic w zakresie dysponowania ZRM w zależności od typu Zespołu.

Z uwagi na to, że w poszczególnych miesiącach następowały zmiany w liczbie lub typie ZRM, obciążenie ZRM należy oceniać przez pryzmat miesięcznego okresu. Dla przykładu w grudniu funkcjonowało 1563 ZRM, z czego 23% stanowiły zespoły typu S.

Liczbę zespołów typu S i P ustala wojewoda według potrzeb i możliwości. W przytoczonym okresie najwięcej ZRM funkcjonowało w województwie mazowieckim – 200 (23% typu S), a najmniej w opolskim – 44 (27%). Najwięcej zespołów S pełniło dyżury w województwie mazowieckim – 47 (23% wszystkich ZRM w województwie), a najmniej w świętokrzyskim – 9 (18% wszystkich ZRM w województwie.).

Zmiany w typach ZRM zwykle podyktowane są brakiem możliwości obsadzenia dyżurów i najczęściej dotyczą przekwalifikowania zespołu typu S na P. Niesie to za sobą konieczność aktualizacji planu wojewódzkiego, która musi uzyskać akceptację Ministra Zdrowia.

Następnie dokonuje się aneksowania umowy z NFZ.

Natomiast w miesiącach letnich zwykle uruchamia się dodatkowe zespoły, tzw. sezonowe, w miejscowościach turystycznych celem zapewnienia właściwego poziomu przy zwiększonej liczbie ludności.

11.1. Zespoły Ratownictwa Medycznego

Zdarzenia obsługiwane przez ZRM

W analizowanym okresie, tj. od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r., wystąpiło łącznie około 2,5 mln zdarzeń (około 6,5 tys. na 100 tysięcy ludności w Polsce), przy czym 30% wyjazdów zrealizowano w kodzie 1. Najwięcej zdarzeń odnotowano w województwie mazowieckim (około 360 tys.), a najmniej w opolskim (około 56 tys.). W przeliczeniu na 100 tys. ludności w województwie najwięcej zdarzeń wystąpiło w województwie zachodniopomorskim (około 8,5 tys.), a najmniej w wielkopolskim (4,8 tys.).

Tabela 64. Zdarzenia obsługiwane przez ZRM w województwach w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r.

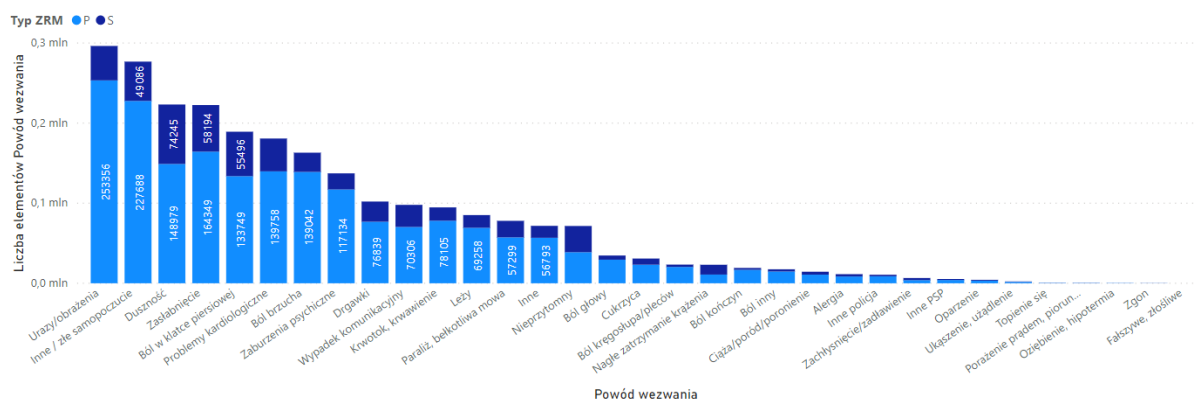
Województwo	Liczba wezwań	Liczba wezwań w kodzie 1	Liczba wezwań w kodzie 2	Liczba wezwań odwołanych
dolnośląskie	228 776	60 518	168 260	139
kujawsko-pomorskie	142 997	57 232	85 766	85
lubelskie	146 966	42 713	104 254	222
lubuskie	64 729	15 678	49 051	25
łódzkie	169 696	32 117	137 584	76
małopolskie	184 836	55 490	129 350	159
mazowieckie	358 319	106 226	252 102	203
opolskie	56 398	8 447	47 951	77
podkarpackie	117 330	50 952	66 382	120
podlaskie	61 378	18 443	42 935	53
pomorskie	133 179	31 984	101 196	143
śląskie	323 658	90 703	232 958	138
świętokrzyskie	97 799	53 234	44 566	48
warmińsko-mazurskie	97 219	23 592	73 630	47
wielkopolskie	167 797	60 312	107 485	208
zachodniopomorskie	145 154	35 920	109 234	63
RAZEM	2 496 231	743 561	1752 704	1 806

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)

Powody wezwania ZRM

Dyspozytor przyjmujący wezwanie i na podstawie przeprowadzonego wywiadu wpisuje powód wezwania, korzystając z zamkniętego katalogu liczącego kilkadziesiąt pozycji. W analizowanym okresie najczęstszym powodem wezwania były „Urazy/obrażenia” – około 296 tys. (ok. 14% obsłużonych przez zespoły S).

Rysunek 232. Powody wezwania ZRM w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM

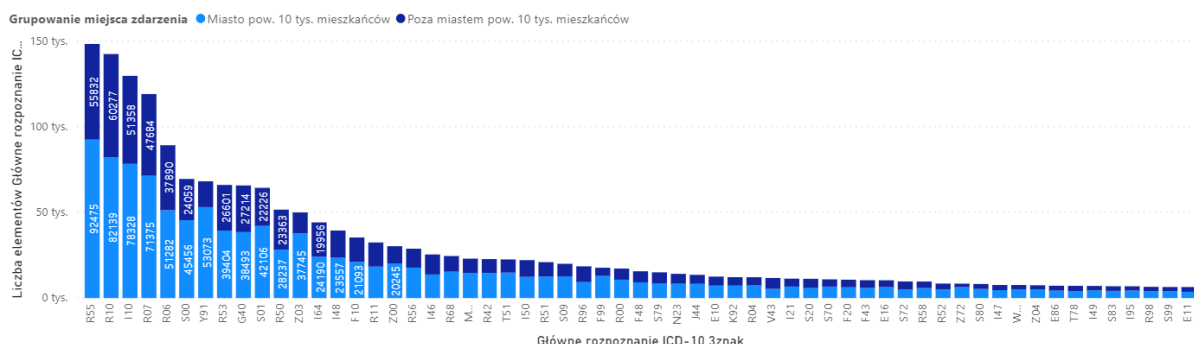
Warto podkreślić, że dyspozytor nie zawsze ma możliwość ustalenia w drodze wywiadu medycznego, czy zdarzenie wiąże się ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego, a co za tym idzie, czy zachodzi konieczność wysłania ZRM, czy też wystarczy przekierowanie pacjenta do przychodni POZ lub SOR.

Rozpoznanie stawiane przez ZRM na miejscu zdarzenia

Na miejscu zdarzenia kierownik zespołu wpisuje do Karty Medycznych Czynności Ratunkowych rozpoznanie z katalogu ICD-10. W analizowanym okresie najczęściej stawianym rozpoznanie było R55 – omdlenie i zapaść (148 tys.), R10 – ból w okolicy brzucha i miednicy (142 tys.), I10 – samoistne (pierwotne) nadciśnienie (130 tys.), R07 – ból w gardle i klatce (119 tys.) oraz R06 – zaburzenia oddychania (89 tys.).

Jednocześnie należy powstrzymać się od wnioskowania, jakoby wyjazdy z rozpoznanie R55 były wyjazdami błahymi czy też niepotrzebnymi, jako że ból brzucha jest niespecyficznym objawem wielu poważnych stanów, takich jak np. rozwarstwiający się tętniak aorty czy ciąży pozamaciczna.

Rysunek 233. Rozpoznanie ICD-10 stawiane przez ZRM w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM

Zgony

W grudniu 2019 r. około 25,5 tys. zdarzeń zakończyło się zgonem pacjenta w ciągu 30 dni od interwencji ZRM (najwięcej w mazowieckim – 3,5 tys., najmniej w podlaskim – 0,6 tys.) a w ciągu 7 dni - 16,5 tys. (blisko połowa tej liczby – ok. 8 tys. były to zgony w dniu zdarzenia).

Tabela 65. Zdarzenia obsługiwane przez ZRM zakończone zgonem do 30 dni w województwach w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r.

Województwo	Liczba wezwań	Liczba wezwań ZRM P	Liczba wezwań ZRM S	Liczba wezwań w kodzie 1	Liczba wezwań w kodzie 2
dolnośląskie	18 218	11 609	6 609	7 401	10 817
kujawsko-pomorskie	10 931	8 706	2 225	5 425	5 506
lubelskie	11 223	6 538	4 685	4 598	6 625
lubuskie	5 327	2 665	2 662	1 995	3 332
łódzkie	15 549	10 624	4 926	6 132	9 418
małopolskie	16 112	12 615	3 498	7 415	8 698
mazowieckie	28 859	19 345	9 514	12 663	16 196
opolskie	5 312	3 215	2 097	1 606	3 706
podkarpackie	9 596	6 805	2 791	5 662	3 934
podlaskie	4 836	2 405	2 431	2 299	2 537
pomorskie	10 328	6 791	3 537	4 068	6 260
śląskie	27 115	18 872	8 243	11 585	15 530
świętokrzyskie	8 359	5 909	2 450	5 673	2 686
warmińsko-mazurskie	8 432	5 821	2 611	3 179	5 253
wielkopolskie	14 560	9 076	5 484	7 368	7 192
zachodniopomorskie	10 757	7 746	3 011	4 457	6 300
RAZEM	205 514	138 742	66 774	91 526	113 990

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM

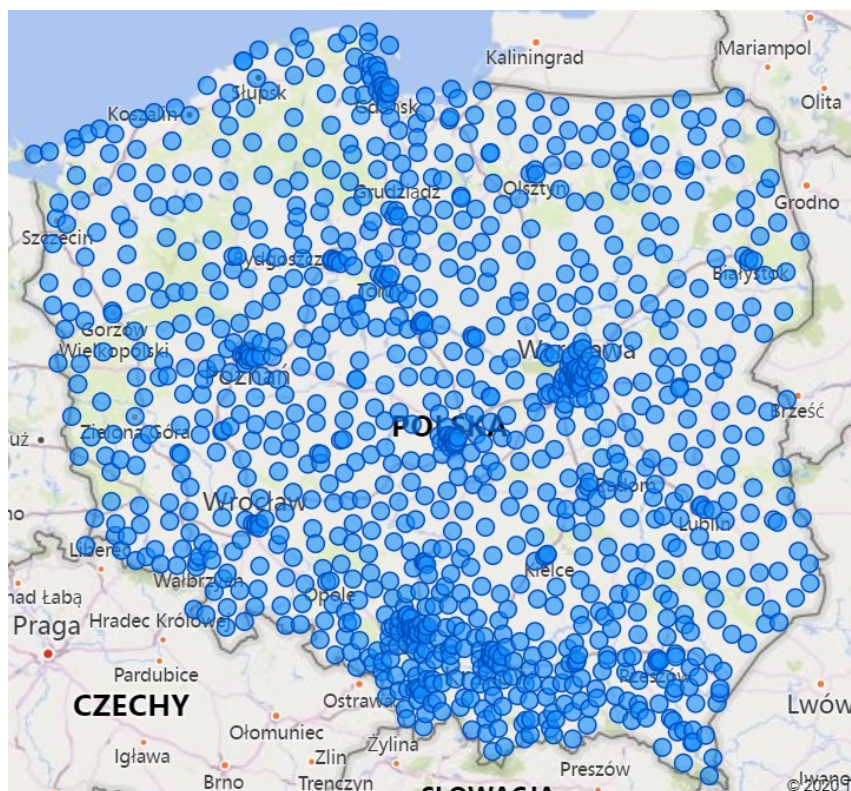
Na przedstawione wyżej statystyki wpływ ma wiele czynników: rodzaj zdarzenia (wypadek komunikacyjny, próba samobójcza etc.), okoliczności – uraz wielonarządowy, nagłe zatrzymanie krążenia, przy którym jedyną pomoc świadków to wezwanie karetki, lub wezwanie, które sprowadza się do stwierdzenia przez ZRM zgonu pacjenta. Równie istotna jest kwestia placówki, do której trafi pacjent, jak również dalszej opieki hospitalizacyjnej i pohospitalizacyjnej.

Na pewno nie jest wskazane penalizowanie ZRM na podstawie tych statystyk – pomimo wysiłków lekarzy i ratowników nie udało się uratować ośmiu tysięcy osób.

Miejsca wyczekiwania ZRM

Od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r. ZRM rozlokowane były w 1 031 miejscach stacjonowania (wyczekiwania). Poszczególne miejsca stacjonowania są wyznaczone przez wojewodów w sposób, który pozwala na równomierne pokrycie podległych obszarów i umożliwia dojazd ZRM w czasie wskazanym w ustawie.

Rysunek 234. Miejsca wyczekiwania ZRM w Polsce w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM

Należy przy tym zauważyć, że przekroczony czas dojazdu do pacjenta sugeruje konieczność dokonania korekt w tym zakresie.

Obłożenie ZRM

Z uwagi na to, że w poszczególnych miesiącach następowały zmiany w liczbie lub typie ZRM, obłożenie należy oceniać przez pryzmat miesięcznego okresu. Dla przykładu w grudniu 2019 r. odnotowano około 263 tys. zdarzeń, które były obsługiwane przez 1563 ZRM. Średnia liczba ZRM na 100 tys. ludności w Rzeczypospolitej Polskiej wynosiła 4,07, natomiast średnie obłożenie – 180,85. Najwyższy wskaźnik średniego obłożenia odnotowano w województwie dolnośląskim (226,57), a najniższy w podlaskim (120,93). Z kolei, w przeliczeniu na 100 tys. ludności, najwięcej ZRM stacjonowało w województwie warmińsko-mazurskim (5,54), a najmniej w wielkopolskim (3,43).

Tabela 66. Zespoły Ratownictwa Medycznego w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r.

Województwo	Liczba ZRM	Liczba ZRM P	Liczba ZRM S	Liczba ZRM na 100 tys. ludności	Średnie obłożenie ZRM
dolnośląskie	117	87	33	4,035	1 955,35
kujawsko-pomorskie	98	83	16	4,724	1 459,15
lubelskie	107	73	37	5,066	1 373,51
lubuskie	53	35	18	5,232	1 221,30
łódzkie	105	85	23	4,268	1 616,15
małopolskie	136	112	26	3,994	1 359,09
mazowieckie	209	162	53	3,862	1 714,44
opolskie	45	32	13	4,572	1 253,29
podkarpackie	95	78	17	4,465	1 235,05
podlaskie	57	41	20	4,833	1 076,81
pomorskie	98	81	21	4,192	1 358,97
śląskie	163	125	41	3,603	1 985,63
świętokrzyskie	51	41	10	4,122	1 917,63
warmińsko-mazurskie	89	71	19	6,241	1 092,35
wielkopolskie	128	93	36	3,662	1 310,91

zachodniopomorskie	89	74	16	5,24	1 630,94
RAZEM	1640	1273	399		

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM

Czas dojazdu do miejsca zdarzenia

Analizując funkcjonowanie PRM należy w szczególności zwrócić uwagę na czasy dotarcia, uwzględniając przy tym parametry określone w art. 24 pkt. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Przykładowo w grudniu 2019 r. najlepszy wynik w przypadku czasu dojazdu do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie świętokrzyskim – 98,3% wezwań z czasem dojazdu do 15 min (mediana: 5 min, trzeci kwartył: 7 min).

W przypadku zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców najlepszy wynik również odnotowano w województwie świętokrzyskim – 94% wezwań z czasem dojazdu do 20 min (mediana: 11 min, trzeci kwartył: 15 min). Dla porównania najniższy wynik w przypadku czasu dojazdu do zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie dolnośląskim – tylko 72% wezwań z czasem dojazdu do 20 min.

W przypadku zdarzeń występujących w miastach powyżej 10 tysięcy mieszkańców jedynie niewielki odsetek przypadków ma czas dojazdu dłuższy niż wymieniony w ustawie. Można zatem uznać, że zabezpieczenie medyczne mieszkańców jest na właściwym poziomie.

W przypadku wezwań realizowanych poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców wyraźnie widać stosunkowo duży odsetek przypadków, gdy ZRM jechał do pacjenta dłużej niż zakłada ustawa. W niektórych województwach było to około 20% zdarzeń, a najwięcej w województwie dolnośląskim – prawie 27%. Pokazuje to problem mieszkańców małych miasteczek i wsi, którzy mają utrudniony dostęp do pomocy w nagłych sytuacjach.

Wskazane jest pogłębienie analiz celem ustalenia przyczyn tego zjawiska takich jak zbyt duża liczba wyjazdów, zbyt duży promień działania zespołu, opóźnienia w przekazaniu zlecenia wyjazdu z dyspozytorni medycznej, opóźnienia w wyjeździe zespołu z miejsca stacjonowania, przestoje na SOR lub IP itp.

Szczegółowe zestawienia znajdują się na platformie Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych ([przejdź do platformy ↗](#)).

11.2. Lotnicze Zespoły Ratownictwa Medycznego (HEMS)

Do zadań Lotniczego Pogotowia Ratunkowego należy wykonywanie lotów do wypadków i nagłych zachorowań oraz pomoc ich ofiarom, transport pacjentów wymagających opieki medycznej pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej, lotniczy transport medyczny poza granice

kraju oraz transport do Rzeczypospolitej Polskiej obywateli naszego kraju, ofiar wypadków lub nagłych zachorowań, do których doszło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.

Zespół HEMS jest w stanie rozpocząć proces leczenia od momentu przylotu na miejsce zdarzenia, a także szybko przetransportować chorego do SOR w ramach tzw. złotej godziny.

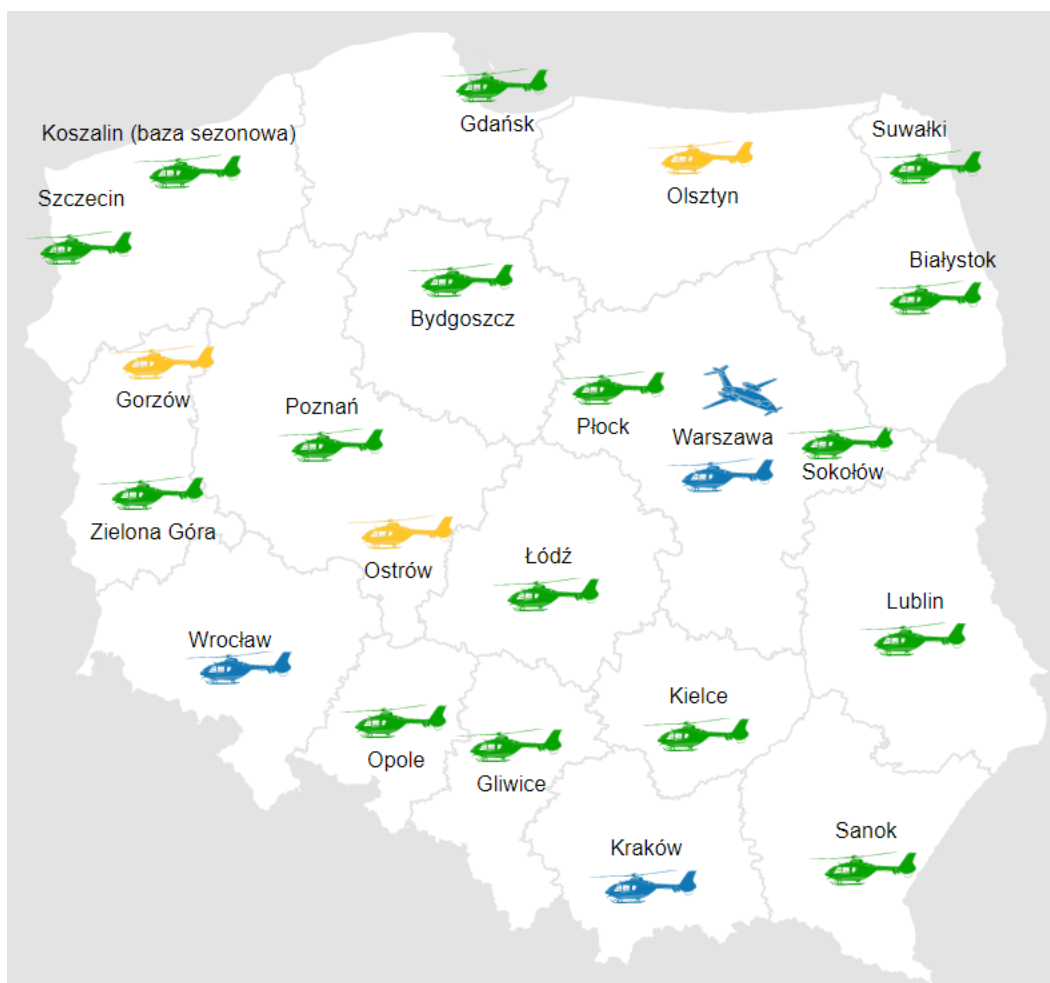
Obecnie śmigłowce stacjonują w 21 bazach stałych rozmieszczonych w całej Polsce oraz jednej bazie sezonowej w Koszalinie, uruchamianej w czasie letnich wakacji. Nowoczesny śmigłowiec EC 135/H135 w ciągu kilkunastu minut jest w stanie dolecieć do miejsca wypadku oddalonego o 60 kilometrów w zależności od wiatru. W skład LPR wchodzi także Samolotowy Zespół Transportowy (EMS²²⁷) zlokalizowany na warszawskim lotnisku im. F. Chopina. Załogi samolotowe wykorzystują w swej pracy dwa samoloty Piaggio P.180 Avanti.

Poszczególne bazy pełnią dyżury od godziny 7.00 do 20.00 (część z nich od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00). Całodobowy dyżur pełnią bazy²²⁸:

- Gdańsk HEMS – Ratownik 3,
- Kraków HEMS – Ratownik 6,
- Warszawa HEMS – Ratownik 12,
- Wrocław HEMS – Ratownik 13.

²²⁷ ang. *Emergency Medical Service*.

²²⁸ <https://www.lpr.com.pl/pl/dla-dyspozytorow-medycznych/czas-dyzurow-baz-hems/>, aktualizacja z dnia 21 sierpnia 2018 r., dostęp w dniu 01.08.2021 r.

Rysunek 235. Rozmieszczenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

Źródło: opracowanie LPR

Do wezwania zespołu HEMS (śmigłowca) uprawnieni są:

- dyspozytor medyczny, o którym mowa w art. 26 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- dyspozytor Centrum Operacyjnego LPR,
- dyspozytorzy innych podmiotów ratowniczych (Państwowa Straż Pożarna, Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Polskie Ratownictwo Okrętowe, Mazurska Służba Ratownicza) poprzez dyspozytora medycznego, o którym mowa w pkt. 1, lub bezpośrednio na podstawie podpisanych porozumień.

Zadysponowanie zespołu Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (HEMS) powinno nastąpić przede wszystkim w sytuacji, gdy:

- czas transportu drogą lotniczą z miejsca zdarzenia/wezwania pacjenta w stanie nagłym do SOR lub innego stosownego jest krótszy od czasu transportu innymi środkami lokomocji i może przynieść korzyść w dalszym procesie leczenia,

- występują okoliczności, które mogą uniemożliwić lub istotnie opóźnić dotarcie przez inne podmioty ratownictwa do poszkodowanego znajdującego się w stanie nagłym (np. topografia terenu),
- wystąpiło zdarzenie masowe (nagłe zagrożenie, w wyniku którego zapotrzebowanie na medyczne działania ratownicze przekracza możliwości obecnych na miejscu zdarzenia sił i środków, oraz zachodzi konieczność prowadzenia segregacji rozumianej jako ustalanie priorytetów leczniczo-transportowych),

W okresie od 1 stycznia do 31 maja 2020 r. Zespoły Lotniczego Pogotowia Ratunkowego wykonały 1 786 misji, najwięcej na terenie województwa zachodniopomorskiego (204), najmniej w Małopolsce (21).

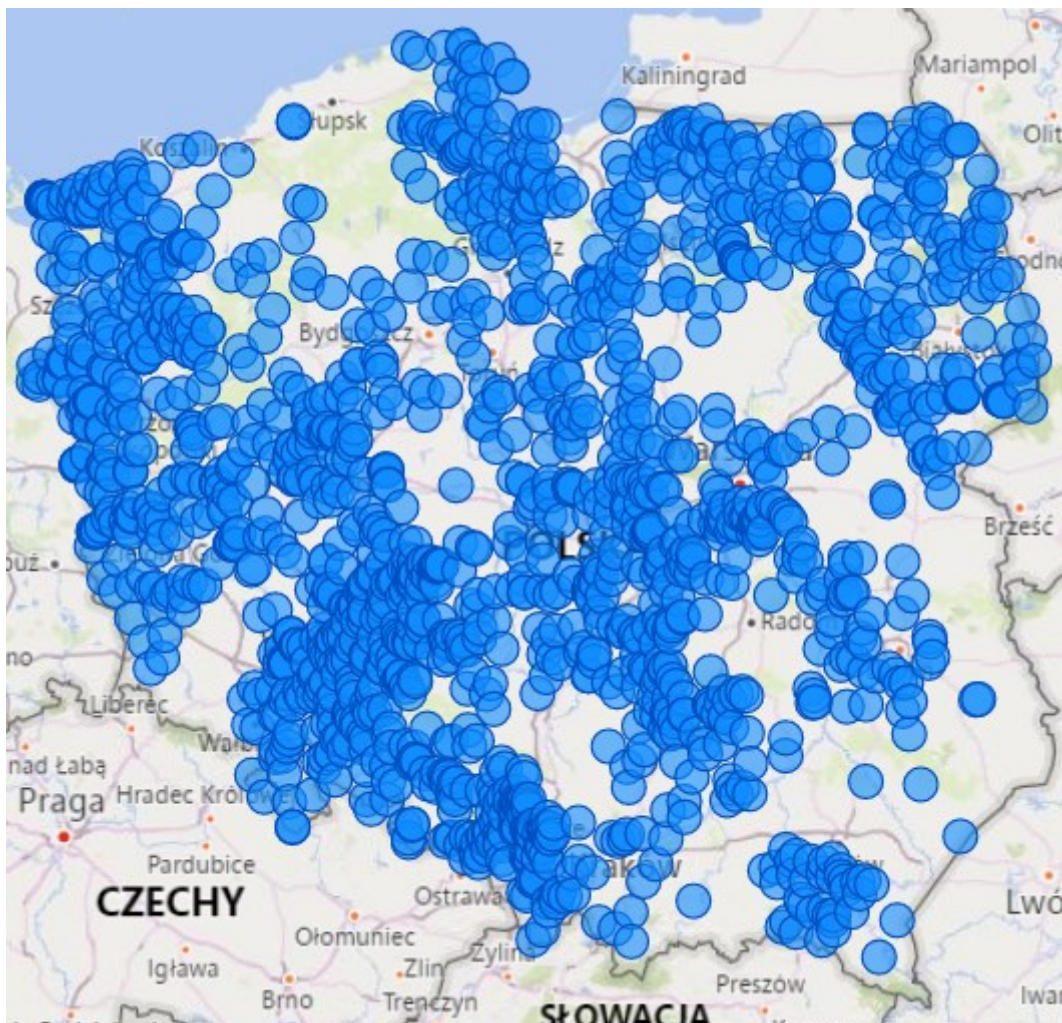
Tabela 67. Misje realizowane przez załogi Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w okresie od 1 stycznia do 31 maja 2020 r.

Województwo	Liczba misji
dolnośląskie	159
kujawsko-pomorskie	84
lubelskie	49
lubuskie	103
łódzkie	151
małopolskie	21
mazowieckie	115
opolskie	71
podkarpackie	45
podlaskie	144
pomorskie	95
śląskie	133
świętokrzyskie	73
warmińsko-mazurskie	154
wielkopolskie	186
zachodniopomorskie	204
SUMA	1 786

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z SWD PRM

Załogi LPR wykonywały misje na terenie całego kraju. Graficzne przedstawienie miejsc zdarzeń wskazuje wyraźnie obszary, gdzie takich wezwań było więcej.

Rysunek 236. Miejsca zdarzeń misji realizowanych przez załogi Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w okresie od 1 stycznia do 31 maja 2020 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z SWD PRM

11.3. Szpitalne Oddziały Ratunkowe

SOR to jednostka organizacyjna szpitala i systemu PRM, utworzona w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego²²⁹ (nagłe pogorszenie stanu zdrowia lub wypadek). Temu zadaniu podporządkowana jest zarówno wyspecjalizowana, jak i wysoko wykwalifikowana kadra medyczna, jak również wyposażenie oddziału.

SOR jest oddziałem szpitalnym, w którym pacjenci są hospitalizowani. Wypisy realizowane są w systemie całodobowym, a czas pobytu pacjenta może przekraczać 24 godziny. Pobyt może

²²⁹ Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego polega na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia.

zakończyć się przekazaniem do dalszej hospitalizacji do jednego z oddziałów macierzystego szpitala, przekazaniem do innego szpitala lub wypisem do domu.

SOR nie powinien być traktowany jako przychodnia POZ czy AOS.

Przykładowe objawy stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, kwalifikujące do udzielenia pomocy w SOR to: nagłe zatrzymanie krążenia, utrata przytomności, zaburzenia świadomości, drgawki, silny ból głowy, udar mózgu, porażenie kończyny, zaburzenia mowy, nagły ostry ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, nasilona duszność, nagły ostry ból brzucha, uporczywe wymioty, zwłaszcza z domieszką krwi, masywny krwotok z przewodu pokarmowego, ostra reakcja uczuleniowa, zatrucia, np. lekami, środkami chemicznymi, gazami, rozległe oparzenia, odmrożenia, udar cieplny, wychłodzenie organizmu, porażenie prądem, podtopienie, mnogie obrażenia ciała, rozległe rany, złamania, zwichnięcia, amputacja urazowa.

W SOR dokonywana jest wstępna segregacja i kwalifikacja chorych (tzw. *triage*), wykonywane są wszelkie czynności stabilizujące funkcje życiowe pacjenta, a także ustalany jest kierunek dalszego postępowania diagnostycznego i leczniczego. Lekarz dyżurujący na oddziale ratunkowym²³⁰:

- przeprowadza wstępną diagnostykę,
- decyduje o podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znalazły się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- zapewnia w razie konieczności niezwłoczny transport sanitarny do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego innych świadczeń opieki zdrowotnej.

Działania szpitalnego oddziału ratunkowego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1213) polegają na:

- wstępnej diagnostyce,
- podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znalazły się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W uproszczeniu strukturę SOR można przedstawić następująco:

- obszar segregacji medycznej i przyjęć, gdzie dokonuje się rejestracji i przyjęcia chorego, a także wyboru procedur leczniczych w stanach nagłych, ponadto udziela się informacji rodzinom poszkodowanych,
- sala obserwacyjna, gdzie prowadzi się obserwacje chorych z mniej nasilonymi objawami oraz chorych po zabiegach w krótkim znieczuleniu ogólnym,

²³⁰ Według Dz.U. z 2019 r. poz. 1213, art. 33 ust. 2 – Dz.U. z 2020 r. poz. 882.

- sala resuscytacyjno-zabiegowa wyposażona w specjalistyczny sprzęt medyczny umożliwiający wykonywanie czynności z zakresu przywracania i podtrzymywania podstawowych czynności życiowych,
- gabinety konsultacyjne, w których udziela się specjalistycznych konsultacji lekarskich,
- transport sanitarny.

Pacjenci w SOR

W 2018 r. na SOR udzielono pomocy około 3,5 mln pacjentom i było to ok 2% więcej niż w 2016 r. W poszczególnych województwach największy wzrost liczby pacjentów odnotowano w województwie świętokrzyskim, prawie 19%. Jednocześnie spadek liczby pacjentów w SOR wystąpił w województwach lubuskim i warmińsko-mazurskim (ok. 3%), małopolskim i opolskim (ok. 2,5%) oraz podkarpackim (ok. 0,5%).

Średnia wieku pacjenta wyniosła w skali kraju 43 lata. Najwyższa została odnotowana w województwie lubuskim (46), a najniższa w śląskim (38). Należy zauważyć, że w skali kraju ok. 23% świadczeń zostało udzielonych pacjentom powyżej 65. roku życia (najwięcej w województwie lubuskim – 27%) i 20% pacjentom poniżej 18 roku życia (najwięcej w województwie śląskim – prawie 30%). Przedmiotowe statystyki obnażają niedostateczne zabezpieczenie w tym zakresie dedykowane dla dzieci oraz problem osób starszych, które zgłaszają się na SOR, często z błahymi problemami, zamiast do lekarza POZ czy NiŚOZ. Ponadto 47,6% świadczeń w SOR w Polsce zostało udzielonych kobietom, a w poszczególnych województwach wartość ta różniła się o zaledwie kilka %.

Tabela 68. Pacjenci i świadczenia w SOR w 2018 r.

Województwo	Liczba pacjentów [tys.]	Różnica w liczbie pacjentów w stosunku do 2016 r.	Liczba porad [tys.]	Różnica w liczbie porad w stosunku do 2016 r.	Porady spoza woj. [%]	Liczba porad na 100 tys. ludności	Udział porad kobiet	Udział porad pacjentów w wieku <18 l.	Średni wiek pacjenta	Udział porad pacjentów w wieku 18-65	Udział porad pacjentów pow. 65 roku życia
dolnośląskie	258,1	6,24%	316,0	6,52%	6,9	10 892,6	48,0%	17,3%	44	58,1%	24,6%
kujawsko-pomorskie	229,9	2,96%	307,2	5,43%	5,1	14 784,6	48,9%	16,7%	44	60,7%	22,6%
lubelskie	201,5	1,89%	256,2	2,87%	3,8	12 096,6	47,6%	21,3%	44	52,0%	26,7%
lubuskie	75,9	-2,90%	91,0	-3,09%	7,4	8 968,1	46,5%	14,6%	46	57,9%	27,4%
łódzkie	228,1	0,35%	276,6	-1,18%	4,1	11 216,7	46,9%	17,7%	43	58,3%	23,9%
małopolskie	379,4	-2,53%	463,8	-3,04%	8,4	13 638,6	46,9%	21,6%	41	57,0%	21,4%
mazowieckie	550,7	0,42%	698,7	0,37%	6,3	12 930,5	49,6%	20,5%	45	56,6%	22,9%
opolskie	104,8	-2,48%	133,0	-2,45%	6	13 486,6	45,3%	20,2%	42	57,7%	22,1%
podkarpackie	166,2	-0,48%	202,2	-0,08%	4,8	9 498,7	45,9%	21,3%	41	57,1%	21,6%
podlaskie	121,9	7,05%	151,7	6,38%	4,9	12 837,9	48,3%	18,3%	43	58,5%	23,2%
pomorskie	267,8	1,27%	338,8	0,93%	7,5	14 520,5	49,4%	18,5%	42	59,1%	22,3%
śląskie	241,8	3,31%	289,5	3,55%	4,2	6 385,2	45,5%	28,5%	38	52,0%	19,5%
świętokrzyskie	142,4	18,89%	180,0	21,46%	8,2	14 501,0	45,4%	21,1%	43	54,0%	24,9%
warmińsko-mazurskie	84,2	-2,73%	98,2	-2,86%	10,4	6 871,5	46,4%	15,0%	45	61,4%	23,6%
wielkopolskie	290,7	0,10%	350,0	0,06%	5,7	10 017,9	45,5%	12,6%	45	62,8%	24,7%
zachodniopomorskie	155,3	6,70%	198,2	7,39%	6,4	11 654,5	49,1%	23,0%	42	52,8%	24,2%
Polska	3 471,1	1,98%	4350,9	2,24%	6,2	11 320,8	47,6%	19,6%	43	57,2%	23,2%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W porównaniu do 2016 r. liczba świadczeń w 6 województwach spadła, jednak nie więcej niż ok. 3%. W pozostałych województwach zanotowano kilkuprocentowy wzrost (poniżej 8%), z wyjątkiem województwa świętokrzyskiego, gdzie liczba udzielonych świadczeń wzrosła o ok. 21%.

Około 75% świadczeń zostało udzielonych pacjentom z tego samego powiatu, w którym znajdował się SOR (najwięcej w województwach podkarpackim i podlaskim – ok. 82%), natomiast 18% świadczeń udzielono pacjentom spoza powiatu, ale z tego samego województwa. Udział świadczeń pacjentów spoza województwa jedynie w województwie warmińsko-mazurskim przekroczył 10%.

W porównaniu do 2016 r. statystyki te praktycznie nie uległy zmianie.

Tabela 69. Struktura geograficzna pacjentów w SOR w 2018 r.

Województwo	Udział porad pacjentów z tego samego powiatu [%]	Udział porad pacjentów z poza powiatu, ale z tego samego województwa [%]	Udział porad pacjentów spoza województwa [%]
dolnośląskie	75,5	17,6	6,9
kujawsko-pomorskie	78,6	16,4	5,1
lubelskie	80,6	15,7	3,8
lubuskie	77,6	15	7,4
łódzkie	78,1	18,1	4,1
małopolskie	78,2	13,4	8,4
mazowieckie	71,5	22,2	6,3
opolskie	76,8	17,2	6
podkarpackie	81,9	13,3	4,8
podlaskie	82	13,4	4,9
pomorskie	70,4	22,1	7,5
śląskie	67,8	28	4,2
świętokrzyskie	78	13,7	8,2
warmińsko-mazurskie	76,1	13,5	10,4
wielkopolskie	81,3	13	5,7
zachodniopomorskie	68,3	25,3	6,4
Polska	75,8	18,1	6,2
Polska w 2016	76,3	17,5	6,3

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Świadczenia udzielone w SOR

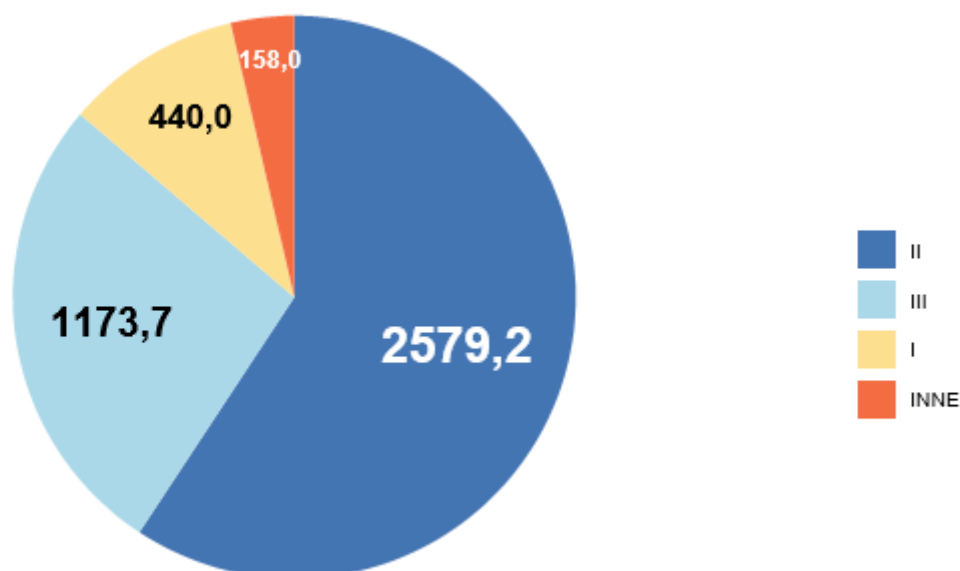
Poniżej przeanalizowano strukturę świadczeń według kategorii produktów. Świadczenia zostały pogrupowane na podstawie Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 69/2016/DSM²³¹.

Wyszczególniono następujące kategorie:

²³¹ <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-692016dsm,6512.html>, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

- Kat. I – Ocena stanu pacjenta (triage), podstawowa diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet podstawowy, EKG), porada lekarska, opieka pielęgniarska, farmakoterapia;
- Kat. II – Rozszerzona diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet dodatkowy, RTG przeglądowe, USG), konsultacja, małe zabiegi;
- Kat. III – Rozszerzona diagnostyka obrazowa, monitorowanie podstawowych czynności życiowych, farmakoterapia (dożylna, doszpikowa), mały zabieg operacyjny w trybie ambulatoryjnym, badanie inwazyjne (nakłucie lędźwiowe, nakłucie jam ciała), inne badania dodatkowe;
- Kat. IV – Czynności związane z podtrzymaniem funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka, prowadzenie infuzji dożylnych, endoskopia, resuscytacja (ALS z użyciem urządzeń mechanicznych);
- Kat. V - Jednodniowa hospitalizacja pacjenta w SOR – monitorowanie funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka obrazowa (angiotomografia, *trauma scan*, TK w znieczuleniu ogólnym u dzieci);
- Kat. VI – Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT – monitorowanie funkcji życiowych pacjenta wg karty wzmożonego nadzoru - stanowiącej odpowiednio załącznik nr 8 i 9 do zarządzenia, monitoring, sztuczna wentylacja, farmakoterapia, dalsza diagnostyka, *damage control*.

Rysunek 237. Kategorie produktów wg liczby świadczeń w SOR [tys.] w 2018 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W porównaniu z 2016 r. zanotowano spadek udziału świadczeń z kat. I o 2,7%, kat. II o 2,2%, kat. IV o 0,5% oraz nieznaczne spadki kat. V i VI. Jednocześnie wzrósł udział świadczeń z kat. III o 4,1%.

Świadczenia udzielone w SOR zostały także przeanalizowane pod kątem poszczególnych grup rozpoznaw według klasyfikacji ICD-10. Najwięcej świadczeń odnotowano w grupach:

- urazy kończyn,
- choroby czynnościowe górnego odcinka przewodu pokarmowego,
- obrażenia czaszkowo-mózgowe,
- objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań,
- osoby stykające się z ochroną zdrowia (badania),
- ciało obce.

W skali kraju najczęściej, około 27%, świadczeń dotyczyło urazów kończyn (w województwie wielkopolskim prawie 33%). Z kolei obrażenia czaszkowo-mózgowe (zazwyczaj będące następstwami wypadków) stanowiły 7,5% świadczeń (w województwach dolnośląskim i warmińsko-mazurskim prawie 9%). Należy wskazać, że w tym aspekcie nie odnotowano szczególnych różnic w porównaniu z 2016 r.

Tabela 70. Struktura świadczeń wg grup rozpoznaw w SOR w 2018 r.

Województwo	Liczba porad [tys.]	Urazy kończyn [%]	Choroby czynnościowe górnego odcinka przewodu pokarmowego [%]	Obrażenia czaszkowo-mózgowe [%]	Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań [%]	Osoby stykające się z opieką zdrowotną (badania) [%]	Ciało obce [%]	Pozostałe grupy rozpoznaw [%]
dolnośląskie	316,02	24,8	7,7	8,9	6,1	4,4	3,2	45
kujawsko-pomorskie	307,19	23,2	7,2	5,9	5,7	5,2	3,2	50
lubelskie	256,16	26,3	10	7,4	8,3	1	1,7	45,4
lubuskie	90,99	30,9	7,3	7,4	6,5	2	0,4	45,5
łódzkie	276,64	30,3	6,6	7,5	5,8	1,4	2,4	46,2
małopolskie	463,79	32,5	9,1	7,8	7,1	3,2	1,5	38,9
mazowieckie	698,69	24,7	8	7,2	7,1	2	2,3	48,7
opolskie	133,05	30,8	7,5	7,5	4,3	5,1	3,4	41,4
podkarpackie	202,23	31,2	8,7	8	6,6	3,7	2	39,9
podlaskie	151,68	24,2	9	8,2	7,4	1,4	3	47,1

pomorskie	338,84	24	9,5	7,2	7,6	2,8	2,4	46,6
śląskie	289,48	26,5	6,6	8,3	7,5	6,2	3,3	41,6
świętokrzyskie	180,04	25	9,2	7,7	7,8	1,5	3,6	45,1
warmińsko-mazurskie	98,19	30,1	7	8,9	6,7	0,6	3,3	43,4
wielkopolskie	350,02	32,8	6,5	7,8	6	3	2,6	41,3
zachodniopomorskie	198,25	24,5	8	5,9	7,9	1,5	1,4	50,8
Polska	4 350,91	27,3	8	7,5	6,8	2,9	2,5	45

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Poniżej wymieniono 3 najczęstsze rozpoznania, które w powyższej tabeli znalazły się w grupie “pozostałe grupy rozpoznań”.

Tabela 71. Najczęstsze świadczeń z pozostałych grup rozpoznań w SOR w 2018 r.

Województwo	Rozpoznanie	Udział [%]
dolnośląskie	Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu	3,63
	Nadciśnienie tętnicze	2,22
	Migotanie i trzepotanie przedsionków	1,65
kujawsko-pomorskie	Lekka patologia ciąży	2,87
	Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu	2,79
	Choroby jamy ustnej i gardła	2,13
lubelskie	Nadciśnienie tętnicze	3,42
	Migotanie i trzepotanie przedsionków	3,29
	Kamica moczowa	1,61
lubuskie	Nadciśnienie tętnicze	2,58
	Migotanie i trzepotanie przedsionków	2,29
	Choroba niedokrwienności serca	1,94
łódzkie	Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu	3,37
	Nadciśnienie tętnicze	2,09
	Urazy klatki piersiowej	1,81

małopolskie	Nadciśnienie tętnicze	1,92
	Urazy klatki piersiowej	1,76
	Kamica moczowa	1,39
mazowieckie	Lekka patologia ciąży	2,14
	Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu	2,13
	Nadciśnienie tętnicze	2,05
opolskie	Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu	3,15
	Nadciśnienie tętnicze	2,47
	Urazy klatki piersiowej	1,66
podkarpackie	Nadciśnienie tętnicze	2,64
	Urazy klatki piersiowej	1,69
	Migotanie i trzepotanie przedsionków	1,47
podlaskie	Migotanie i trzepotanie przedsionków	2,40
	Nadciśnienie tętnicze	2,37
	Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu	2,00
pomorskie	Lekka patologia ciąży	3,19
	Nadciśnienie tętnicze	2,19
	Migotanie i trzepotanie przedsionków	1,83
śląskie	Inne	4,84
	Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu	2,18
	Nadciśnienie tętnicze	1,95
świętokrzyskie	Nadciśnienie tętnicze	3,42
	Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu	2,28
	Inne choroby oka i jego okolic	2,27
warmińsko-mazurskie	Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu	3,69

	Nadciśnienie tętnicze	2,16
	Migotanie i trzepotanie przedsionków	2,00
wielkopolskie	Nadciśnienie tętnicze	1,83
	Migotanie i trzepotanie przedsionków	1,69
	Urazy klatki piersiowej	1,55
zachodniopomorskie	Nadciśnienie tętnicze	2,25
	Choroby ucha i wyrostka sutkowatego	2,16
	Choroby kręgosłupa	1,80

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Analiza grup rozpoznań wskazuje, że większość z tych świadczeń powinna zostać udzielona nie w SOR, lecz w odpowiedniej poradni AOS lub POZ lub NiŚOZ.

W 2018 r. według danych około 0,3% świadczeń w SOR zakończyło się zgonem pacjenta i było to o 0,1% więcej niż w 2016 r. Z kolei 7,1% świadczeń zakończyło się przeniesieniem pacjenta na oddział szpitalny (przeniesienie na oddział rozumiane jest tu jako pojawienie się pacjenta na oddziale szpitalnym w jakimkolwiek szpitalu w ciągu 24 godzin od wizyty na SOR). W porównaniu do 2016 r. było to więcej o 0,3%.

Tabela 72. Zgony w SOR i przeniesienia na oddział szpitalny w 2018 r.

Województwo	Liczba porad [tys.]	Udział zgonów w SOR [%]	Przeniesienie na oddział szpitalny [%]
dolnośląskie	316	0,6	9,4
kujawsko-pomorskie	307,2	0,1	6,9
lubelskie	256,2	0,3	9,0
lubuskie	91	0,5	12,1
łódzkie	276,6	0,1	7,1
małopolskie	463,8	0,3	5,8
mazowieckie	698,7	0,2	6,3
opolskie	133	0,2	7,7
podkarpackie	202,2	0,1	6,4
podlaskie	151,7	0,2	7,4
pomorskie	338,8	0,2	4,6
śląskie	289,5	0,2	5,3
świętokrzyskie	180	0,2	5,4
warmińsko-mazurskie	98,2	0,2	5,5
wielkopolskie	350	0,9	11,9
zachodniopomorskie	198,2	0,1	5,6
Polska	4 350,90	0,3	7,1
Polska 2016	4 253,40	0,2	6,8

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Świadczeniodawcy posiadający SOR

W 2018 r. SOR posiadało 229 świadczeniodawców. W stosunku do 2016 r. był to wzrost o 10 oddziałów. Najwięcej świadczeniodawców funkcjonowało w województwie mazowieckim – 30, a najmniej w opolskim – 7.

Tabela 73. Świadczeniodawcy posiadający SOR w 2018 r.

Województwo	Liczba świadczeniodawców	Średnia liczba pacjentów na świadczeniodawcę [tys.]	Średnia liczba świadczeń na świadczeniodawcę [tys.]	Zmiana liczby świadczeniodawców w stosunku do 2016 r.
dolnośląskie	16	16,13	19,75	1
kujawsko-pomorskie	10	22,99	30,72	0
lubelskie	16	12,59	16,01	0
lubuskie	8	9,49	11,38	0
łódzkie	18	12,67	15,37	1
małopolskie	21	18,07	22,09	0
mazowieckie	30	18,36	23,29	1
opolskie	7	14,97	19,00	0
podkarpackie	13	12,78	15,55	0
podlaskie	11	11,08	13,79	2
pomorskie	12	22,32	28,23	1
śląskie	13	18,60	22,27	1
świętokrzyskie	10	14,24	18,00	1
warmińsko-mazurskie	11	7,65	8,93	0
wielkopolskie	24	12,11	14,58	0
zachodniopomorskie	9	17,26	22,02	2
Polska	229	15,16	19,00	10

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Przeanalizowano także świadczeniodawców pod względem liczby pobytów, liczby pobytów przypadających na jeden dzień, liczby otwartych dni, posiadania przez nich oddziału neurologicznego, kardiologicznego oraz ortopedycznego. Za funkcjonujący oddział przyjęto taki, na którym sprawozdano przynajmniej jednego pacjenta w 2018 r.

11.4. SOR dla dzieci

Pacjenci w SOR dla dzieci

W 2018 r. na SOR dla dzieci udzielono pomocy około 200 tysiącom pacjentów. Średnia wieku oscylowała wokół 8 lat (poza województwem zachodniopomorskim, gdzie sprawozdano udzielanie świadczeń osobom dorosłym). Występujący w pozostałych województwach niewielki odsetek świadczeń udzielonych pacjentom powyżej 18. roku życia można tłumaczyć świadczeniami dla pacjentów, którzy dopiero co osiągnęli pełnoletność.

W stosunku do 2016 r. w 2018 r. liczba pacjentów zwiększyła się o 42 tysiące. Średnia wieku pacjenta pozostawała na podobnym poziomie, a 98% świadczeń dotyczyło pacjentów poniżej 18. roku życia. Jednocześnie w 2016 r. żaden świadczeniodawca nie sprawozdał świadczeń udzielonych pacjentom powyżej 65. roku życia.

Zastanawiający jest wysoki udział świadczeń udzielonych pacjentom powyżej 65. roku życia w województwie zachodniopomorskim, którzy nie powinni trafić na SOR dla dzieci. Jednocześnie nie można wykluczać, że zaistniałe zjawisko wynika z błędnej sprawozdawczości.

Pomoc w SOR dla dzieci głównie była udziela pacjentom z terenu powiatu i województwa. Udział świadczeń dla pacjentów spoza województwa oscylował poniżej 5%. Jedynie w województwie warmińsko-mazurskim wyniósł nieco ponad 7%, co można tłumaczyć sezonowością wakacyjną.

Przedmiotowe statystyki tylko nieznacznie różniły się od danych sprawozdanych w 2016 r.

Świadczenia udzielone w SOR dla dzieci

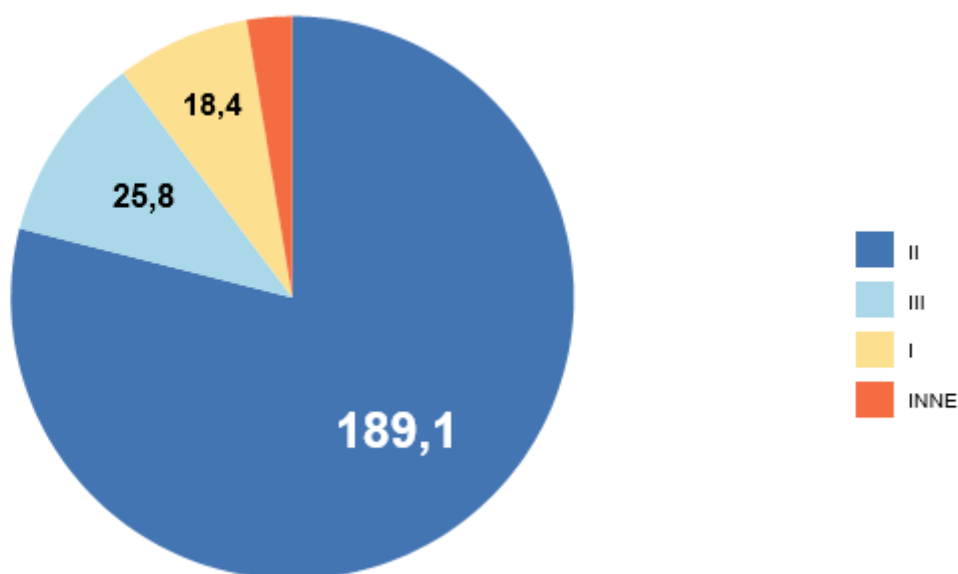
Poniżej przeanalizowano strukturę świadczeń według kategorii produktów. Świadczenia zostały pogrupowane na podstawie Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 69/2016/DSM²³².

Wyszczególniono następujące kategorie:

²³² Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 69/2016/DSM z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć, <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-692016dsm,6512.html>, dostęp w dniu 01.08.2021 r.

- Kat. I – Ocena stanu pacjenta (triage), podstawowa diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet podstawowy, EKG), porada lekarska, opieka pielęgniarska, farmakoterapia;
- Kat. II – Rozszerzona diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet dodatkowy, RTG przeglądowe, USG), konsultacja, małe zabiegi;
- Kat. III – Rozszerzona diagnostyka obrazowa, monitorowanie podstawowych czynności życiowych, farmakoterapia (dożylna, doszpikowa), mały zabieg operacyjny w trybie ambulatoryjnym, badanie inwazyjne (nakłucie lędźwiowe, nakłucie jam ciała), inne badania dodatkowe;
- Kat. IV - Czynności związane z podtrzymaniem funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka, prowadzenie infuzji dożylnych, endoskopia, resuscytacja (ALS z użyciem urządzeń mechanicznych);
- Kat. V – Jednodniowa hospitalizacja pacjenta w SOR – monitorowanie funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka obrazowa (angiotomografia, trauma scan, TK w znieczuleniu ogólnym u dzieci);
- Kat. VI – Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT – monitorowanie funkcji życiowych pacjenta wg karty wzmożonego nadzoru - stanowiącej odpowiednio załącznik nr 8 i 9 do zarządzenia, monitoring, sztuczna wentylacja, farmakoterapia, dalsza diagnostyka, damage control.

Rysunek 238. Kategorie produktów wg liczby świadczeń w SOR dla dzieci [tys.] w 2018 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W 2018 r. w porównaniu z 2016 r. odnotowano spadek udziału produktów z kat. I i III o ok. 3% oraz nieznaczny spadek kat. IV. Jednocześnie zanotowano wzrost udziału produktów z kat. III o ok. 3% oraz nieznaczny wzrost kat. V i VI (pon. 1%).

Świadczenia udzielone w SOR dla dzieci zostały przeanalizowane także pod kątem poszczególnych grup rozpoznania według klasyfikacji ICD-10. Najwięcej świadczeń odnotowano w grupach:

- urazy kończyn,
- obrażenia czaszkowo-mózgowe,
- choroby czynnościowe górnego odcinka przewodu pokarmowego,
- objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań,
- osoby stykające się z ochroną zdrowia (badania),
- choroby ucha i wyrostka sutkowatego.

W skali kraju około 30% udzielonych świadczeń dotyczyło urazów kończyn (w województwie warmińsko-mazurskim znacznie powyżej średniej krajowej - 36,4%). 13,5% świadczeń dotyczyło obrażeń czaszkowo-mózgowych (prawie 16% w województwie podlaskim i 16,5% w mazowieckim). Wynika z tego, że około 43% świadczeń udzielono pacjentom, którzy do SOR trafili w wyniku wypadku lub urazu.

Poniżej wymieniono 3 najczęstsze rozpoznania, które w powyższej tabeli znalazły się w grupie "pozostałe grupy rozpoznania".

Analiza powyższych grup rozpoznania wskazuje, że większość z tych świadczeń powinna zostać udzielona nie w SOR, lecz w odpowiedniej poradni AOS lub POZ.

Średnio w skali kraju, ok. 6,6% świadczeń zakończyło się przeniesieniem pacjenta na oddział szpitalny. Znacznie wyższą wartość odnotowano jedynie w województwie mazowieckim – prawie 24%

Świadczeniodawcy posiadający SOR dla dzieci

W 2018 r. jedynie 10 świadczeniodawców posiadało SOR dla dzieci. W stosunku do 2016 r., liczba ta zwiększyła się o dwa oddziały – po jednym w województwie mazowieckim i zachodniopomorskim. Z kolei liczba udzielonych świadczeń wzrosła o ponad 48 tysięcy.

Przeanalizowano także świadczeniodawców pod względem liczby pobytów, liczby pobytów przypadających na jeden dzień, liczby otwartych dni, posiadania przez nich, oddziału neurologicznego dla dzieci, kardiologicznego dla dzieci oraz ortopedycznego dla dzieci. Za funkcjonujący oddział przyjęto taki, na którym sprawozdano przynajmniej jednego pacjenta w 2018 r.

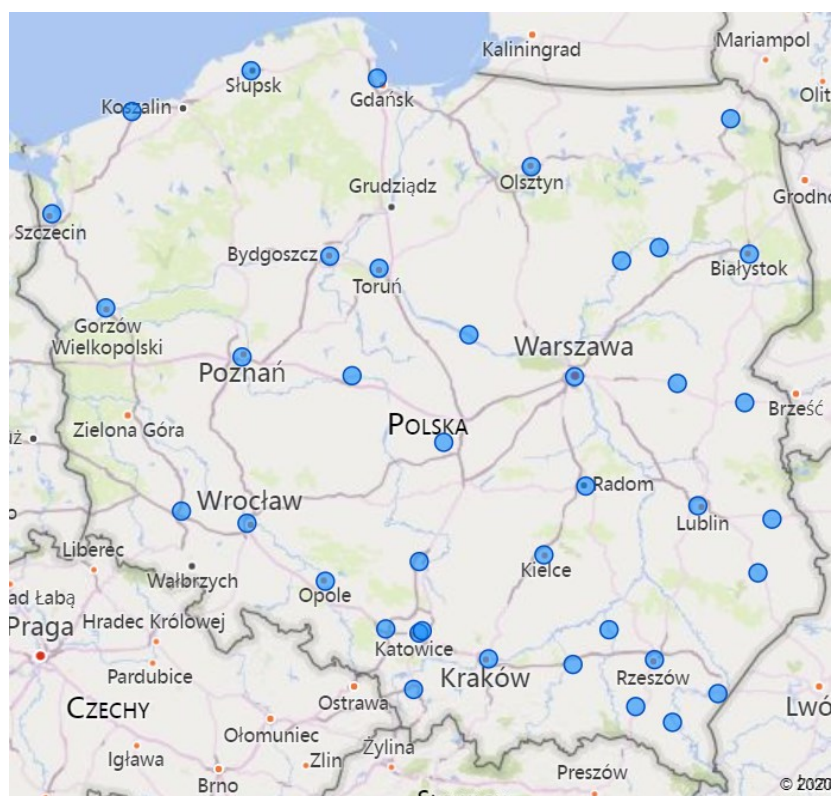
11.5. Dyspozytornie medyczne

Dyspozytornia medyczna to miejsce, w którym przyjmowane są zgłoszenia kierowane na numer 999, połączenia przełączane z numeru 112 oraz dysponowane zespoły Ratownictwa Medycznego do poszczególnych zdarzeń.

Liczba dyspozytorni medycznych jest wprost powiązana z liczbą tzw. rejonów operacyjnych, na które zostały podzielone poszczególne województwa – na każdy rejon operacyjny przypada jedna dyspozytornia. Należy przy tym zauważyć, że z uwagi na specyfikę poszczególnych województw część z nich jest podzielona na więcej niż 1 rejon operacyjny.

W 2019 r. funkcjonowało 39 dyspozytorni medycznych. W województwach lubuskim, łódzkim, opolskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim funkcjonowało po jednej dyspozytorni, w dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim, pomorskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim po dwie dyspozytornie, w podlaskim trzy, w lubelskim cztery, natomiast w województwach mazowieckim, podkarpackim i śląskim funkcjonowało po 5 dyspozytorni medycznych.

Rysunek 239. Rozmieszczenie dyspozytorni medycznych w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM

11.6. Podsumowanie

System PRM, w skład którego wchodzi ZRM i SOR, to specyficzna gałąź świadczeń zdrowotnych. Przeznaczona jest dla osób, które znalazły się w stanie nagłego zagrożenia

życia i zdrowia. Jednakże, zwłaszcza w przypadku SOR, nie można odmówić pomocy nikomu, kto się po nią zgłosi. W związku z tym występuje stosunkowo dużo przypadków, gdy po pomoc do SOR i ZRM zgłaszają się osoby, które powinny ją uzyskać w poradniach POZ, AOS oraz NiŚOZ.

W przypadku świadczeń udzielanych pacjentom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia istotny jest czas dotarcia pomocy do pacjenta. W związku z tym w przypadku analizy ZRM brano pod uwagę czas dojazdu do miejsca zdarzenia i sprawdzano jego zgodność z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Jednocześnie, z uwagi na rodzaj świadczeń, w przypadku SOR w danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców do płatnika nie ma informacji o czasie oczekiwania (kolejki). Należy jednak przyjąć, że pomoc winna zostać udzielona najszybciej jak to możliwe. Powszechnie znane są przypadki kilku lub kilkunastogodzinnego oczekiwania w SOR, ale nie ma możliwości zweryfikowania tego faktu w oparciu o standardowe dane sprawozdawcze.

11.7. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Nie występują znaczące różnice w rodzaju zdarzeń (powód wezwania/rozpoznanie) w zależności od typu zadysponowanego ZRM. Zarówno zespoły S, jak i P dysponowane są do takich samych wezwań.

W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców karetki w większości przypadków dojeżdżają do pacjenta w czasie zgodnym z ustawą. Widać problem w zdarzeniach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – w części województw ok. 20% wyjazdów ma przekroczony czas.

Świadczenia w SOR głównie udzielane były pacjentom z tego samego powiatu (w skali kraju ok. 76%, najwięcej w lubelskim, podkarpackim i wielkopolskim - powyżej 80%). Jedynie w województwach śląskim (średnio co trzeci) i wielkopolskim (co czwarty) pacjent otrzymywał pomoc poza swoim powiatem, co wskazuje na jej nieco mniejszą dostępność niż w pozostałych województwach.

Średnio 20% świadczeń w SOR zostało udzielonych dzieciom, czyli co piąty pacjent zgłaszający się (przywieziony) na SOR był poniżej 18. roku życia.

Często SOR zastępuje przychodnie POZ i AOS – zgłaszają się pacjenci z chorobami przewlekłymi (np. nadciśnienie tętnicze – ok. 2 – 3,5% w województwach, choroby czynnościowe układu pokarmowego – ok. 8% w skali kraju) lub schorzeniami, które nie stanowią zagrożenia zdrowia i życia, co jest istotną kwestią wobec faktu zwiększania się liczby świadczeń udzielanych w SOR w stosunku do poprzednich lat, a ponadto wydłuża czas oczekiwania na pomoc.

11.8. Rekomendowane kierunki działań

- Istotnym problem jest mała liczba SOR dla dzieci. Średnio co 5 pacjent zgłaszający się na SOR jest w wieku poniżej 18 lat. Z uwagi na inną specyfikę leczenia dzieci mali pacjenci w stanach nagłych powinni mieć dostęp do odpowiednich specjalistów. Należy dążyć do tego, aby w każdym województwie znajdował się przynajmniej jeden świadczeniodawca posiadający SOR dla dzieci;
- należy dążyć do wprowadzenia mechanizmów pozwalających na wsparcie procesu przekształcania Izby Przyjęć szpitala w SOR. 12 nowych SOR-ów to niewiele na przestrzeni dwóch lat;
- biorąc pod uwagę świadczenia udzielane w SOR, należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM;
- w przypadku realizacji zadań z zakresu ratownictwa medycznego istotnym problemem jest „skompletowanie” kadry medycznej pozwalającej na dyżur zespołu specjalistycznego (z lekarzem). Wskazane jest pogłębienie analiz w tym zakresie i wypracowanie modelu pozwalającego na zniwelowanie tego problemu (np. w obsadzie ZRM wyłącznie ratownicy, lekarz dojeżdża na miejsce zdarzenia w razie potrzeby). Wskazane jest także sprawdzenie, czy udział lekarza w zespole obsługującym zdarzenie rzeczywiście był niezbędnym;
- dużym problemem jest długi czas dotarcia ZRM do pacjenta poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. Wojewodowie, których dotyczy ten problem, powinni zmodyfikować rozmieszczenie miejsc wyczekiwania zespołów celem lepszego pokrycia obszarów operacyjnych;
- wydaje się także konieczne zwrócenie uwagi na czas dotarcia do miejsca zdarzenia w obszarach wypoczynkowych, gdzie jest wyraźne zwiększenie liczby zdarzeń w miesiącach letnich, wraz z jednoczesnym zwiększeniem natężenia ruchu drogowego i rozważenie systemowego rozwiązania w postaci karetek motocyklowych. Ratownik na motocyklu dojedzie szybciej i przeprowadzi *triage*, udzieli pierwszej pomocy, a wręcz obsłuży całe zdarzenie przy braku konieczności transportu pacjenta do szpitala;
- wskazane jest także wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, przynajmniej w zakresie prowadzenia bez przyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie RKO przez świadków zdarzenia znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.

12. Kadry

Kadry medyczne stanowią jeden z najważniejszych zasobów systemu ochrony zdrowia. Wielkość i jakość wykształconej kadry medycznej jest jednym z kluczowych czynników poziomu systemu ochrony zdrowia. Analizie poddano kadrę lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych oraz fizjoterapeutów w poszczególnych regionach kraju. Zostały zbadane zagadnienia starzenia się kadry medycznej i liczby aktywnych zawodowo osób po osiągnięciu wieku emerytalnego. Przedstawiono także zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów zgłoszone przez konsultantów krajowych. Na tej podstawie oraz oszacowanej różnicy pomiędzy lekarzami specjalistami osiągającymi wiek emerytalny a lekarzami uzyskującymi tytuł specjalisty obliczono potrzebną liczbę miejsc specjalizacyjnych w 2020 r. Przedstawiono również prognozy liczby kadry pielęgniarskiej, kadry położniczej oraz kadry fizjoterapeutów za 5 i 10 lat.

12.1. Lekarze

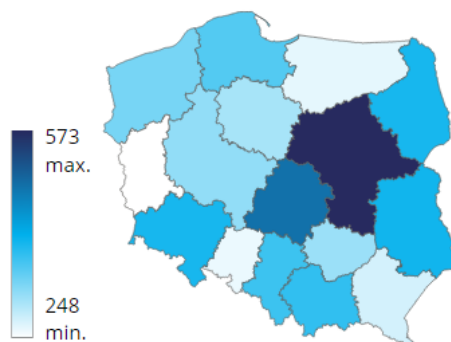
Liczba wszystkich lekarzy aktywnych zawodowo w wynosiła w 2019 r. 131,29 tys. (w tym 31,65 tys. bez specjalizacji oraz 99,64 tys. specjalistów). Kobiety stanowiły licznieszą grupę wśród lekarzy aktywnych zawodowo (76,16 tys. vs. 55,13 tys. mężczyzn). Liczba lekarzy w Polsce na 100 tys. ludności w 2019 r. wynosiła 341,8.

Struktura lekarzy przypadających średnio na 100 tys. ludności była silnie zróżnicowana regionalnie. Województwa, dla których wskaźnik osiągnął wartość najwyższą, to mazowieckie (573) oraz łódzkie (487). Najmniej lekarzy na 100 tys. ludności przypadało w województwie lubuskim (248), opolskim (261) oraz warmińsko-mazurskim (265). Wskaźnik ten w województwie mazowieckim był o 131% większy niż w województwie lubuskim.

Wartości tych nie da się w prosty sposób porównywać z innymi krajami ze względu na różnice metodologiczne w zbieraniu danych. Według danych Eurostatu oraz OECD (prezentują te same wartości) Rzeczpospolita Polska w 2017 r. posiadała 90,2 tys. lekarzy, w tym 15,9 tys. lekarzy bez specjalizacji (ang. *generalist medical practitioners*) oraz 74,4 tys. specjalistów. Oznacza to, że na 100 tys. ludności przypadało 41,89 lekarzy bez specjalizacji, co stanowiło najniższy wynik spośród państw UE, dla których dostępne są dane (najwięcej Portugalia - 262,87) oraz 195,86 lekarzy specjalistów (piąty najniższy wynik w UE, najwięcej Grecja – 495,21)^{233 234}.

²³³ OECD, Health Workforce Statistic Database (dostęp 23 czerwca 2020)

²³⁴ Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (dostęp 23 czerwca 2020)

Rysunek 240. Liczba lekarzy na 100 tys. ludności w województwach

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, GUS

Tabela 74. Liczba lekarzy, średni wiek, średnia liczba miejsc pracy

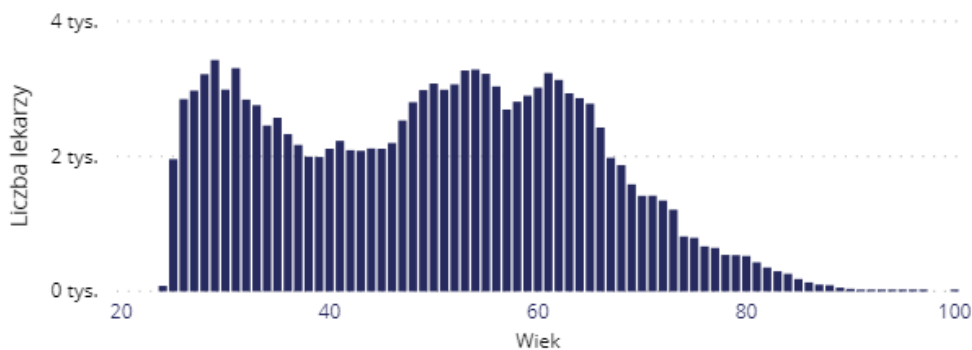
Województwo	Liczba lekarzy	na 100 tys. ludności	Średni wiek lekarza	Średnia liczba miejsc pracy
dolnośląskie	11 490	396,2	49	1,592167
kujawsko-pomorskie	6 309	304,4	49	1,43858
lubelskie	8 435	400,1	49	1,753883
lubuskie	2 509	248,0	51	1,396971
łódzkie	11 960	487,2	49	1,687542
małopolskie	12 937	379,3	48	1,650846
mazowieckie	31 090	573,3	49	1,746703
opolskie	2 562	260,7	51	1,493365
podkarpackie	5 873	276,1	49	1,600885
podlaskie	4 666	396,0	49	1,645521
pomorskie	8 383	357,6	47	1,576643
śląskie	16 824	372,4	50	1,717071
świętokrzyskie	3 844	311,5	50	1,71462
warmińsko-mazurskie	3 765	264,6	50	1,439309
wielkopolskie	11 118	317,8	49	1,513132
zachodniopomorskie	5 677	334,7	49	1,482473

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, GUS

W 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej średni wiek lekarzy aktywnych zawodowo wynosił 49,5 lat. Udział lekarzy aktywnych zawodowo w wieku emerytalnym wśród wszystkich aktywnych zawodowo lekarzy wynosił 24%. Z kolei najwyższą wartość wskaźnik ten osiągnął w województwie lubuskim, gdzie wynosił 26%, natomiast najniższą w województwie pomorskim (19%). Wysoka wartość tego wskaźnika w województwach może świadczyć o wystąpieniu w niedługim czasie braków kadrowych wśród lekarzy.

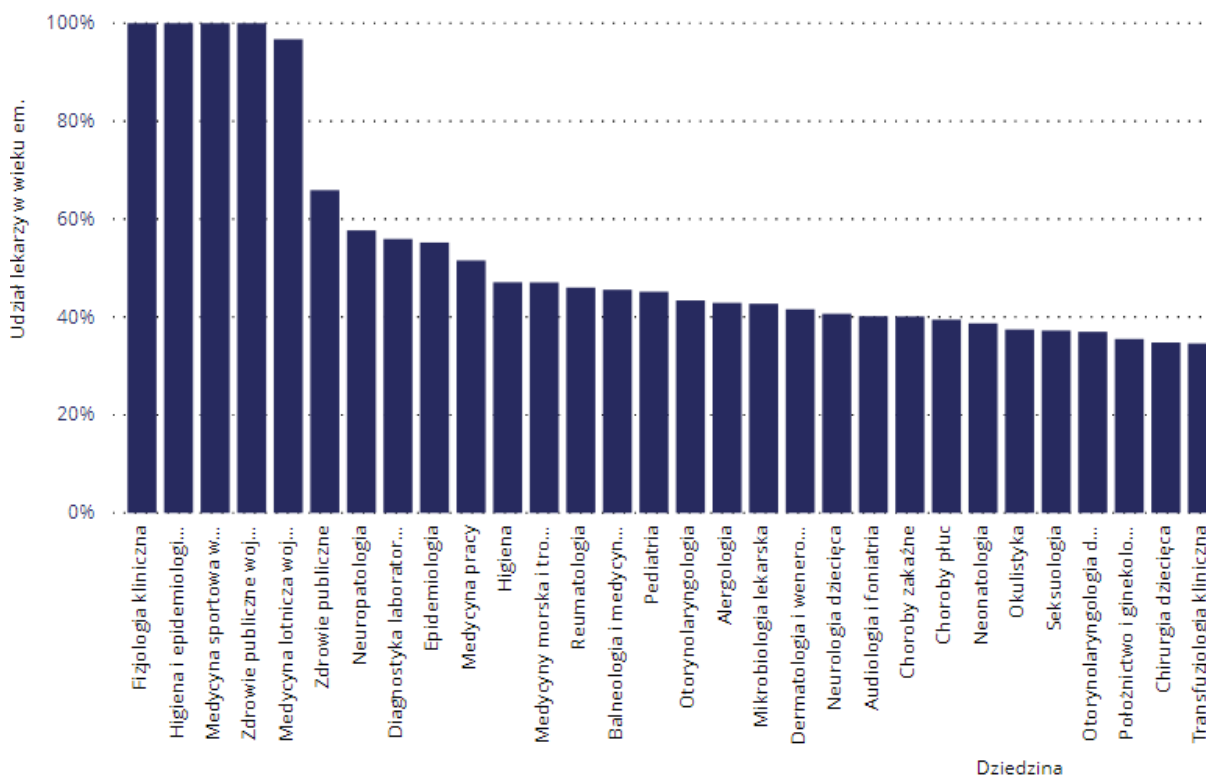
W 2019 r. widoczny był przyrost młodych lekarzy w porównaniu z liczbą lekarzy w wieku 35-45 lat. Tendencja ta w zestawieniu z liczbą lekarzy powyżej 45. roku życia sugeruje, że w przyszłości nie powinien mieć miejsca problem spadku liczby lekarzy.

Rysunek 241. Rozkład wieku lekarzy aktywnych zawodowo w Polsce



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, GUS

Rozkład wieku wśród lekarzy różni się pomiędzy dziedzinami medycyny. Lekarze aktywni zawodowo w wieku emerytalnym stanowili 100% w następujących dziedzinach: fizjologia kliniczna, higiena i epidemiologia wojskowa, medycyna sportowa wojskowa oraz zdrowie publiczne wojskowe. Warto zaznaczyć, że były to jednak specjalizacje liczące od 1 do 5 lekarzy w skali kraju. Istotną grupę wśród lekarzy w wieku emerytalnym stanowili lekarze specjaliści medycyny lotniczej wojskowej (97%, 59 lekarzy w wieku emerytalnym), zdrowia publicznego (66%, 1001 lekarzy w wieku emerytalnym), neuropatologii (58%, 15 w wieku emerytalnym), diagnostyki laboratoryjnej (56%, 99 lekarzy w wieku emerytalnym), epidemiologii (55%, 106 lekarzy w wieku emerytalnym), medycyny pracy (52%, 1 417 lekarzy w wieku emerytalnym).

Rysunek 242. Udział lekarzy w wieku emerytalnym w 2019 r.

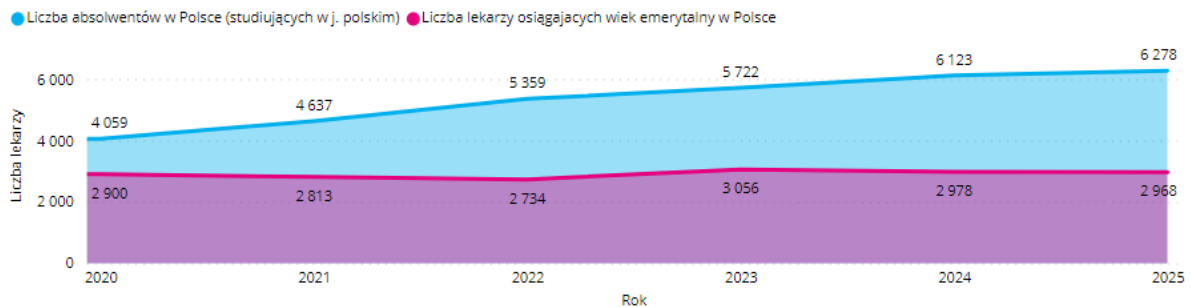
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ

Kształcenie lekarzy

Liczbę potencjalnych absolwentów kierunku lekarskiego oszacowano na podstawie limitów przyjęć na studia ustanowionych przez Ministra Zdrowia na lata 2012-2020. Założono, że liczba absolwentów była równa ustalonemu 6 lat wcześniej limitowi przyjęć.

Poniższy rysunek prezentuje liczbę absolwentów kierunku lekarskiego (studiujących w języku polskim) oraz liczbę lekarzy osiągających wiek emerytalny. Wykres obrazuje zastępowalność lekarzy odchodzących z rynku pracy. Można zauważyć, że bilans liczby lekarzy, czyli różnica pomiędzy liczbą absolwentów kierunków medycznych a liczbą lekarzy w wieku emerytalnym, jest wyraźnie dodatni. Pozwala to stwierdzić, że w systemie ochrony zdrowia nie powinien pojawić się problem ze spadkiem liczby lekarzy w najbliższych latach.

Rysunek 243. Liczba absolwentów kierunku lekarskiego i liczba lekarzy osiągających wiek emerytalny



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia

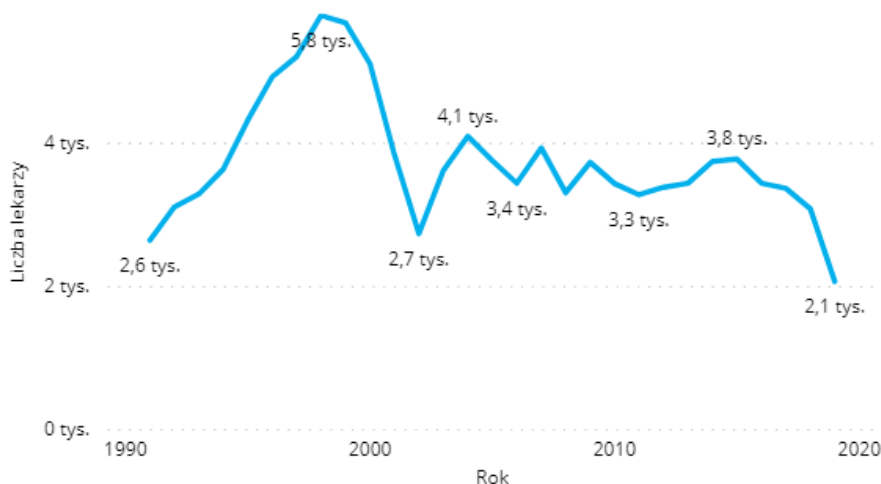
Rozkład liczby studentów na kierunku lekarskim w oparciu o dane GUS przedstawia stosunkowo porównywalną strukturę studentów w poszczególnych latach. Kierunek lekarski był najbardziej popularnym w ostatnich latach, biorąc pod uwagę studia medyczne. Na przestrzeni lat 2014-2018 średnia liczba studentów kierunku lekarskiego (suma wszystkich lat razem z cudzoziemcami) wahała się w granicach 29 tys., natomiast liczba studentów na jednym roku studiów mieściła się średnio w przedziale 4 485–5 674.²³⁵ Liczba młodych lekarzy w 2019 r. dla każdego rocznika w przedziale wieku 26-28 lat mieściła się w przedziale 2 848–3 217. Wartości te są znacznie niższe niż oczekiwana liczba absolwentów, wynikać to może z uwzględnienia w liczbie studentów cudzoziemców oraz osób, które nie ukończyły studiów. Jak wynika również z raportu Ekonomicznych Losów Absolwentów, po 5 latach od zakończenia studiów w zawodzie pracuje ok. 93% (bez obcokrajowców) absolwentów kierunku lekarskiego (ze względu na przyjętą metodykę wartość ta może być w rzeczywistości większa), co wskazuje, że niewielu z nich nie podejmuje się pracy w zawodzie po skończeniu studiów.²³⁶

Kształcenie lekarzy specjalistów może odbywać się w trybie rezydenckim oraz pozarezydenckim. Liczba lekarzy uzyskujących tytuł specjalisty dynamicznie rosła od 1991 r. do 1998 r. W 1998 r. nastąpił spadek utrzymujący się do 2002 r. W kolejnych latach widoczne były relatywnie niskie wahania. Od 2015 r. zauważalna była tendencja spadkowa wchodzenia na rynek nowych lekarzy specjalistów.

²³⁵ Szkolnictwo wyższe w latach 2013-2018, Bazy danych, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

²³⁶ ELA, Pracowity jak młody lekarz - najszybszy sukces na rynku pracy, <https://ela.nauka.gov.pl/pl/labor-market/pracowity-jak-młody-lekarz>, dostęp w dniu 21.09.2020 r.

Rysunek 244. Liczba lekarzy uzyskujących tytuł specjalisty w danym roku (nowi lekarze specjaliści) spośród lekarzy aktywnych zawodowo w 2019 r. (wykres nie zawiera informacji o lekarzach, którzy uzyskali tytuł specjalisty w danym roku i odeszli z rynku pracy przed 31.12.2019 r., tacy lekarze nie znajdują się w danych CRL)

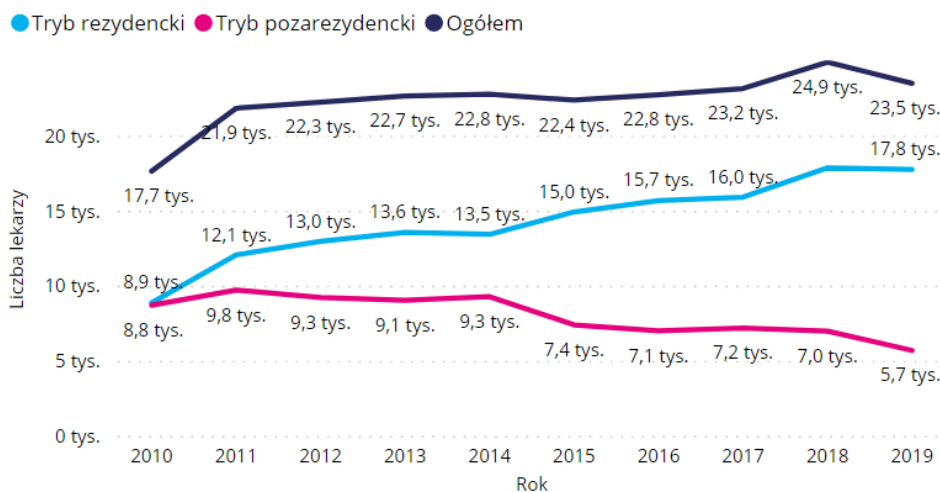


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ

Od 2010 do 2018 r. wyraźny był trend wzrostowy liczby lekarzy kształcących się w trybie rezydenckim oraz trend spadkowy w trybie pozarezydenckim. W 2019 r. widoczny był spadek liczby lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, który był głównie spowodowany mniejszą liczbą lekarzy kształcących się w trybie pozarezydenckim.

Zakładając, że szkolenie specjalizacyjne trwa 6-7 lat roczna liczba osób uzyskujących tytuł lekarza specjalisty powinna wynosić ok. 3-4 tys. Spadek widoczny w latach 2015-2020 oraz wartości nowych lekarzy specjalistów znacznie niższe niż 4 tys., mogły być związane z wolniejszym tempem ukończenia szkoleń specjalizacyjnych, zdawalnością egzaminów specjalizacyjnych oraz większym udziałem lekarzy szkolących się w specjalizacjach, których minimalny czas trwania jest dłuższy niż 6 lat.

Rysunek 245. Lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego

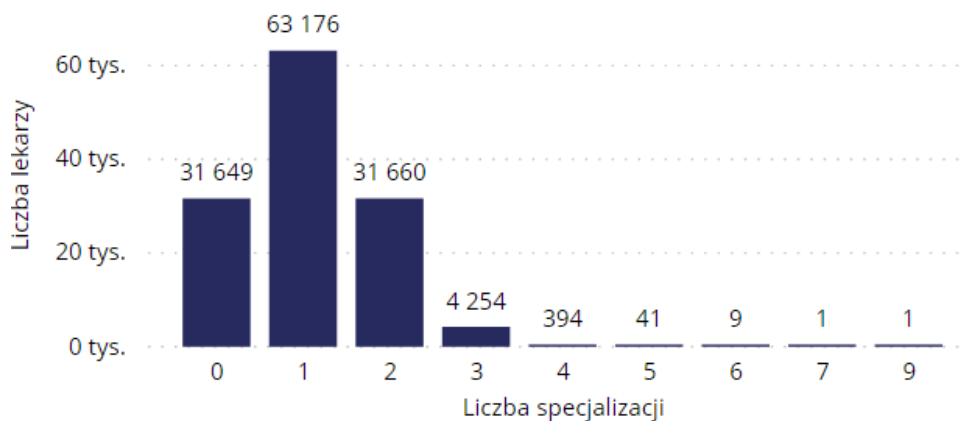


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia

Specjalizacje lekarzy

Uzyskanie tytułu specjalisty pozwala lekarzowi na wykonywanie większej liczby zadań medycznych, np. leczenie pacjentów z wybranymi chorobami, wykonywanie zabiegów oraz skomplikowanych badań. Lekarz posiadający tytuł specjalisty jest lekarzem, który w szerszym zakresie może zająć się opieką nad pacjentem.

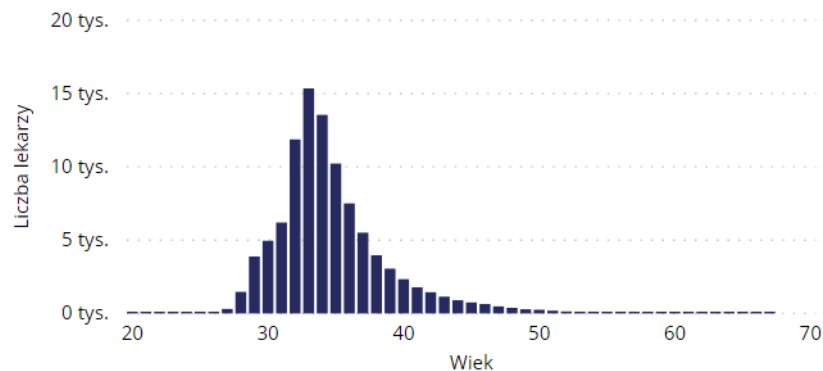
Rysunek 246. Liczba lekarzy w zależności od liczby uzyskanych specjalizacji



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ

Liczba posiadanych specjalizacji obrazuje skalę lekarzy, którzy mogą wykonywać bardziej zaawansowane czynności medyczne. Lekarze posiadający jedną specjalizację tworzyli większość, gdyż było ich 63,2 tys., co stanowiło 48% łącznej liczby lekarzy aktywnych zawodowo. Kolejne dwie dominujące grupy to lekarze bez specjalizacji – ich liczba utrzymywała się na poziomie 31,6 tys. (24%), oraz lekarze, którzy uzyskali dwie specjalizacje – 31,7 tys. (24%). Trzy specjalizacje uzyskało 4,2 tys. lekarzy, co stanowiło 3% lekarzy pracujących. Warto dodać, że lekarze posiadający kilka specjalizacji najczęściej prowadzą również działalność dydaktyczną jako nauczyciele akademicy.

Rysunek 247. Liczba lekarzy w zależności od wieku uzyskania pierwszej specjalizacji

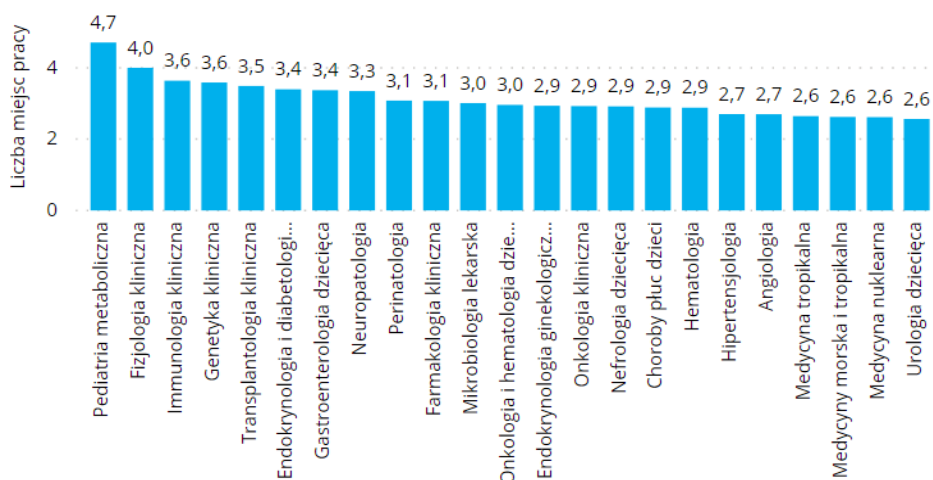


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ

Istotne znaczenie ma także wiek osiągnięcia specjalizacji lekarskiej. Pierwszą specjalizację lekarze najczęściej uzyskiwali w przedziale wiekowym 32-35 lat. Najwięcej lekarzy zdobyło tytuł lekarza specjalisty w wieku 33 lat – ich liczba wynosiła 15,4 tys. Jeżeli lekarze kończyli studia w wieku 25 lat, to tytuł specjalisty uzyskiwali 8 lat po ukończeniu studiów medycznych.

Lekarze średnio pracowali w 1,9 miejscach. Średnio w największej liczbie miejsc pracowali lekarze specjaliści pediatrii metabolicznej (4,7 miejsc pracy), fizjologii klinicznej (4 miejsca pracy) oraz immunologii klinicznej (3,6 miejsca pracy).

Rysunek 248. Średnia liczba miejsc pracy lekarzy w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ

W celu przeanalizowania problemu malejącej liczby lekarzy specjalistów obliczono liczbę lekarzy specjalistów aktywnych zawodowo, którzy w przeciągu 6 lat osiągną wiek emerytalny (co nie jest równoznaczne z odejściem z rynku pracy). Przyjęto założenie, że lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego uzyskują tytuł specjalisty w przeciągu 6 lat. Z poniższej tabeli wynika, że największy problem może szczególnie dotknąć obszar chorób wewnętrznych, gdzie liczba lekarzy osiągających wiek emerytalny przewyższała prawie dwukrotnie liczbę lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Znaczący problem związany z mniejszą liczbą lekarzy może zachodzić w przyszłości także w dziedzinach medycyny takich, jak: pediatria, chirurgia ogólna, choroby płuc oraz położnictwo i ginekologia. Największe prawdopodobieństwo sukcesywnej wymiany lekarzy w wieku okołoemerytalnym może dotyczyć specjalizacji takich jak: radiologia i diagnostyka obrazowa, psychiatria, kardiologia oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu. W tych obszarach liczba lekarzy w trakcie szkoleń specjalizacyjnych znacząco przewyższała liczbę lekarzy w wieku okołoemerytalnym. Nie oznacza to jednak braku zapotrzebowania na nowych lekarzy specjalistów tych dziedzin.

Tabela 75. Różnica pomiędzy lekarzami specjalistami osiągniętymi wiek emerytalny a lekarzami uzyskującymi tytuł specjalisty (informacje o lekarzach osiągniętych wiek emerytalnych opracowane na podstawie danych CRL - stan na 31.12.2019 r.; dane o lekarzach w trakcie szkolenia specjalizacyjnego pochodzą z zasobów MZ - stan na 20.03.2020 r.)

Dziedzina	Lekarze, którzy w czasie 6 lat osiągną wiek emerytalny (do 2024 r.)	Lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego	Różnica
Alergologia	331	157	174
Anestezjologia i intensywna terapia	1 062	1 409	-347
Angiologia	44	49	-5
Audiologia i foniatria	110	57	53
Balneologia i medycyna fizykalna	103	87	16
Chirurgia dziecięca	237	153	84
Chirurgia klatki piersiowej	53	46	7
Chirurgia naczyniowa	95	156	-61
Chirurgia ogólna	1 715	991	724
Chirurgia onkologiczna	148	269	-121
Chirurgia plastyczna	30	73	-43
Choroby płuc	668	226	442
Choroby płuc dzieci	14	68	-54
Choroby wewnętrzne	4 846	2 536	2 310
Choroby zakaźne	205	126	79
Dermatologia i wenerologia	447	421	26
Diabetologia	268	179	89
Diagnostyka laboratoryjna	14	2	12
Endokrynologia	312	277	35
Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość	8	38	-30
Endokrynologia i diabetologia dziecięca	17	81	-64
Epidemiologia	38	30	8
Farmakologia kliniczna	16	23	-7
Fizjologia kliniczna	0		0
Gastroenterologia	163	209	-46
Gastroenterologia dziecięca	10	63	-53
Genetyka kliniczna	14	49	-35
Geriatrya	83	134	-51
Ginekologia onkologiczna	38	95	-57

Hematologia	66	186	-120
Higiena	38		38
Higiena i epidemiologia wojskowa	0		0
Hipertensjologia	64	33	31
Immunologia kliniczna	19	53	-34
Intensywna terapia	0	9	-9
Kardiochirurgia	41	73	-32
Kardiologia	578	1 250	-672
Kardiologia dziecięca	38	71	-33
Medycyna lotnicza	51	17	34
Medycyna lotnicza wojskowa	4		4
Medycyna morska wojskowa	1		1
Medycyna nuklearna	53	60	-7
Medycyna paliatywna	72	134	-62
Medycyna pracy	393	217	176
Medycyna ratunkowa	167	414	-247
Medycyna rodzinna	1 940	1 918	22
Medycyna sądowa	19	24	-5
Medycyna sportowa (cywilna)	55		55
Medycyna sportowa wojskowa	0		0
Medycyna tropikalna	10		10
Medycyny morska i tropikalna	24		24
Mikrobiologia lekarska	9	18	-9
Nefrologia	241	176	65
Nefrologia dziecięca	18	29	-11
Neonatologia	358	313	45
Neurochirurgia	92	139	-47
Neurologia	630	669	-39
Neurologia dziecięca	108	111	-3
Neuropatologia	4	12	-8
Ochrona radiologiczna wojskowa	0		0
Okulistyka	793	823	-30
Onkologia i hematologia dziecięca	39	62	-23
Onkologia kliniczna	119	436	-317
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	602	1 043	-441
Otorynolaryngologia	678	432	246
Otorynolaryngologia dziecięca	33	52	-19
Patomorfologia	115	136	-21
Pedagogika medyczna	0		0

Pediatria	3 038	2 077	961
Pediatria metaboliczna	4	17	-13
Perinatologia	14	62	-48
Położnictwo i ginekologia	1 518	1 159	359
Psychiatria	417	1 037	-620
Psychiatria dzieci i młodzieży	47	183	-136
Radiologia i diagnostyka obrazowa	506	1 229	-723
Radioterapia onkologiczna	115	141	-26
Rehabilitacja medyczna	332	241	91
Reumatologia	296	246	50
Seksuologia	34	30	4
Toksykologia kliniczna	12	11	1
Toksykologia wojskowa	0		0
Transfuzjologia kliniczna	46	23	23
Transplantologia kliniczna	76	133	-57
Urologia	244	386	-142
Urologia dziecięca	17	12	5
Zdrowie publiczne	243	63	180
Zdrowie publiczne wojskowe	0		0

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, Ministerstwo Zdrowia

Rekomendacje konsultantów krajowych

W celu identyfikacji dziedzin, w których brakuje najwięcej lekarzy specjalistów, zostały zebrane dane od konsultantów krajowych w ochronie zdrowia dotyczące zapotrzebowania na kadrę lekarzy specjalistów. Największe różnice w liczbie lekarzy na 100 tys. ludności pomiędzy rekomendowaną wartością a wartością wynikającą z danych CRL (wskazującą na niedobór) występowały w następujących dziedzinach medycyny: choroby wewnętrzne (różnica na 100 tys. ludności - 37), medycyna rodzinna (16), psychiatria (9,9), medycyna pracy (6,9) oraz geriatrya (6,6). W niektórych dziedzinach, zgodnie z danymi CRL i wskaźnikami zapotrzebowania oszacowanymi przez konsultantów krajowych, liczba lekarzy aktywnych zawodowo przekroczyła zapotrzebowanie. Należały do nich m.in.: otolaryngologia (-6,8), chirurgia ogólna (-6,6), endokrynologia (-2,6), choroby płuc (-1,9) oraz reumatologia (-1,8).

Tabela 76. Rekomendacje konsultantów krajowych oraz dane CRL

Dziedzina	Liczba lekarzy	Wskaźnik rekomendowanej liczby lekarzy na 100 tys. ludności przez konsultantów krajowych	Liczba lekarzy na 100 tys. ludności	Różnica rekomendowanego wskaźnika i rzeczywistego
Alergologia	1 357	2,0	3,5	-1,5
Angiologia	268	1,0	0,7	0,3
Audiologia i foniatria	361	3,0	0,9	2,1
Balneologia i medycyna fizykalna	575	2,2	1,5	0,7
Chirurgia dziecięca	1 029	1,3	2,7	-1,4
Chirurgia klatki piersiowej	262	0,5	0,7	-0,2
Chirurgia naczyniowa	562	1,8	1,5	0,4
Chirurgia ogólna	8 292	15,0	21,6	-6,6
Chirurgia onkologiczna	876	3,0	2,3	0,7
Choroby płuc	2 643	5,0	6,9	-1,9
Choroby wewnętrzne	27 498	108,6	71,6	37,0
Diabetologia	1 443	4,0	3,8	0,2
Diagnostyka laboratoryjna	177	0,9	0,5	0,5
Endokrynologia	1 488	1,3	3,9	-2,6
Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość	62	0,4	0,2	0,2
Endokrynologia i diabetologia dziecięca	101	0,9	0,3	0,6
Farmakologia kliniczna	83	1,3	0,2	1,1
Genetyka kliniczna	126	0,7	0,3	0,3
Geriatrya	462	7,8	1,2	6,6
Hematologia	496	2,5	1,3	1,2
Immunologia kliniczna	124	1,0	0,3	0,7
Intensywna terapia	0	0,3		0,3
Kardiologia	4 489	10,0	11,7	-1,7
Kardiologia dziecięca	159	0,7	0,4	0,2
Medycyna nuklearna	299	1,0	0,8	0,2
Medycyna paliatywna	515	3,0	1,3	1,7
Medycyna pracy	2 749	14,1	7,2	6,9

Medycyna ratunkowa	1 049	6,7	2,7	4,0
Medycyna rodzinna	10 859	44,3	28,3	16,0
Medycyna sądowa	171	0,5	0,4	0,1
Medycyna sportowa (cywilna)	284	0,8	0,7	0,0
Mikrobiologia lekarska	96	0,9	0,2	0,7
Nefrologia	1 304	4,4	3,4	1,0
Nefrologia dziecięca	97	0,6	0,3	0,3
Neurochirurgia	582	1,0	1,5	-0,5
Neurologia	4 127	10,6	10,7	-0,1
Neurologia dziecięca	423	2,2	1,1	1,1
Neuropatologia	26	0,1	0,1	0,0
Onkologia i hematologia dziecięca	220	0,8	0,6	0,2
Onkologia kliniczna	957	3,1	2,5	0,6
Otorynolaryngologia	3 137	1,4	8,2	-6,8
Otorynolaryngologia dziecięca	192	0,6	0,5	0,1
Pediatrica metaboliczna	24	0,2	0,1	0,1
Perinatologia	88	0,5	0,2	0,3
Psychiatria	3 904	20,0	10,2	9,9
Psychiatria dzieci i młodzieży	426	2,0	1,1	0,9
Radiologia i diagnostyka obrazowa	3 522	10,8	9,2	1,6
Radioterapia onkologiczna	761	3,0	2,0	1,0
Reumatologia	1 641	2,5	4,3	-1,8
Seksuologia	188	0,7	0,5	0,2
Toksykologia kliniczna	97	0,2	0,3	0,0
Transfuzjologia kliniczna	211	0,9	0,5	0,3
Transplantologia	469	1,1	1,2	-0,1
Urologia dziecięca	69	0,3	0,2	0,1

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, Ministerstwa Zdrowia

Różnice pomiędzy rekomendowaną liczbą lekarzy podaną przez konsultantów krajowych a faktyczną liczbą lekarzy na 100 tys. ludności były zróżnicowane regionalnie. W przypadku lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych największą rozbieżność zaobserwowano w województwie lubuskim (63,3) oraz opolskim (53,0). Z kolei w województwie mazowieckim (-19,8) oraz w województwie łódzkim (-2,6) wskaźnik lekarzy aktywnych zawodowo przyjął wyższe wartości niż wskaźnik rekomendowanej liczby lekarzy przez konsultantów krajowych.

Tabela 77. Zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych w województwach zgodnie z zapotrzebowaniem zgłoszonym przez konsultantów krajowych.

Województwo	Liczba lekarzy	Wskaźnik rekomendowanej liczby lekarzy na 100 tys. ludności przez konsultantów krajowych	Liczba lekarzy na 100 tys. ludności	Różnica rekomendowanego wskaźnika i rzeczywistego
lubuskie	458	108,6	45,3	63,3
opolskie	546	108,6	55,6	53,0
warmińsko-mazurskie	806	108,6	56,7	51,9
podkarpackie	1 211	108,6	56,9	51,6
kujawsko-pomorskie	1 183	108,6	57,1	51,5
zachodniopomorskie	1 011	108,6	59,6	49,0
wielkopolskie	2 396	108,6	68,5	40,1
pomorskie	1 636	108,6	69,8	38,8
świętokrzyskie	862	108,6	69,9	38,7
lubelskie	1 677	108,6	79,5	29,0
śląskie	3 667	108,6	81,2	27,4
małopolskie	2 776	108,6	81,4	27,2
podlaskie	995	108,6	84,4	24,1
dolnośląskie	2 452	108,6	84,5	24,0
łódzkie	2 729	108,6	111,2	-2,6
mazowieckie	6 962	108,6	128,4	-19,8

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, Ministerstwa Zdrowia

Miejsca specjalizacyjne

Miejsca specjalizacyjne potrzebne w 2020 r. zostały oszacowane uwzględniając różnice pomiędzy lekarzami specjalistami osiagającymi wiek emerytalny a lekarzami uzyskującymi tytuł specjalisty oraz potrzeby zgłoszone przez konsultantów krajowych.

W celu zmniejszenia różnicy pomiędzy lekarzami specjalistami osiagającymi wiek emerytalny a lekarzami uzyskującymi tytuł specjalisty najwięcej miejsc specjalizacyjnych w 2020 r. powinno zostać utworzonych w następujących dziedzinach: choroby wewnętrzne (3 140), pediatria (1 446) oraz chirurgia ogólna (984). Zgodnie z potrzebami zgłoszonymi przez konsultantów krajowych największe braki kadrowe występują także w dziedzinie chorób

wewnętrznych (brakuje 14 203 lekarzy), medycynie rodzinnej (brakuje 6 142 lekarzy) i psychiatrii (brakuje 3 796 lekarzy). W tych trzech specjalizacjach widoczna była największa suma potrzebnych miejsc specjalizacyjnych do zmniejszenia różnicy pomiędzy lekarzami specjalistami osiągającymi wiek emerytalny a lekarzami uzyskującymi tytuł specjalisty i miejsc specjalizacyjnych oszacowanych na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez konsultantów krajowych, tj. choroby wewnętrzne (17 343), medycyna rodzinna (6 552), psychiatria (3 267).

Warto zauważyć, że tak określone zawody deficytowe nie zawsze pokrywają się z dziedzinami medycyny wskazanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. poz. 1156).²³⁷

W celu zobrazowania zapotrzebowania na lekarzy specjalistów przy wzroście świadczeń zdrowotnych ustalono średni przyrost świadczeń zdrowotnych o 1,5%²³⁸ oraz założono średnioroczny wzrost efektywności lekarzy o 5%²³⁹. Można zauważyć na przykładzie dziedzin, w których suma potrzebnych miejsc specjalizacyjnych była największa, że optymalizacja czasu pracy lekarzy może mieć istotne znaczenie dla systemu. Przy przyjętych założeniach potrzeba o 917 mniej specjalistów od chorób wewnętrznych, o 468 mniej pediatrów oraz o 362 mniej lekarzy medycyny rodzinnej.

Lekarze funkcjonujący w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ

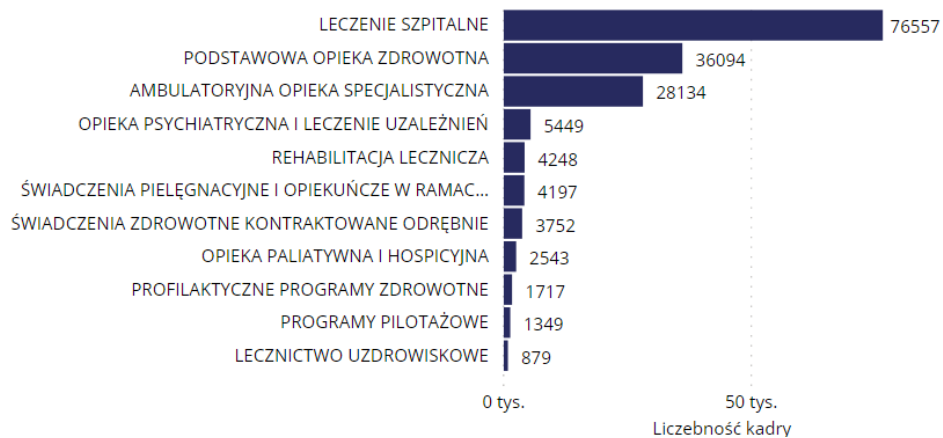
W systemie publicznym w 2019 r. pracowało 113,9 tys. lekarzy. Stanowili oni 87% wszystkich pracujących lekarzy w kraju i 89% lekarzy pracujących w podmiotach zajmujących się lecnictwem. Kadra lekarska najczęściej zatrudniona była w ramach leczenia szpitalnego (76,6 tys.), POZ (36,1 tys.) oraz AOS (28,1 tys.). Ze względu na typ komórki, w jakiej pracują lekarze, znacząca grupa lekarzy znajdowała zatrudnienie w poradniach POZ (32,6 tys.), na izbie przyjęć szpitala (17,4 tys.), w SOR (14,5 tys.) oraz na oddziale chorób wewnętrznych (9,1 tys.).

Liczba dostępnych lekarzy zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ była zróżnicowana regionalnie: w województwie mazowieckim (382) zanotowano o 43% więcej lekarzy na 100 tys. ludności niż w województwie lubuskim (268).

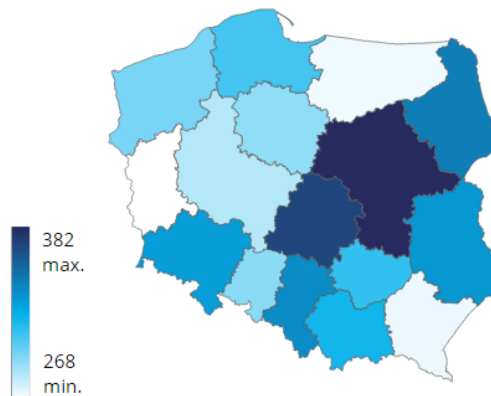
²³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. ppoz.1156).

²³⁸ Jest to średnia przyrostów liczby świadczeń w Polsce w latach 2016-2018.

²³⁹ Czas pracy lekarzy można optymalizować przez odciążenie lekarzy z zadań nie wymagających kwalifikacji lekarskich np. uzupełniania części dokumentacji. Optymalizacją czasu pracy obecnie pracujących lekarzy, obok kształcenia nowych lekarzy jest potencjalnie ważnym elementem zaspokajania braków kadry lekarskiej.

Rysunek 249. Liczba lekarzy według rodzaju świadczeń, na jakie została podpisana umowa

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, CRL

Rysunek 250. Liczba lekarzy na 100 tys. zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w województwach

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS, CRL

Tabela 78. Liczba lekarzy zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w województwach

Województwo	Kadra na 100 tys. ludności	Liczebność kadry
dolnośląskie	333,0	9 658
kujawsko-pomorskie	293,0	6 072
lubelskie	335,6	7 075
lubuskie	268,4	2 715
łódzkie	369,6	9 074
małopolskie	320,9	10 947
mazowieckie	381,5	20 690
opolskie	294,4	2 893
podkarpackie	272,8	5 803
podlaskie	346,5	4 083
pomorskie	309,8	7 261
śląskie	340,0	15 358
świętokrzyskie	313,8	3 872
warmińsko- mazurskie	272,0	3 870
wielkopolskie	285,0	9 973
zachodniopomorskie	298,4	5 061

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS, CRL

Tabela 79. Lekarze specjaliści zatrudnieni w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ²⁴⁰

Dziedzina	Liczba lekarzy pracujących	Liczba lekarzy pracujących w podmiotach leczniczych	Liczba lekarzy pracujących w ramach NFZ	Udział lekarzy pracujących w ramach NFZ wśród lekarzy pracujących	Udział lekarzy pracujących w ramach NFZ wśród lekarzy pracujących w podmiotach
Alergologia	1 357	1 350	1 216	90%	90%
Anestezjologia i intensywna terapia	6 363	6 251	6 049	95%	97%
Angiologia	268	266	253	94%	95%
Audiologia i foniatria	361	354	332	92%	94%
Balneologia i medycyna fizykalna	575	559	555	97%	99%
BRAK SPECJALIZACJI	31 650	30 835	24 484	77%	79%
Chirurgia dziecięca	1 029	1 013	971	94%	96%
Chirurgia klatki piersiowej	262	256	246	94%	96%
Chirurgia naczyniowa	562	558	548	98%	98%
Chirurgia ogólna	8 292	8 097	7 632	92%	94%
Chirurgia onkologiczna	876	874	862	98%	99%
Chirurgia plastyczna	209	208	141	67%	68%
Choroby płuc	2 643	2 591	2 480	94%	96%
Choroby płuc dzieci	79	79	78	99%	99%
Choroby wewnętrzne	27 499	26 778	25 038	91%	94%
Choroby zakaźne	1 017	998	933	92%	93%
Dermatologia i wenerologia	2 369	2 331	1 770	75%	76%
Diabetologia	1 443	1 427	1 373	95%	96%
Diagnostyka laboratoryjna	177	162	94	53%	58%
Endokrynologia	1 488	1 478	1 234	83%	83%
Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość	62	62	51	82%	82%
Endokrynologia i diabetologia dziecięca	101	101	96	95%	95%
Epidemiologia	192	170	108	56%	64%
Farmakologia kliniczna	83	80	59	71%	74%

²⁴⁰ wartości ponad 100% mogą wynikać z różnic metodycznych liczenia lekarzy na podstawie danych CWU i danych NFZ

Fizjologia kliniczna	2	2	1	50%	50%
Gastroenterologia	1 034	1 025	969	94%	95%
Gastroenterologia dziecięca	89	89	87	98%	98%
Genetyka kliniczna	126	124	122	97%	98%
Geriatrya	462	451	455	98%	101%
Ginekologia onkologiczna	299	297	287	96%	97%
Hematologia	496	494	471	95%	95%
Higiena	172	151	89	52%	59%
Higiena i epidemiologia wojskowa	1 0	0	0	0	0
Hipertensjologia	352	349	330	94%	95%
Immunologia kliniczna	124	124	117	94%	94%
Kardiochirurgia	336	334	328	98%	98%
Kardiologia	4 489	4 458	4 276	95%	96%
Kardiologia dziecięca	159	158	155	97%	98%
Medycyna lotnicza	246	243	160	65%	66%
Medycyna lotnicza wojskowa	61	57	30	49%	53%
Medycyna morska wojskowa	11	11	9	82%	82%
Medycyna nuklearna	299	295	254	85%	86%
Medycyna paliatywna	515	511	515	100%	101%
Medycyna pracy	2 749	2 685	1 698	62%	63%
Medycyna ratunkowa	1 049	1 041	963	92%	93%
Medycyna rodzinna	10 858	10 329	10 415	96%	101%
Medycyna sądowa	171	137	42	25%	31%
Medycyna sportowa (cywilna)	284	272	242	85%	89%
Medycyna sportowa wojskowa	4	3	2	50%	67%
Medycyna tropikalna	59	59	23	39%	39%
Medycyny morska i tropikalna	119	114	71	60%	62%
Mikrobiologia lekarska	96	87	54	56%	62%
Nefrologia	1 304	1 297	1 274	98%	98%
Nefrologia dziecięca	97	96	97	100%	101%
Neonatologia	1 509	1 491	1 485	98%	100%
Neurochirurgia	582	574	549	94%	96%
Neurologia	4 127	4 069	3 678	89%	90%
Neurologia dziecięca	423	420	399	94%	95%
Neuropatologia	26	26	17	65%	65%
Okulistyka	4 387	4 307	3 529	80%	82%
Onkologia i hematologia dziecięca	220	218	215	98%	99%
Onkologia kliniczna	957	947	937	98%	99%
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	4 021	3 968	3 729	93%	94%

Otorynolaryngologia	3 137	3 068	2 698	86%	88%
Otorynolaryngologia dziecięca	192	191	169	88%	88%
Patomorfologia	703	673	401	57%	60%
Pediatrya	14 037	13 657	13 243	94%	97%
Pediatrya metaboliczna	24	24	23	96%	96%
Perinatologia	88	86	85	97%	99%
Położnictwo i ginekologia	7 202	7 079	6 403	89%	90%
Psychiatria	3 904	3 836	3 314	85%	86%
Psychiatria dzieci i młodzieży	426	421	383	90%	91%
Radiologia i diagnostyka obrazowa	3 522	3 490	2 933	83%	84%
Radioterapia onkologiczna	761	748	735	97%	98%
Rehabilitacja medyczna	1 911	1 878	1 855	97%	99%
Reumatologia	1 641	1 607	1 520	93%	95%
Seksuologia	188	185	156	83%	84%
Toksykologia kliniczna	97	93	81	84%	87%
Transfuzjologia kliniczna	211	205	116	55%	57%
Transplantologia kliniczna	469	466	457	97%	98%
Urologia	1 298	1 281	1 238	95%	97%
Urologia dziecięca	69	69	67	97%	97%
Zdrowie publiczne	1 519	1 396	1 098	72%	79%
Zdrowie publiczne wojskowe	1				

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ

12.2. Lekarze dentyści

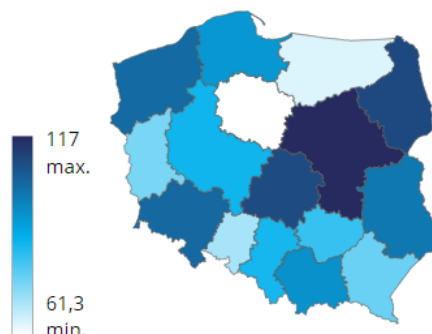
W 2019 r. liczba wszystkich lekarzy dentyistów aktywnych zawodowo w Rzeczypospolitej Polskiej wynosiła 35,07 tys. Kobiety stanowiły większość wśród lekarzy dentyistów – było ich ponad 26 tys. Liczba lekarzy dentyistów na 100 tys. ludności w 2019 r. wynosiła średnio 91,3.

Liczba lekarzy dentyistów przypadających średnio na mieszkańca była zróżnicowana regionalnie. Województwa, w których wskaźnik ten miał największą wartość, to mazowieckie (116,6) i podlaskie (110,2). Najmniej przypadało w województwach kujawsko-pomorskim (61,3) i lubuskim (65,2). W województwie mazowieckim było o 90% więcej lekarzy dentyistów niż w województwie kujawsko-pomorskim w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

Dane te nie pokrywają się ze statystykami międzynarodowymi, co prawdopodobnie wynika z różnic metodologicznych i utrudnia obiektywne porównania. Według danych Eurostatu oraz OECD w 2017 r. Rzeczpospolita Polska posiadała 13,3 tys. lekarzy dentyistów, co oznaczało 35,1 praktykujących dentyistów na 100 tys. ludności. Był to najniższy wynik

spośród państw UE, dla których dostępne są dane. Najwyższą wartość osiągnęła Bułgaria (118,7).^{241 242}

Rysunek 251. Liczba lekarzy dentystów na 100 tys. ludności w województwach



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, GUS

Tabela 80. Liczba lekarzy dentystów

Województwo	Liczba lekarza dentystów	na 100 tys. ludności	Średni wiek lekarza dentysty	Średnia liczba miejsc pracy
dolnośląskie	3 010	103,8	47	1,231561
kujawsko-pomorskie	1 271	61,3	49	1,142408
lubelskie	2 119	100,5	46	1,291647
lubuskie	766	75,7	48	1,084856
łódzkie	2 695	109,8	45	1,366976
małopolskie	3 250	95,3	45	1,265231
mazowieckie	6 322	116,6	45	1,287725
opolskie	695	70,7	49	1,132374
podkarpackie	1 646	77,4	46	1,139733
podlaskie	1 298	110,2	45	1,246533
pomorskie	2 201	93,9	45	1,200818
śląskie	3 911	86,6	46	1,231654
świętokrzyskie	1 025	83,1	46	1,13561
warmińsko-mazurskie	927	65,2	48	1,137001
wielkopolskie	3 051	87,2	46	1,203212
zachodniopomorskie	1 755	103,5	46	1,255271

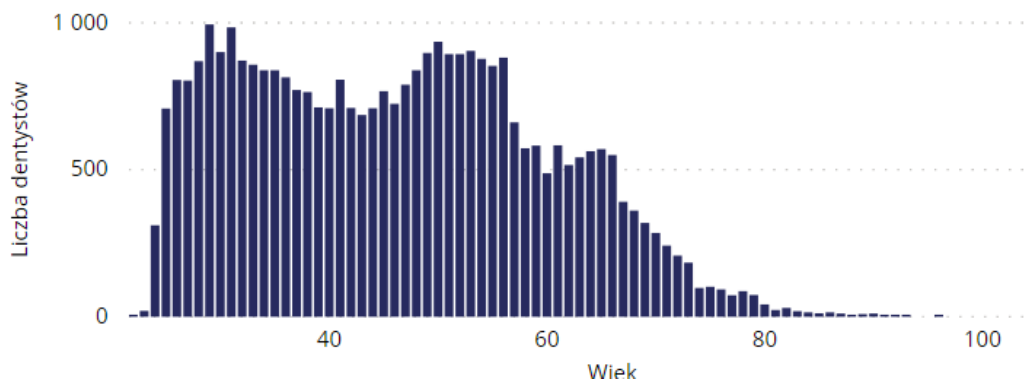
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, GUS

²⁴¹ OECD, Health Workforce Statistic Database, dostęp w dniu 23.06.2020 r.

²⁴² Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, dostęp w dniu 23.06.2020 r.

Średni wiek lekarzy dentystów wynosił 46 lat. Lekarze dentyści często kontynuowali pracę zawodową pomimo osiągnięcia wieku emerytalnego – aktywni zawodowo w wieku emerytalnym mieli największy udział w województwie kujawsko-pomorskim (23%), a najmniejszy w województwach pomorskim i podkarpackim (14%). Rozkład wieku lekarzy dentystów świadczył także o wysokim przyroście liczby młodych lekarzy dentystów.

Rysunek 252. Rozkład wieku pracujących lekarzy dentystów w Polsce w 2019 r.

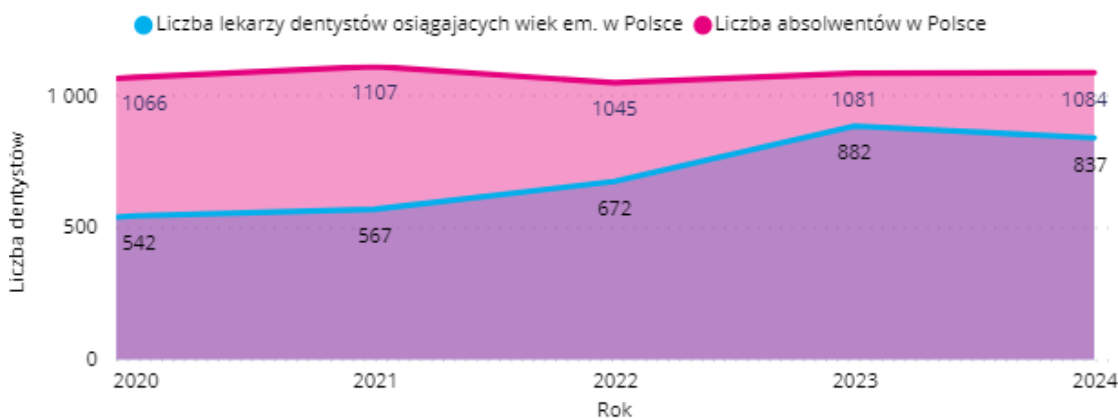


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ

Kształcenie lekarzy dentystów

Liczbę absolwentów kierunków lekarsko-dentystycznego oszacowano na podstawie limitów przyjęć na studia ustanowionych przez Ministra Zdrowia na lata 2012-2020. Założono, że liczba absolwentów była równa ustalonym 5 lat wcześniej limitowi przyjęć. Liczba absolwentów w każdym roku znacznie przewyższa liczbę osiągających wiek emerytalny, co pozwala na założenie, że w polskim systemie ochrony zdrowia nie powinien mieć miejsca spadek liczby lekarzy dentystów.

Rysunek 253. Liczba absolwentów kierunku lekarsko-dentystycznego i liczba lekarzy dentystów kończących 65. rok życia.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, Rozporządzeń Ministra Zdrowia

Na podstawie rozkładu liczby studentów kierunku lekarsko-dentystycznego w latach 2014–2018 można zauważyć porównywalny poziom liczby studentów na przestrzeni badanych lat. W latach 2014–2018 średnia liczba studentów (suma wszystkich lat razem z cudzoziemcami) wynosiła 5,6 tys., natomiast liczba studentów kierunku lekarsko-dentystycznego na jednym roku studiów mieściła się w przedziale 1 057-1 161.²⁴³

Specjalizacje lekarzy dentystów

Większość aktywnych zawodowo lekarzy dentystów w 2019 r. nie posiadała specjalizacji. Było ich 21,24 tys., co stanowiło 60,5% liczby całkowitej. Najpopularniejszą specjalizacją była stomatologia zachowawcza z endodoncją, w której specjalizowało się 10,4 tys. osób. Pozostałe specjalizacje były zdecydowanie mniej liczne.

Tabela 81. Liczba lekarzy dentystów wg specjalizacji

Dziedzina	Liczba lekarzy dentystów
Brak specjalizacji	21 242
Chirurgia stomatologiczna	1 742
Chirurgia szczękowo-twarzowa	327
Epidemiologia	3
Ortodoncja	1 188
Periodontologia	483
Protetyka stomatologiczna	1 443
Stomatologia dziecięca	692
Stomatologia zachowawcza z endodoncją	10 410
Zdrowie publiczne	96

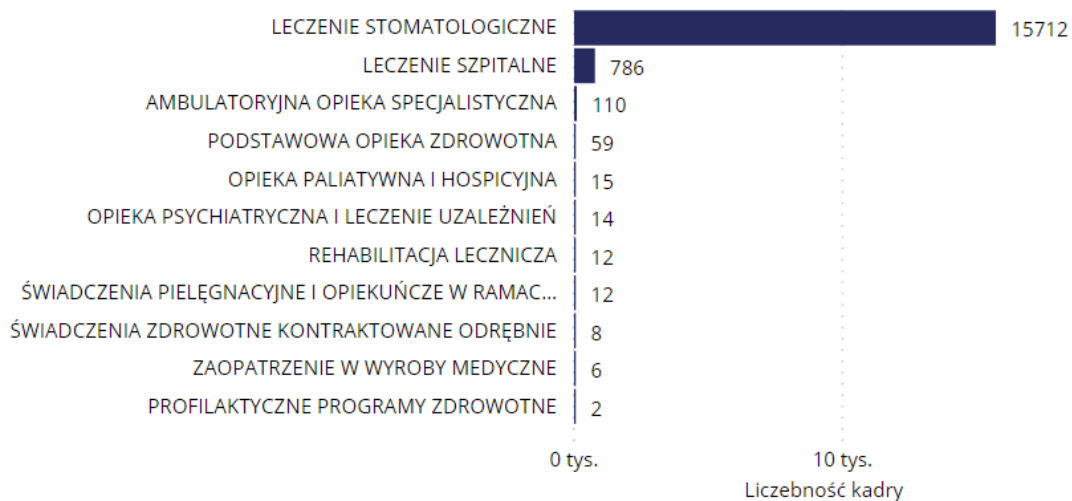
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ

Lekarze dentyści funkcjonujący w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ

Liczba lekarzy dentystów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ wynosiła 16,3 tys., czyli 47% ogółu i 48% pracujących w podmiotach leczniczych. Największa liczba pracowała w ramach leczenia stomatologicznego (15,7 tys.), na drugim miejscu znajdowało się leczenie szpitalne z 786 lekarzami. Ze względu na typ komórki w jakiej pracują lekarze dentyści stwierdza się, że znacząca grupa lekarzy dentystów znajdowała zatrudnienie w poradni stomatologicznej (13,5 tys.).

²⁴³ Szkolnictwo wyższe w latach 2013-2018, Bazy danych, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

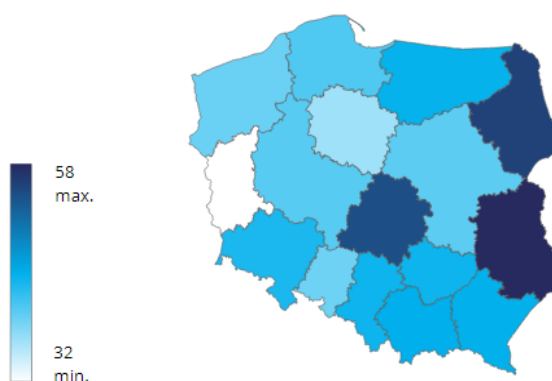
Rysunek 254. Liczba lekarzy dentystów według rodzaju świadczeń, na jakie została podpisana umowa



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ

Liczba lekarzy dentystów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ była silnie zróżnicowana regionalnie. W województwie lubelskim zanotowano o 81% więcej lekarzy dentystów na 100 tys. ludności niż w województwie lubuskim (58 vs. 32).

Rysunek 255. Liczba lekarzy dentystów na 100 tys. zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w województwach



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS. CRL

Tabela 82. Liczba lekarzy dentyistów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w województwach oraz na 100 tys. ludności

Województwo	Kadra na 100 tys. ludności	Liczebność kadry
dolnośląskie	43,3	1 256
kujawsko-pomorskie	36,4	755
lubelskie	58,0	1 223
lubuskie	31,6	320
łódzkie	54,5	1 338
małopolskie	44,6	1 520
mazowieckie	39,9	2 164
opolskie	39,2	385
podkarpackie	44,6	948
podlaskie	55,6	655
pomorskie	40,3	944
śląskie	44,1	1 994
świętokrzyskie	44,2	546
warmińsko-mazurskie	44,4	632
wielkopolskie	40,1	1 402
zachodniopomorskie	39,3	666

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS, CRL

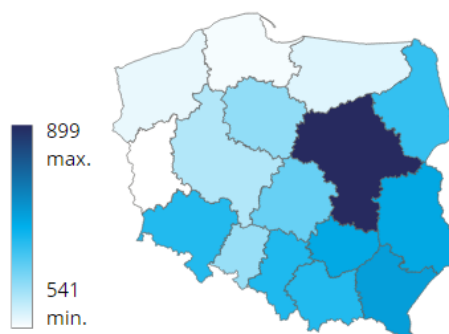
12.3. Pielęgniarki

Liczba wszystkich pielęgniarek, które pracowały w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz tych niewykonujących działalności leczniczej, w 2019 r. wynosiła 238,3 tys. (na 100 tys. ludności 620,5). Liczba pielęgniarek przypadających średnio na mieszkańca była zróżnicowana regionalnie. Województwa, w których wskaźnik na 100 tys. mieszkańców miał największą wartość to mazowieckie (899), podkarpackie (744) i lubelskie (731). Najmniej pielęgniarek przypadało w województwach: lubuskim (541), pomorskim (548) oraz zachodniopomorskim (556). W województwie mazowieckim było o 66% więcej pielęgniarek niż w województwie lubuskim w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

Dane krajowe o liczbie pielęgniarek nie pokrywają się ze statystykami międzynarodowymi. Według Eurostatu i OECD Rzeczpospolita Polska posiadała w 2017 r. 193,7 tys. pielęgniarek, co oznacza 510 pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców i stanowi czwarty najniższy wynik

spośród państw UE, dla których dostępne są dane (najwyższy wskaźnik w UE posiadają Niemcy – 1 293 pielęgniarki na 100 tys. ludności, a najniższy Grecja - 331).^{244 245}

Rysunek 256. Liczba pielęgniarek na 100 tys. ludności w województwach



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Tabela 83. Liczba pielęgniarek

Województwo	Liczba pielęgniarek	na 100 tys. ludności	Średni wiek pielęgniarek	Średnia liczba miejsc pracy
dolnośląskie	20 202	696,6	51	1,392337
kujawsko-pomorskie	12 807	618,0	49	1,317405
lubelskie	15 416	731,2	49	1,381422
lubuskie	5 472	540,9	50	1,344481
łódzkie	15 893	647,4	50	1,495816
małopolskie	23 782	697,2	48	1,396645
mazowieckie	48 772	899,3	49	1,500902
opolskie	6 024	613,1	48	1,366534
podkarpackie	15 833	744,3	48	1,353818
podlaskie	8 054	683,5	49	1,41259
pomorskie	12 836	547,6	49	1,354004
śląskie	31 570	698,8	50	1,483339
świętokrzyskie	9 009	730,1	48	1,384282
warmińsko-mazurskie	8 019	563,6	51	1,363013
wielkopolskie	20 831	595,4	49	1,402525
zachodniopomorskie	9 436	556,3	51	1,340504

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

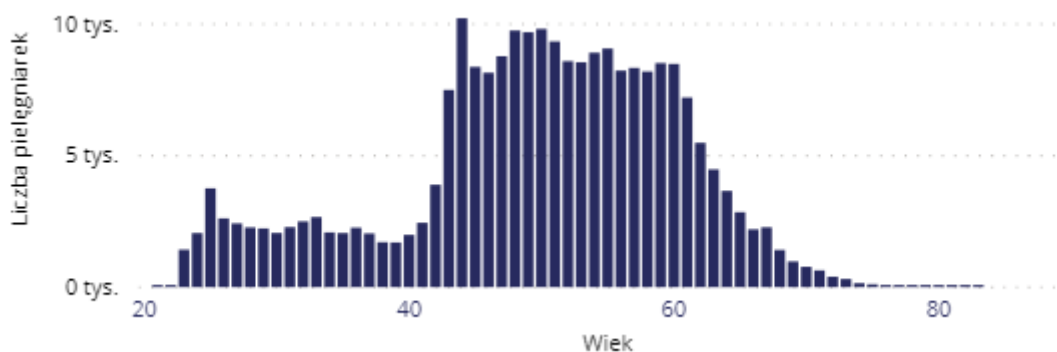
Średni wiek pielęgniarek aktywnych zawodowo w Polsce wynosił 49,5 roku. Pielęgniarki aktywne zawodowo powyżej 59. roku życia nie stanowiły równie znaczącej grupy jak lekarze w wieku emerytalnym. Najwyższy odsetek wystąpił w województwie zachodniopomorskim

²⁴⁴ OECD, Health Workforce Statistic Database, dostęp w dniu 23.06.2020 r.

²⁴⁵ Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, dostęp w dniu 23.06.2020 r.

i miał wartość 21%. Dane przedstawione na rozkładzie wieku świadczyły o stosunkowo niskim przyroście młodych pielęgniarek oraz wysokiej liczbie pielęgniarek po 43. roku życia, co może świadczyć o tym, że istnieje ryzyko spadku tej wartości.

Rysunek 257. Rozkład wieku pielęgniarek w Polsce



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ

Kształcenie pielęgniarek

Rozkład liczby studentów na kierunku pielęgniarstwo w poszczególnych latach w oparciu o dane z GUS przedstawia zauważalne wahania cykliczne w liczbie studentów pielęgniarstwa. W 2014 r. suma studentów pielęgniarstwa (suma wszystkich lat razem z cudzoziemcami) wynosiła 25 689. W 2015 r. nastąpił spadek tej liczby o 14,9%. W kolejnych latach liczba studentów zwiększała się i w 2018 r. osiągnęła wartość 34 205. W latach 2014–2018 (brak danych za 2017 r.) liczba studentów pielęgniarstwa na jednym roku studiów mieściła się w przedziale 4371–6841²⁴⁶.

Liczba młodych pielęgniarek w 2019 r. w przedziale wieku 23-26 lat wynosiła od 1 426 do 3 760. Wartości te są znacznie niższe niż oczekiwana liczba absolwentów, co może wynikać m.in. z uwzględnienia w liczbie studentów cudzoziemców. Jak wskazuje badanie ELA, 95% absolwentów pielęgniarstwa po 5 latach od uzyskania dyplomu pracuje w Polsce. Z analizowanej grupy pielęgniarek 88% wykonuje zawód w sektorze ochrony zdrowia. Wskazuje to, że niewielu absolwentów kierunku pielęgniarstwa nie podejmuje się pracy w zawodzie po skończeniu studiów.²⁴⁷

Prognoza

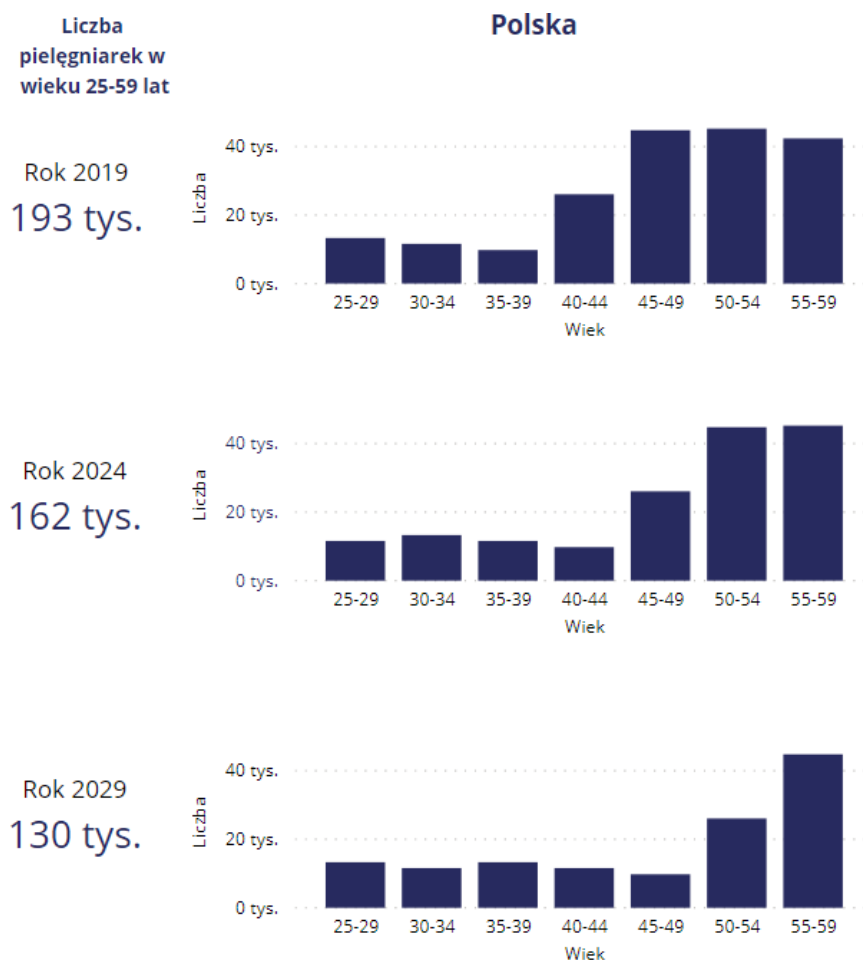
W celu oszacowania liczby pielęgniarek w 2024 r. i 2029 r. do wieku pielęgniarek dodano odpowiednio 5-10 lat oraz przyjęto, że liczba pielęgniarek poniżej 35. roku życia w 2029 r.

²⁴⁶ Szkolnictwo wyższe w latach 2013-2018, Bazy danych, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

²⁴⁷ ELA, Pracowity jak młody lekarz - najszybszy sukces na rynku pracy, <https://ela.nauka.gov.pl/pl/labor-market/pracowity-jak-młody-lekarz>, dostęp w dniu 21.09.2020 r.

jest równa odpowiednio liczbie osiagających ten sam wiek w 2019 r. Na potrzeby analizy założono, że pielęgniarki nie odchodzą z rynku pracy do 59. roku życia.

Rysunek 258. Prognoza liczby pielęgniarek w Polsce w wieku 25-59 lat w 2024 i 2029 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ

Zgodnie z wykresem dla 2019 r. liczba pielęgniarek w przedziale wiekowym 25-44 lata była znacznie niższa niż liczba pielęgniarek w przedziale wiekowym 45-59 lat. W 2024 r. całkowita liczba pielęgniarek aktywnych zawodowo w wieku 25-59 lat będzie o 31 tys. (16%) niższa w porównaniu z 2019 r. W 2029 r. to zjawisko się powtarza, a całkowita liczba pielęgniarek aktywnych zawodowo w wieku 25-59 lat będzie niższa niż w roku 2019 o 63 tys. (33%). Przygotowana prognoza pokazuje ryzyko znacznego spadku liczby pielęgniarek na przestrzeni 10 lat.

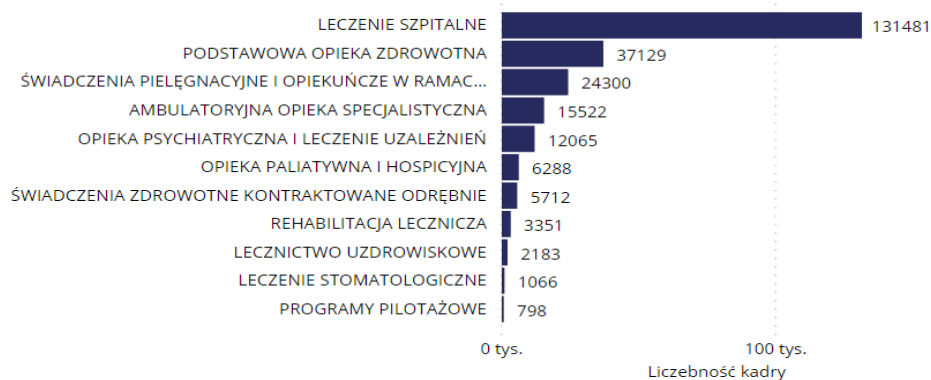
Pielęgniarki funkcjonujące w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ

Liczba pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ wynosiła 193,1 tys., co stanowiło 81% wszystkich aktywnych zawodowo pielęgniarek w kraju oraz 90% pielęgniarek pracujących w podmiotach leczniczych. Najwięcej pielęgniarek według rodzaju świadczeń zatrudnionych było w ramach leczenia szpitalnego (131,5 tys.),

POZ (37,1 tys.) oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (24,3 tys.). Ze względu na typ komórki pielęgniarki najczęściej pracowały w trzech rodzajach oddziałów: poradniach (gabinetach) pielęgniarki POZ (21,9 tys.), oddziałach chorób wewnętrznych (15,8 tys.), oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (15,5 tys.).

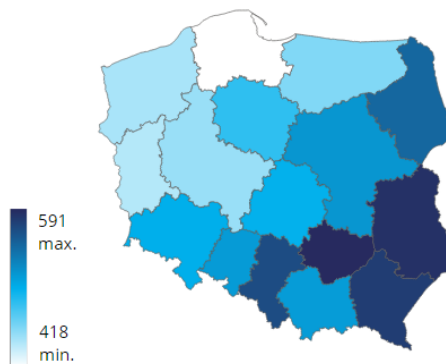
Liczba pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ była zróżnicowana regionalnie: w województwie świętokrzyskim zaobserwowano o 41% więcej pielęgniarek na 100 tys. ludności (591) niż w województwie pomorskim (418).

Rysunek 259. Liczba pielęgniarek wg rodzaju świadczeń, na jakie została podpisana umowa



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

Rysunek 260. Liczba pielęgniarek na 100 tys. zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w województwach



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

Tabela 84. Liczba pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w województwach

Województwo	Kadra na 100 tys. ludności	Liczebność kadry
dolnośląskie	505,4	14 658
kujawsko-pomorskie	488,5	10 124
lubelskie	587,1	12 377
lubuskie	443,2	4 483
łódzkie	503,5	12 359
małopolskie	517,7	17 658
mazowieckie	521,6	28 285
opolskie	518,4	5 094
podkarpackie	579,1	12 319
podlaskie	552,0	6 505
pomorskie	417,8	9 792
śląskie	569,5	25 728
świętokrzyskie	591,4	7 298
warmińsko-mazurskie	460,7	6 554
wielkopolskie	452,4	15 829
zachodniopomorskie	447,2	7 585

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

12.4. Położne

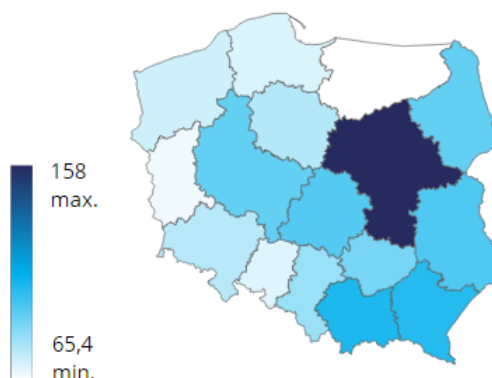
Liczba aktywnych zawodowo położnych w 2019 r. wynosiła 31,4 tys. W przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła średnio 81,7 położnych.

Liczba położnych przypadających średnio na mieszkańca była zróżnicowana regionalnie. Województwa, w których wskaźnik ten miał największą wartość, to mazowieckie (158) i małopolskie (106). Najmniej położnych na 100 tys. ludności przypadało w województwach: lubuskim (68) oraz warmińsko-mazurskim (65). W województwie mazowieckim było o 143% więcej położnych niż w województwie warmińsko-mazurskim w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

Prezentowane dane nie pokrywają się ze statystyką międzynarodową. Według Eurostatu i OECD Rzeczpospolita Polska w 2017 r. posiadała 22,7 tys. położnych, czyli 59,9 położnych na 100 tys. ludności. Stanowiło to drugi wynik w UE (najwyższy wskaźnik posiadała Szwecja – 74,95 – dane za 2016 r., a najniższy Słowenia – 9,97)^{248 249}.

²⁴⁸ OECD, Health Workforce Statistic Database, dostęp w dniu 23.06.2020 r.

²⁴⁹ Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, dostęp w dniu 23.06.2020 r.

Rysunek 261. Liczba położnych na 100 tys. ludności w województwach

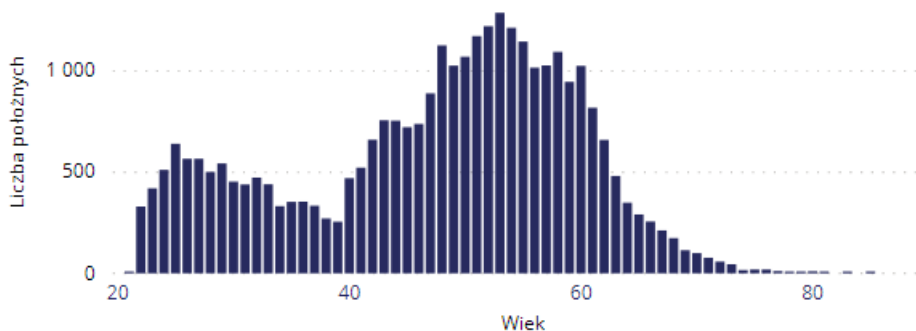
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Tabela 85. Liczba położnych

Województwo	Liczba położnych	na 100 tys. ludności	Średni wiek położnych	Średnia liczba miejsc pracy
dolnośląskie	2 275	78,4	48	1,521758
kujawsko-pomorskie	1 636	78,9	50	1,272005
lubelskie	2 047	97,1	47	1,374695
lubuskie	690	68,2	52	1,282609
łódzkie	2 364	96,3	46	1,523266
małopolskie	3 622	106,2	47	1,400607
mazowieckie	8 547	157,6	47	1,46449
opolskie	702	71,4	44	1,344729
podkarpackie	2 231	104,9	47	1,278351
podlaskie	1 103	93,6	48	1,409791
pomorskie	1 691	72,1	47	1,365464
śląskie	3 780	83,7	47	1,492328
świętokrzyskie	1 109	89,9	46	1,386835
warmińsko-mazurskie	931	65,4	53	1,415682
wielkopolskie	3 273	93,5	46	1,347388
zachodniopomorskie	1 263	74,5	50	1,303246

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Średni wiek położnych wynosi 47 lat. Położne pracujące powyżej 59 roku życia stanowią 15%. Najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie lubuskim (22%). Rozkład wieku położnych świadczył o niskim przyroście młodych położnych w stosunku do tych po 40. roku życia. Położne w przedziale wiekowym powyżej 50 lat stanowią 51% aktywnych zawodowo. Istnieje więc ryzyko spadku liczby położnych. Należy jednak zaznaczyć, że przy spadku dzietności tak duża liczba położnych jak obecnie może nie być konieczna.

Rysunek 262. Rozkład wieku położnych w Polsce

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Kształcenie położnych

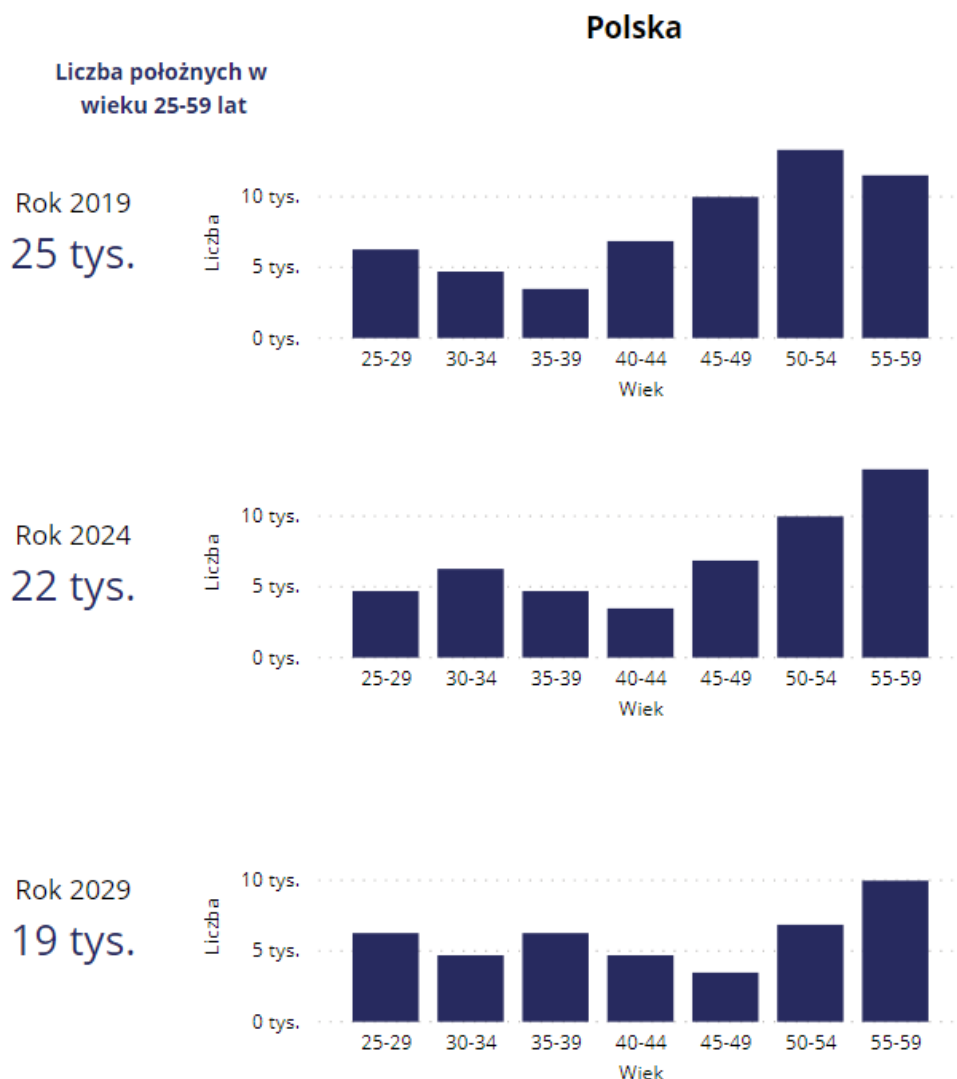
Rozkład studentów kierunku położnictwa w latach 2014–2018 przedstawia porównywalny poziom liczby studentów na przestrzeni badanych lat. W latach 2014–2018 liczba studentów położnictwa (suma wszystkich lat; razem z cudzoziemcami) mieściła się w przedziale od 3 916 do 4 707, natomiast liczba studentów położnictwa na jednym roku studiów wynosiła 783–941²⁵⁰. Z rozkładu wieku wynika, że liczba młodych położnych w 2019 r. w przedziale 23–26 wynosiła od 420 do 640. Wartości te są znacznie niższe niż oczekiwana liczba absolwentów, co może wynikać m.in. z uwzględnienia w liczbie studentów cudzoziemców.

Prognoza

Na poniższych wykresach) przedstawiono prognozowany rozkład liczby położnych aktywnych zawodowo W celu oszacowania liczby położnych w 2024 r. i 2029 r. do wieku położnych dodano odpowiednio 5–10 lat oraz przyjęto, że liczba położnych poniżej 35. roku życia w 2029 r. jest równa odpowiednio liczbie położnych osiągających ten sam wiek w 2019 r. Na potrzeby analizy założono, że położne nie odchodzą z rynku pracy przed 59. rokiem życia.

²⁵⁰ Szkolnictwo wyższe w latach 2013–2018, Bazy danych, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

Rysunek 263. Prognoza liczby położnych w Polsce w przedziale wiekowym 25-59 w 2024 r. i 2029 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Liczba położnych w 2019 r. w przedziale wiekowym 25-44 lata była znacznie niższa niż w przedziale wiekowym 45-59 lat. W 2024 r. całkowita liczba położnych aktywnych zawodowo w wieku 25-59 lat będzie o 3 tys. (12%) niższa w porównaniu z 2019 r. W 2029 r. to zjawisko się powtarza, a liczba będzie niższa niż w 2019 r. (o 6 tys., co stanowi 24%).

Przygotowana prognoza pokazuje ryzyko znacznego spadku liczby położnych. Należy mieć na względzie, że wraz ze spadkiem dzietności liczba położnych na podobnym poziomie do obecnego może nie być niezbędna.

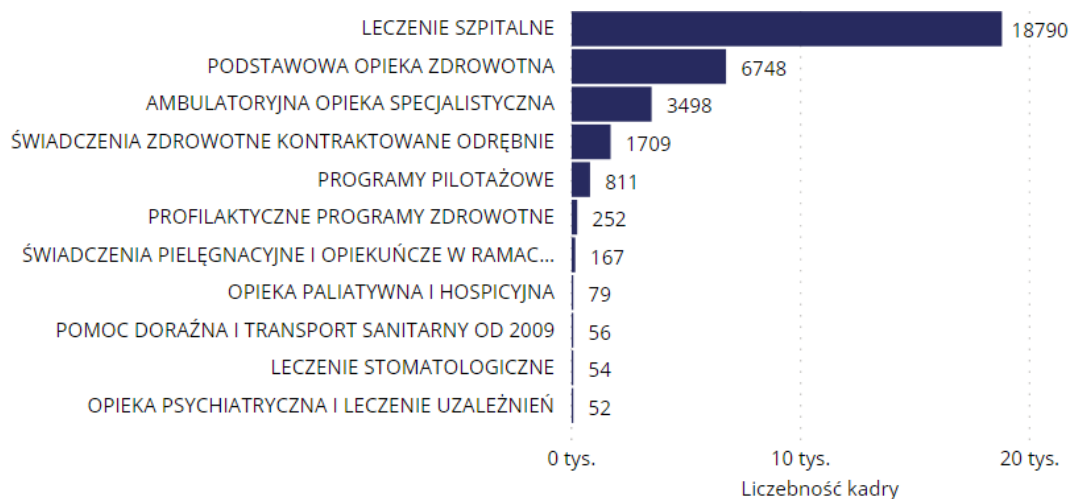
Położne funkcjonujący w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ

Liczba położnych zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ wynosiła 25,1 tys., czyli 80% sumy i 90% pracujących w podmiotach leczniczych. Najwięcej położnych pracowało w ramach leczenia szpitalnego (18,8 tys.) oraz POZ (6,7 tys.).

Liczba położnych według typu komórki osiągała największe wartości dla oddziałów położniczo-ginekologicznych (13,6 tys.), poradni (gabinetów) położnej POZ (6,4 tys.) oraz poradni położniczo-ginekologicznych (4 tys.)

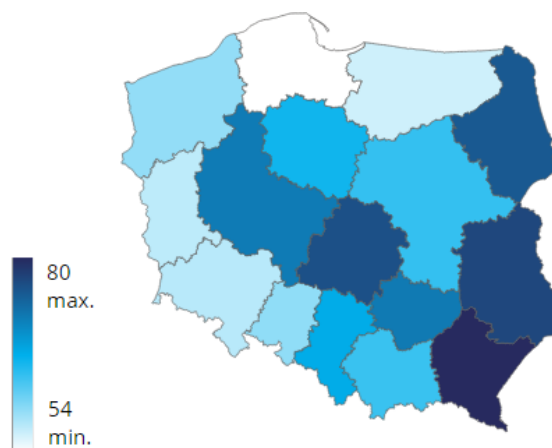
Liczba zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ była zróżnicowana regionalnie: w województwie podkarpackim odnotowano o 48% więcej na 100 tys. ludności niż w województwie pomorskim (80 vs. 54).

Rysunek 264. Liczba położnych według rodzaju świadczeń na jakie została podpisana umowa



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

Rysunek 265. Liczba położnych na 100 tys. zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w województwach



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

Tabela 86. Liczba położnych zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w województwach

Województwo	Kadra na 100 tys. ludności	Liczebność kadry
dolnośląskie	57,9	1 678
kujawsko-pomorskie	66,2	1 372
lubelskie	76,9	1 622
lubuskie	57,6	583
łódzkie	76,1	1 867
małopolskie	64,2	2 189
mazowieckie	64,4	3 493
opolskie	59,8	588
podkarpackie	79,6	1 694
podlaskie	75,2	886
pomorskie	54,4	1 274
śląskie	67,4	3 044
świętokrzyskie	72,1	890
warmińsko-mazurskie	56,8	808
wielkopolskie	72,0	2 518
zachodniopomorskie	59,7	1 013

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

12.5. Fizjoterapeuci

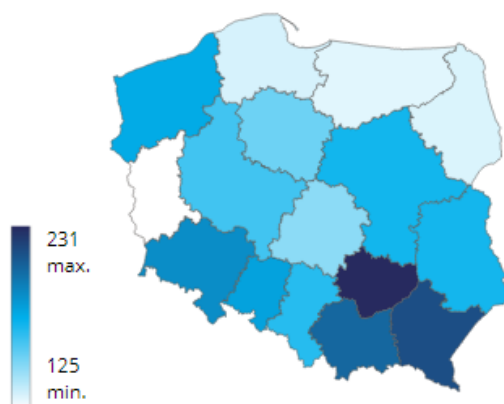
Liczba wszystkich fizjoterapeutów pracujących w podmiotach leczniczych wynosiła 66,3 tys. Liczba fizjoterapeutów aktywnych zawodowo na 100 tys. ludności w 2019 r. wynosiła średnio 172.

Liczba fizjoterapeutów przypadających średnio na mieszkańca była zróżnicowana regionalnie. Województwa, w których wskaźnik na 100 tys. miał największą wartość, to świętokrzyskie (231), podkarpackie (217) i małopolskie (207). Z kolei najmniej przypadało w województwach: lubuskim (125), warmińsko-mazurskim (132) oraz podlaskim (133). Wskaźnik ten w województwie świętokrzyskim było o 84% niż w lubuskim.

Powyższe dane nie pokrywają się ze statystykami międzynarodowymi, co prawdopodobnie wynika z różnic metodologicznych, utrudniając obiektywne porównania. Według Eurostatu i OECD Rzeczpospolita Polska w 2017 r. posiadała 26,5 tys. fizjoterapeutów, co daje 69,8 fizjoterapeutów na 100 tys. ludności i stawia nasz kraj w środku unijnego rankingu.

Najwyższy wynik pod tym względem posiadały Niemcy (227,5 fizjoterapeutów na 100 tys. ludności), a najniższy Rumunia (8,2).^{251 252}

Rysunek 266. Liczba fizjoterapeutów na 100 tys. ludności w województwach



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych KIF i GUS

Tabela 87. Liczba fizjoterapeutów

Województwo	Liczba fizjoterapeutów	na 100 tys. ludności	Średni wiek fizjoterapeuty
dolnośląskie	5 562	191,8	38
kujawsko-pomorskie	3 224	155,6	38
lubelskie	3 669	174,0	36
lubuskie	1 269	125,4	38
łódzkie	3 662	149,2	37
małopolskie	7 056	206,9	37
mazowieckie	9 459	174,4	37
opolskie	1 804	183,6	36
podkarpackie	4 605	216,5	37
podlaskie	1 568	133,1	35
pomorskie	3 139	133,9	37
śląskie	7 693	170,3	37
świętokrzyskie	2 848	230,8	37
warmińsko-mazurskie	1 874	131,7	37
wielkopolskie	5 761	164,7	36
zachodniopomorskie	3 057	180,2	38

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych KIF i GUS

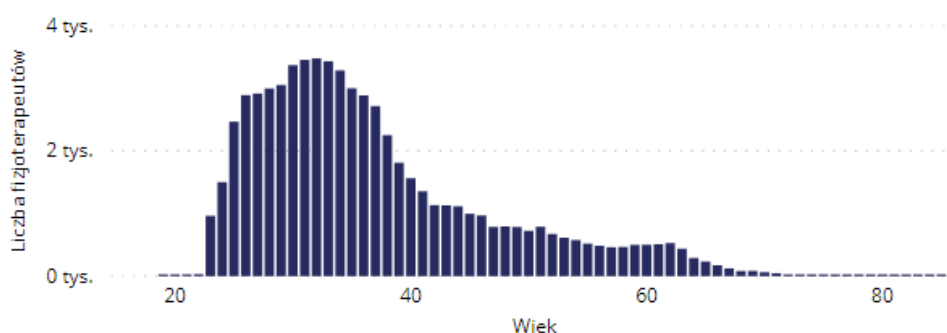
²⁵¹ OECD, Health Workforce Statistic Database, dostęp w dniu 23.06.2020 r.

²⁵² Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, dostęp w dniu 23.06.2020 r.

Średni wiek fizjoterapeutów aktywnych zawodowo w Polsce wynosił 37 lat. Fizjoterapeuci w przedziale wiekowym 25-35 lat stanowili 51,9 % aktywnych zawodowo, co świadczy o wysokim natężeniu młodych fizjoterapeutów w polskim systemie ochrony zdrowia.

Fizjoterapeuci w wieku emerytalnym stanowili relatywnie mało znaczącą grupę w stosunku do ogółu fizjoterapeutów aktywnych zawodowo. Najwyższy odsetek tego wskaźnika wśród województw miał wartość 6% w województwie zachodniopomorskim, lubuskim oraz kujawsko-pomorskim. Rozkładu wieku fizjoterapeutów pokazuje stosunkowo wysoki przyrost młodych fizjoterapeutów do 32. roku życia oraz relatywnie niewielką liczbę fizjoterapeutów po 40. roku życia.

Rysunek 267. Rozkład wieku fizjoterapeutów w Polsce



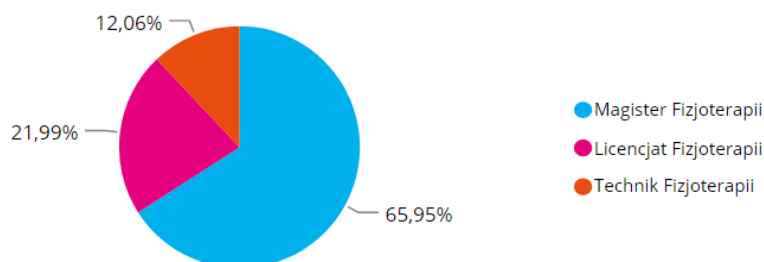
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych KIF

Kształcenie fizjoterapeutów

Z danych GUS wynika, że w latach 2014–2018 (brak danych za 2017 r.) liczba studentów fizjoterapii (suma wszystkich lat studiów razem z cudzoziemcami) osiągała rocznie od 24 tys. do 29 tys. i miała tendencję spadkową. Liczba studentów na fizjoterapii na jednym roku studiów mieściła się w przedziale od 4 804 do 5 793²⁵³. Z rozkładu wieku wynika, że liczba młodych fizjoterapeutów w 2019 r. w przedziale wieku 23-26 lat wynosiła od 964 do 2 893. Wartości te są znacznie niższe niż oczekiwana liczba absolwentów, co może wynikać m.in. z uwzględnienia w liczbie studentów cudzoziemców.

Liczba fizjoterapeutów decydujących się na studia magisterskie stanowiła największy udział w stosunku do ogółu i osiągała wartość 66%. Stosunkowo dużą grupę stanowili również absolwenci studiów licencjackich na kierunku fizjoterapia (22%). Technicy fizjoterapii tworzyli grupę o niskim udziale w całości (12%).

²⁵³ Szkolnictwo wyższe w latach 2013-2018, Bazy danych, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/>, dostęp w dniu 01.06.2020 r.

Rysunek 268. Struktura tytułów zawodowych fizjoterapeutów w 2019 r.

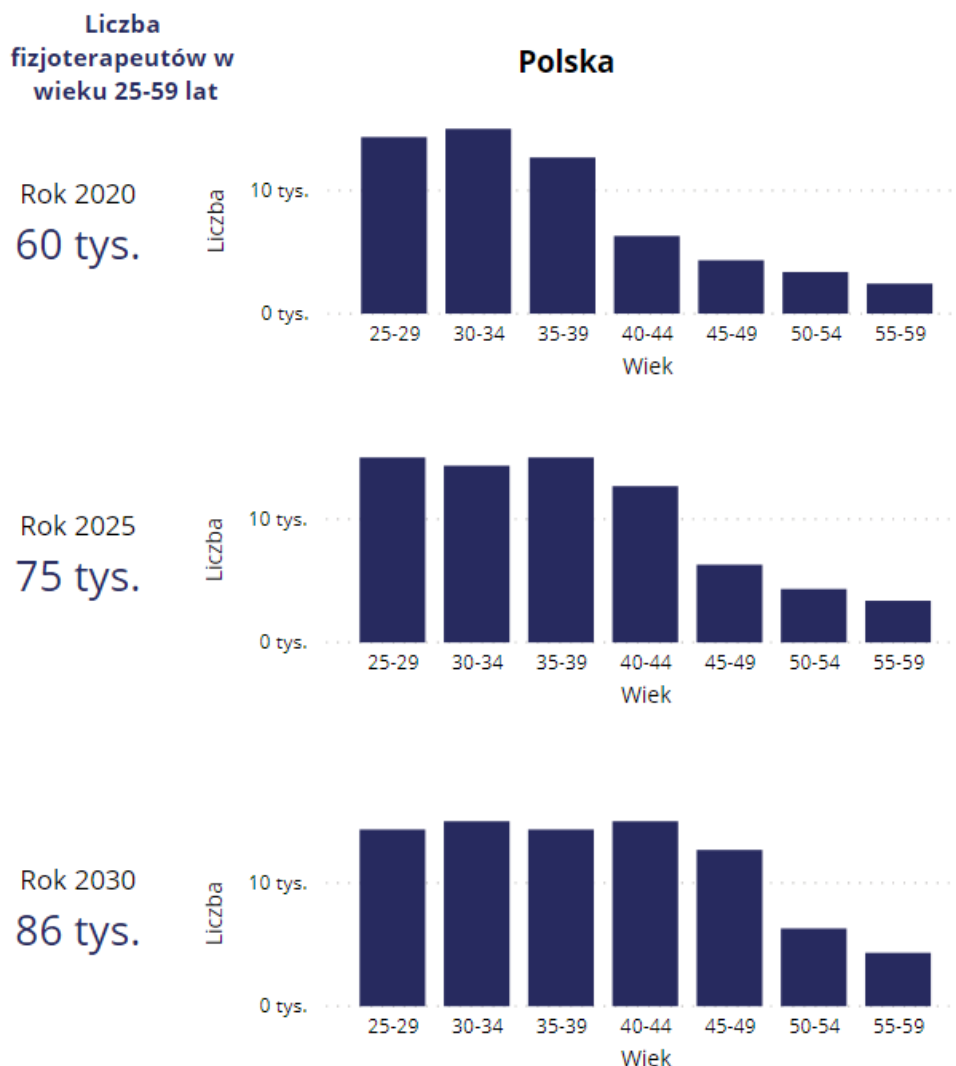
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych KIF

Prognoza

W celu oszacowania liczby fizjoterapeutów w 2025 r. i 2030 r. do wieku fizjoterapeutów dodano odpowiednio 5-10 lat oraz przyjęto, że liczba fizjoterapeutów poniżej 35. roku życia w 2030 r. jest równa liczbie fizjoterapeutów osiągających ten sam wiek w 2020 r. Na potrzeby analizy założono, że fizjoterapeuci nie odchodzą z rynku pracy przed 59. rokiem życia.

Liczba fizjoterapeutów w przedziale wiekowym 25-39 lat w 2019 r. była znacznie wyższa niż w przedziale wiekowym 40-59 lat. W 2025 r. to zjawisko będzie się powtarzało, a całkowita liczba fizjoterapeutów aktywnych zawodowo będzie wyższa o 15 tys. (25%) niż w 2020 r. W 2030 r. całkowita liczba fizjoterapeutów aktywnych zawodowo w wieku 25-59 lat będzie o 26 tys. (43%) wyższa. Przygotowana prognoza pokazuje możliwość stopniowego wzrostu liczby fizjoterapeutów na przestrzeni lat.

Rysunek 269. prognozowany rozkład liczby fizjoterapeutów aktywnych zawodowo w przedziale wiekowym 25-59 lat w 2025 r., 2030 r.

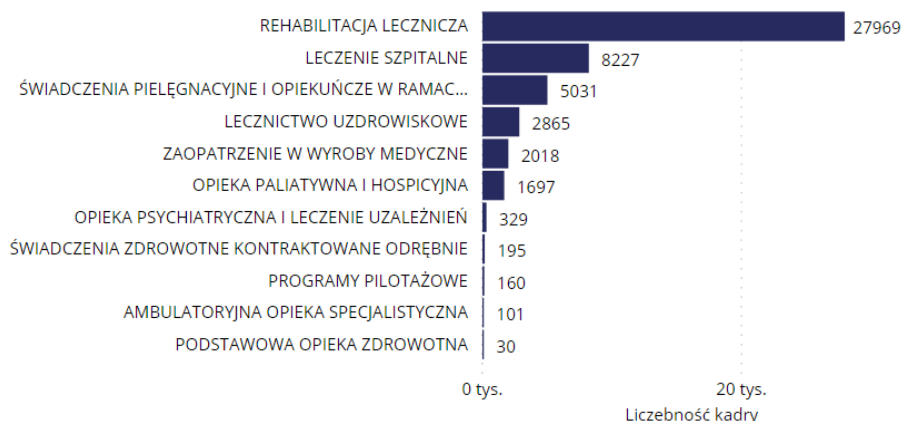


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych KIF

Fizjoterapeuci funkcjonujący w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej NFZ

Fizjoterapeuci zatrudnieni w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2019 r. stanowili 58% fizjoterapeutów aktywnych zawodowo. Największa liczba fizjoterapeutów pracowała w ramach udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej (28 tys.), na drugim miejscu znajdowały się świadczenia leczenia szpitalnego z liczbą 8,2 tys. Analizując liczbę fizjoterapeutów ze względu na typ komórki w jakiej pracowali, znacząca grupa fizjoterapeutów znajdowała zatrudnienie w dziale (pracowni) fizjoterapii (22,2 tys.) oraz w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej (6,7 tys.)

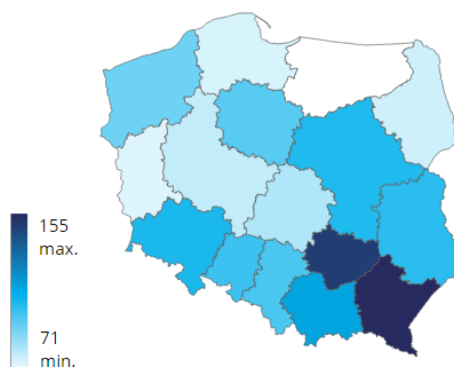
Rysunek 270. Liczba fizjoterapeutów zatrudnionych wg rodzaju świadczeń na jakie została podpisana umowa



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Liczba fizjoterapeutów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ była silnie zróżnicowana regionalnie: w województwie podkarpackim zanotowano o 118% więcej fizjoterapeutów na 100 tys. ludności niż w województwie warmińsko-mazurskim (155 vs. 71).

Rysunek 271. Liczba fizjoterapeutów na 100 tys. zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w województwach



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

Tabela 88. Liczba fizjoterapeutów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ

Województwo	Kadra na 100 tys. ludności	Liczebność kadry
dolnośląskie	108,9	3 158
kujawsko-pomorskie	98,8	2 047
lubelskie	106,2	2 238
lubuskie	76,7	776
łódzkie	84,5	2 074
małopolskie	116,8	3 985
mazowieckie	108,2	5 869
opolskie	103,6	1 018
podkarpackie	155,2	3 301
podlaskie	79,4	936
pomorskie	78,0	1 828
śląskie	101,2	4 574
świętokrzyskie	149,3	1 842
warmińsko-mazurskie	71,4	1 016
wielkopolskie	81,4	2 847
zachodniopomorskie	95,3	1 616

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

12.6. Podsumowanie

Sytuacja kadry medycznej w Rzeczypospolitej Polskiej jest trudna. Największe wyzwania niosą m.in. ryzyko spadku liczby lekarzy specjalistów, liczby pielęgniarek i liczby położnych, nierówne rozmieszczenie regionalne, a także zbyt mała liczba lekarzy specjalistów z wybranych dziedzin medycyny oraz lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego.

12.7. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Analizowana kadra medyczna charakteryzuje się stosunkowo wysokim średnim wiekiem w grupie lekarzy, lekarzy dentyistów oraz pielęgniarek. Wśród pielęgniarek i lekarzy średni wiek wynosił 50 lat. Lekarze dentyści stanowili młodszą grupę zawodową o 4 lata – średni wiek lekarzy dentyistów wynosił 46 lat. Wartości te świadczą o znacznej grupie osób, która osiągnęła już wiek emerytalny lub osiągnie go w przeciągu kilkunastu lat. Jednocześnie wskazuje to na mały udział młodych osób w kadrze medycznej.

Jednym z głównych problemów jest spadek liczby pielęgniarek oraz liczby położnych w najbliższych latach. Szacuje się, że w ciągu najbliższych 10 lat liczba pielęgniarek w wieku 25-59 lat spadnie o 33%, a liczba położnych o 24%. Przy zmniejszającym się poziomie

dietności liczba położnych na takim samym poziomie jak obecnie, może nie być konieczna, lecz w perspektywie starzejącego się społeczeństwa brak pielęgniarek może nieść poważne konsekwencje dla funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

Od 2015 r. zauważalna była tendencja spadkowa wchodzenia na rynek nowych lekarzy specjalistów. Specjaliści z wielu dziedzin przechodząc na emeryturę mogą nie być zastępowani nowymi lekarzami specjalistami. Największa różnica może być szczególnie wyraźna w obszarze chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii ogólnej, położnictwie i ginekologii oraz chorobach płuc.

Z rekomendacji konsultantów krajowych wynika, że najwięcej lekarzy specjalistów brakuje w następujących dziedzinach medycyny: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, psychiatria, medycyna pracy oraz geriatrya. Analizując kwestie różnicy pomiędzy lekarzami specjalistami osiągającymi wiek emerytalny a lekarzami uzyskującymi tytuł specjalisty oraz zapotrzebowania zgłoszonego przez konsultantów krajowych, największe zapotrzebowanie na miejsca specjalizacyjne w 2020 r. oszacowano w chorobach wewnętrznych (17 343 miejsc specjalizacyjnych), medycynie rodzinnej (6 552 miejsc specjalizacyjnych) oraz psychiatrii (3 267 miejsc specjalizacyjnych). Należy zaznaczyć, że utworzenie miejsc specjalizacyjnych nie wiąże się z szybkim przyrostem lekarzy specjalistów. Kształcenie jest długotrwałym procesem, a minimalny czas szkolenia specjalizacyjnego wynosi od 4 do 10 lat w zależności od rodzaju specjalizacji.

Na podstawie rozkładu wieku można zauważyć, że młodzi fizjoterapeuci są liczną grupą. Dodatkowo z przeprowadzonej prognozy wynika, że liczba ta, przy zachowaniu obecnych trendów, powinna wzrastać na przestrzeni 10 lat.

Liczba kadry medycznej na 100 tys. ludności różni się pomiędzy województwami w każdym z analizowanych zawodów – lekarzy, lekarzy dentyści, pielęgniarek, położnych oraz fizjoterapeutów. W przypadku wszystkich zawodów występuje silne zróżnicowanie terytorialne.

Część kadry medycznej nie była zatrudniona w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ. Najmniejszy udział kadry zatrudnionej w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ stanowili lekarze dentyści (47% lekarzy dentyści aktywnych zawodowo) oraz fizjoterapeuci (58% fizjoterapeutów aktywnych zawodowo). Sytuacja jest lepsza w grupie pielęgniarek oraz położnych – było to odpowiednio 81% i 80%. Pomimo że lekarze zatrudnieni w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ stanowią stosunkowo duży udział (87%), przy głębszej analizie jest widoczny problem w poszczególnych specjalizacjach.

12.8. Rekomendowane kierunki działań

→ Wzrost liczby kadry medycznej oraz zaspokojenie kluczowych potrzeb kadrowych osiągnięte przez:

- podjęcie aktywnej i zdecydowanej polityki w celu zwiększenia liczby pracujących pielęgniarek. W szczególności zwiększenie liczby osób studiujących pielęgniarstwo oraz podjęcie działań mających na celu powrót do wykonywania zawodu pielęgniarki osób, które zrezygnowały z jego wykonywania przed przejściem na emeryturę;
 - opracowanie planu tworzenia miejsc specjalizacyjnych mającego na celu osiągnięcie w perspektywie kilku lat optymalnej liczby lekarzy specjalistów. Jednocześnie miejsca specjalizacyjne powinny być tworzone odpowiednio do wskaźników epidemiologicznych: zapadalności, chorobowości itp. oraz liczby mieszkańców w regionach;
 - aktualizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny poprzez dodanie do listy dziedzin, w których oszacowano potrzebę na nowe miejsca specjalizacyjne na co najmniej 200 w skali kraju i którymi są: medycyna pracy, audiologia i foniatria, położnictwo i ginekologia, choroby płuc, farmakologia kliniczna, mikrobiologia lekarska, immunologia kliniczna, diabetologia, nefrologia, farmakologia kliniczna, balneologia i medycyna fizykalna, zdrowie publiczne;
 - tworzenie miejsc na odpowiednich kierunkach studiów, w szczególności w regionach, gdzie liczba personelu medycznego znacznie odbiega od średniej dla kraju. Należy jednocześnie mieć na uwadze zapewnienie odpowiedniej jakości kształcenia poprzez określenie standardów oraz ich weryfikację przez egzaminy państwowe;
 - rozważenie modyfikacji/skrócenia procesu kształcenia, tak aby absolwenci kierunku lekarskiego mogli szybciej pracować jako samodzielni lekarze;
- poprawa wydajności pracy kadry medycznej osiągnięta przez:
- zmiany zakresu obowiązków wśród lekarzy i pielęgniarek, które pozwolą na przekazanie niektórych zadań lekarzy na pielęgniarki lub asystentów czy opiekunów medycznych;
 - przekazanie niektórych zadań lekarzy z zakresu opieki nad osobami przewlekle chorymi farmaceutom poprzez stworzenie kompleksowego systemu opieki farmaceutycznej oraz wzrost roli farmaceutów w leczeniu chorych;
 - rozważenie modyfikacji systemu zdobywania specjalizacji lekarskich oraz dodanie możliwości certyfikacji poszczególnych umiejętności pomimo braku posiadania tytułu w danej dziedzinie;
 - zapewnienie narzędzi usprawniających pracę lekarzy: sprzętu, aplikacji przyspieszających proces stawiania diagnozy, obliczania dawek leków i okresu przyjmowania ich przez pacjenta oraz aplikacji zwiększających poziom współpracy między lekarzami różnych specjalizacji zaangażowanych w proces

leczenia jednego pacjenta, szersze uwzględnienie automatyzacji i telemedycyny w programach kształcenia lekarzy;

- promocja zawodu pielęgniarki;
- stworzenie stypendiów dla części studentów, którzy zobowiążą się do pracy w zawodzie przez określony czas;
- tworzenie zachęt do pracy lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych w regionach, w których zidentyfikowano istotne deficyty w tym zakresie;
- stworzenie programu selektywnego przyciągania do Rzeczypospolitej Polskiej zagranicznych specjalistów z dziedzin deficytowych.

13. Sprzęt medyczny

Zasoby sprzętowe są jednym z kluczowych elementów niezbędnych do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w kraju. Sprzęty o szczególnym znaczeniu zostały wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. i stanowią one priorytet dla przeprowadzanych analiz²⁵⁴. W szczególności zwrócono uwagę na akceleratory liniowe, angiografy, aparaty do brachyterapii, aparaty ECMO, gammakamery, mammografy, aparaty PET, rezonanse magnetyczne, RTG, tomografy komputerowe oraz USG. Wszystkie wymienione sprzęty (z wyjątkiem ECMO, który jest specjalistycznym sprzętem służącym do pozaustrojowego utlenowania krwi pozwalającym zastąpić przez pewien czas pracę płuc lub serca) mają szerokie zastosowanie w radiologii i diagnostyce obrazowej oraz w radioterapii.

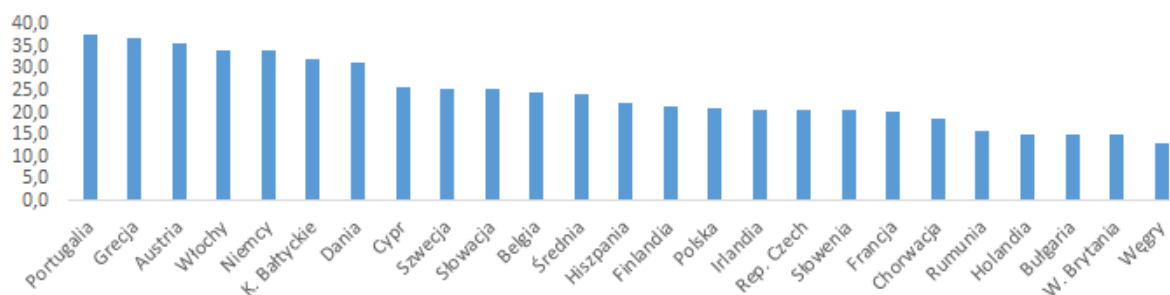
Największym wyzwaniem, które wiąże się z każdą nową inwestycją w sprzęt medyczny, jest zapewnienie efektywnej alokacji zasobów w taki sposób, aby te inwestycje były jak najbardziej optymalne z punktu widzenia całego społeczeństwa (czyli dążyły do maksymalizacji wykorzystania jednocześnie ograniczając różnicowanie w dostępie do świadczeń na terenie całego kraju). Należy podkreślić, że sprzęt medyczny jest jednym z elementów składających się na kompleksową opiekę medyczną, a do jego efektywnego wykorzystywania niezbędna jest odpowiednio wykwalifikowana kadra.

Porównanie międzynarodowe

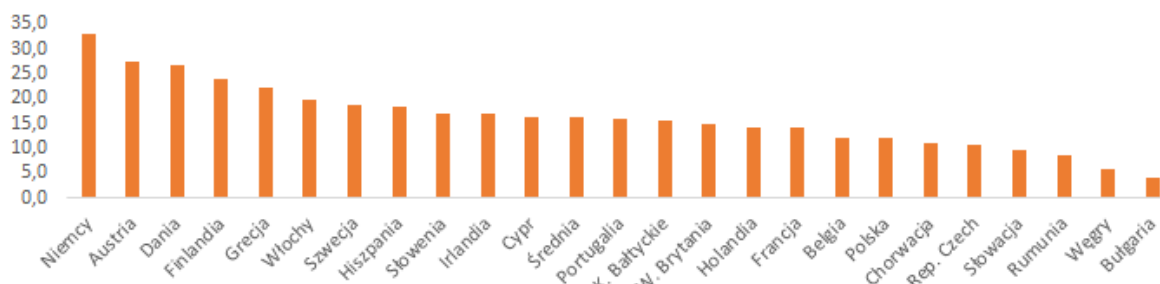
Zgodnie z raportem COCIR²⁵⁵ pt. *Medical Imaging Equipment Age Profile & Density* z 2019 r. Rzeczpospolita Polska znajdowała się poniżej średniej dla wybranych krajów europejskich w kategorii gęstości posiadanych tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych, angiografów oraz aparatów PET. Dla tomografów komputerowych oraz angiografów Rzeczpospolita Polska znajduje się na 14. miejscu wśród wymienionych krajów. Zdecydowanie gorzej sytuacja wygląda dla rezonansów magnetycznych oraz aparatów PET – w tych przypadkach nasz kraj znajduje się odpowiednio na 18. oraz 19. miejscu.

²⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz zakresu informacji o tych wyrobach, Dz. U. 2012 poz. 895, Internetowy System Aktów Prawnych, <http://isap.sejm.gov.pl>, dostęp w dniu 04.06.2020 r.

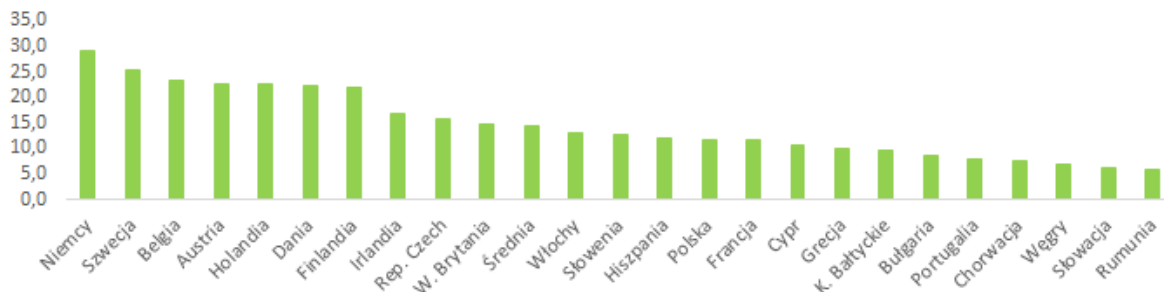
²⁵⁵ European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry. https://www.cocir.org/fileadmin/Publications_2019/19076_COC_AGE_PROFILE_web.pdf, dostęp w dniu 04.06.2020 r.

Rysunek 272. Gęstość tomografów komputerowych na 1 mln ludności.

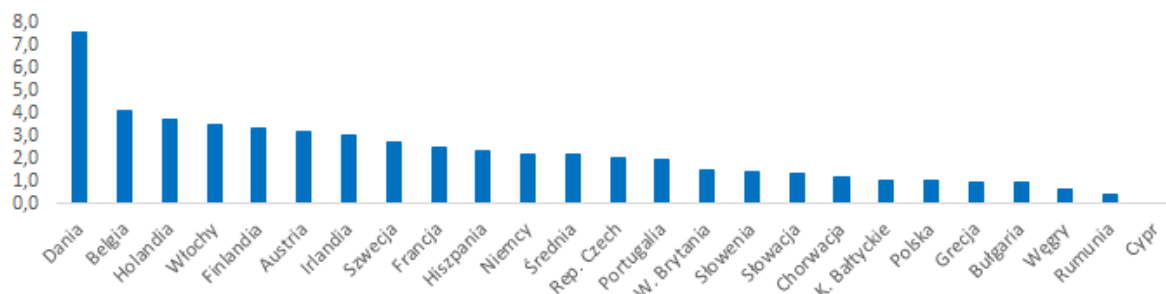
Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Rysunek 273. Gęstość rezonansów magnetycznych na 1 mln ludności.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Rysunek 274. Gęstość angiografów na 1 mln ludności

Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Rysunek 275. Gęstość aparatów PET na 1 mln ludności.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

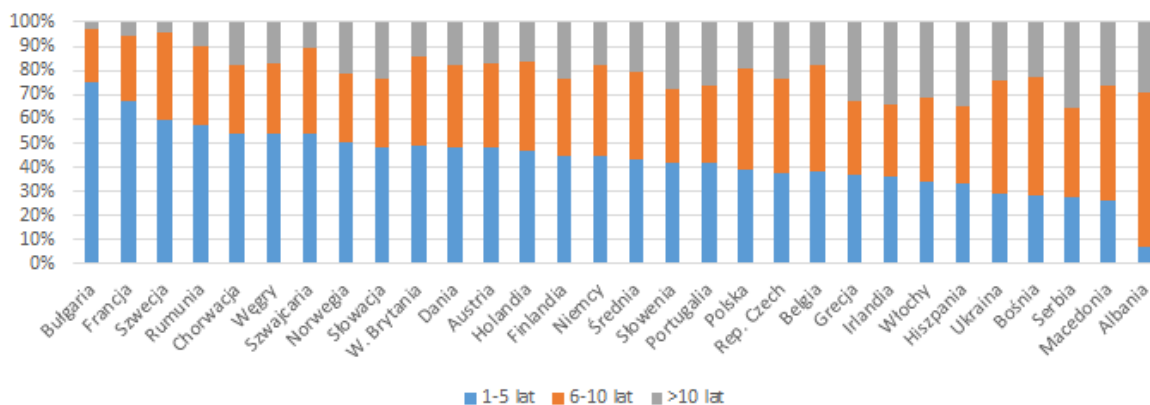
Drugą ważną kwestią, którą należy uwzględnić przy analizie stanu infrastruktury sprzętowej, jest rozkład wieku danego sprzętu w kraju. Według COCIR należy dążyć do spełnienia następujących “złotych reguł” (“COCIR Golden Rules”):

- 1) co najmniej 60% posiadanej bazy sprzętów powinna być w wieku do 5 lat (sprzęt “młody”),
- 2) nie więcej niż 30% posiadanej bazy sprzętów powinna być starsza niż 5 i młodsza niż 10 lat,
- 3) nie więcej niż 10% posiadanej bazy sprzętów powinna być w wieku powyżej 10 lat (sprzęt “stary”).

Wiek sprzętu jest bardzo istotny ze względu na kwestie technologiczne – nowe sprzęty zapewniają lepszą jakość wykonywanych procedur medycznych, natomiast stare posiadają wiele dodatkowych ograniczeń często związanych z brakiem możliwości odpowiedniego serwisowania i z tego powodu nie są w stanie wykonywać procedur na efektywnym poziomie.

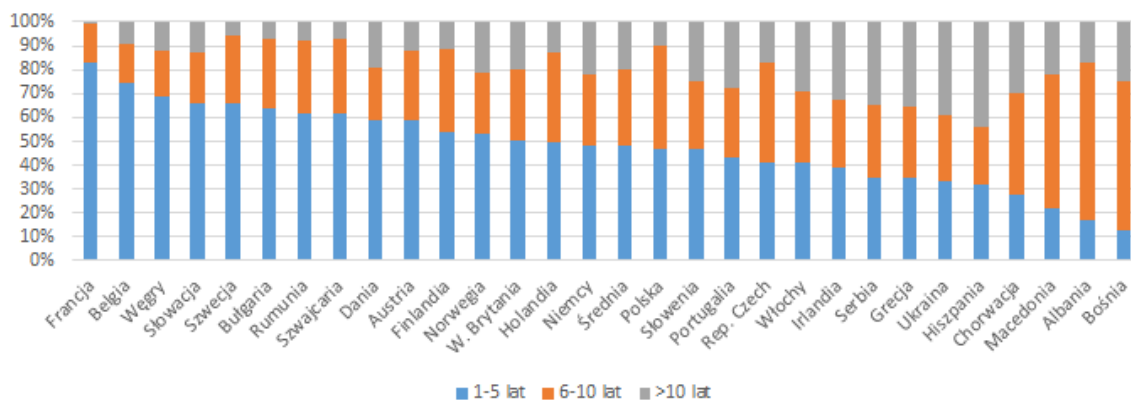
Warto zauważyć, że w Polsce widać efekty inwestycji poczynionych w ostatnich latach ze środków publicznych, w tym budżetu państwa i środków europejskich. Dla tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz aparatów PET, pomimo niższego niż średni udział sprzętów “młodych” występuje również niższy niż średni udział sprzętów “starych”. Ponadto dla angiografów udział sprzętów “młodych” jest wyższy niż średni. We wszystkich wymienionych przypadkach zagregowana liczba sprzętów “młodych” i w wieku 5-10 lat jest wyższa niż średnia europejska. Oznacza to, że kondycja istniejącej bazy wymienionych sprzętów diagnostycznych jest lepsza niż przeciętna dla wybranych krajów europejskich.

Rysunek 276. Rozkład wieku tomografów komputerowych.



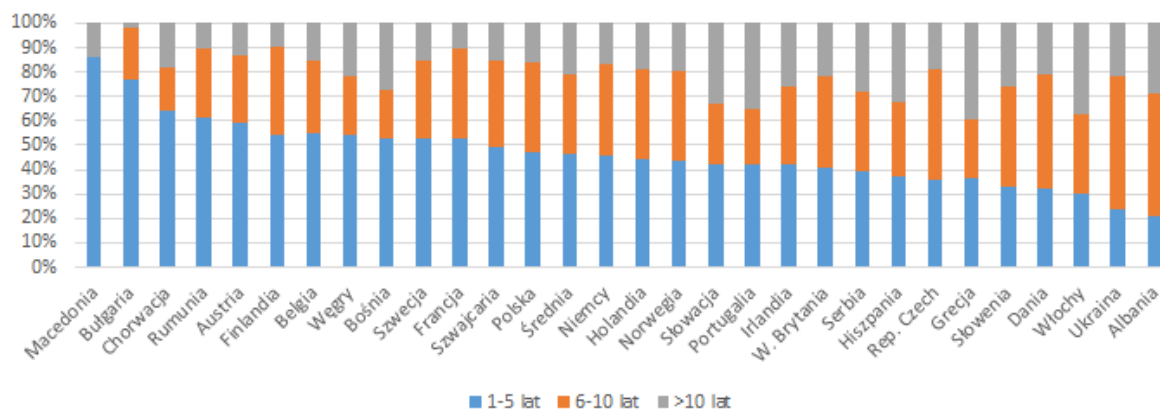
Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Rysunek 277. Rozkład wieku rezonansów magnetycznych.



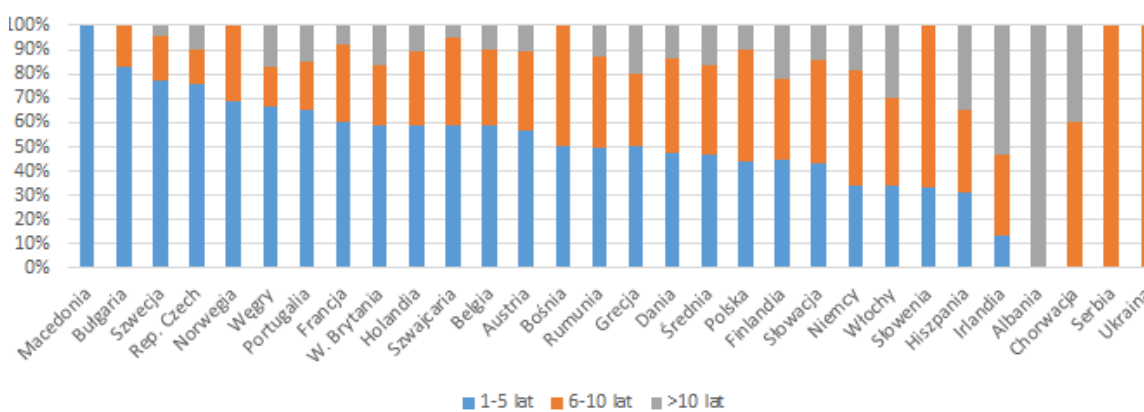
Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Rysunek 278. Rozkład wieku angiografów.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Rysunek 279. Rozkład wieku aparatów PET.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

13.1. Wiek i eksploatacja sprzętów medycznych

Wykresy dla poszczególnych sprzętów zaprezentowane poniżej zostały opracowane na podstawie średnich wartości dla powiatów według danych za 2019 r.

Tabela 89. Stan zasobów sprzętowych w Polsce w 2019 r.

Sprzęt	Liczba	Liczba na 100 tys. ludności	Średni wiek	Średnia liczba wykonanych procedur
akcelerator liniowy	168	0,44	6,87	1 132
angiograf	374	0,97	8,13	613
aparat do brachyterapii	54	0,14	10,10	442
ECMO	66	0,17	7,58	8
gammakamera	162	0,42	10,53	925
mammograf	756	1,97	8,30	1 435
PET	32	0,08	6,72	1 966
rezonans magnetyczny	404	1,05	7,02	2 430
RTG	8 558	22,30	10,42	1 200
tomograf komputerowy	774	2,02	7,18	4 155
USG	14 102	36,74	10,16	960

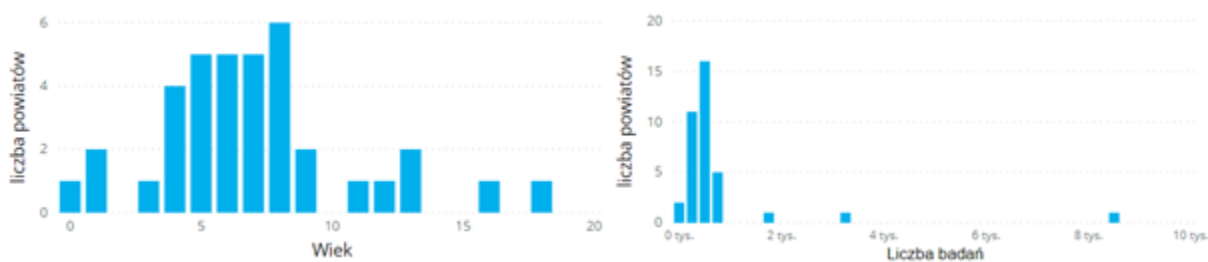
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, sprawozdań MZ-29, MZ-11, raportu Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej oraz SIMP

Akcelerator liniowy

Rozkład wieku akceleratorów liniowych pokazuje, że w większości powiatów średni wiek sprzętów wynosi mniej niż 10 lat. Wskazuje to na to, że w tych powiatach są techniczne możliwości aby przeprowadzać procedury medyczne w efektywny sposób. Z drugiej strony można zauważyć, że w jednym powiecie średni wiek sprzętu wynosi prawie 20 lat.

W większości powiatów średnia roczna wykonywana liczba procedur wynosi do 2 000, natomiast tylko dla dwóch powiatów ta wartość jest znacznie wyższa.

Rysunek 280. Rozkład wieku oraz eksploatacji akceleratorów liniowych – średnie wartości w powiatach.

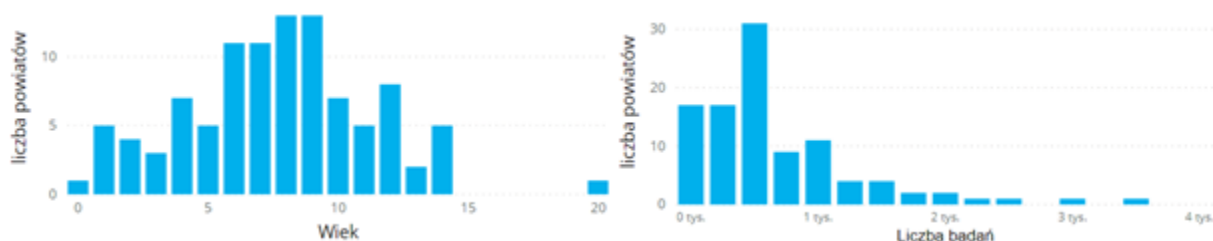


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Angiograf

Rozkład wieku angiografów pokazuje, że w większości powiatów średni wiek sprzętów wynosi mniej niż 10 lat. Natomiast najczęstszy wiek angiografów to ten z przedziału od 5 do 10 lat, co wskazuje na to, że w przeciągu najbliższych kilku lat baza angiografów znacząco się zestarzeje, co może skutkować przeprowadzeniem procedur z użyciem tych sprzętów w mniej efektywny sposób niż dotychczas. Rozkład liczby wykonywanych procedur pokazuje, że w większości powiatów wykonuje się średnio do 2 000 procedur rocznie, natomiast w kilku powiatach wartość ta jest znacznie wyższa.

Rysunek 281. Rozkład wieku oraz eksploatacji angiografów – średnie wartości w powiatach.

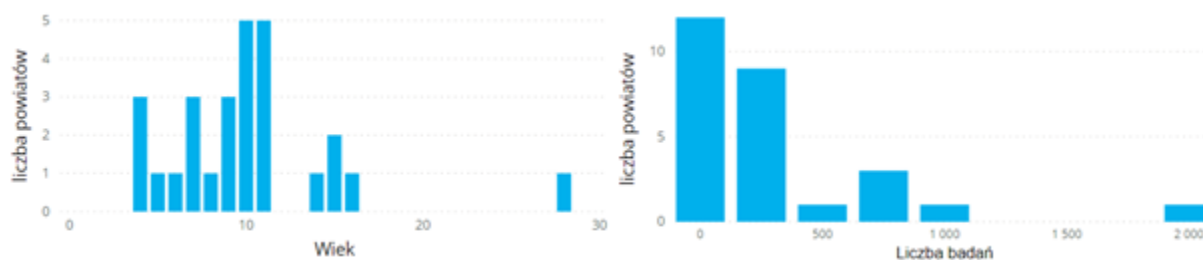


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Aparat do brachyterapii

Rozkład wieku aparatów do brachyterapii pokazuje, że w większości powiatów średni wiek sprzętów wynosi powyżej 5 lat, a w niektórych wynosi nawet 15 lat lub więcej. Oznacza to, że dla tego rodzaju sprzętu medycznego posiadamy stosunkowo starą bazę sprzętową w kraju. Rozkład liczby wykonywanych procedur pokazuje, że w większości powiatów wykonuje się średnio do 1 000 procedur rocznie, natomiast w jednym powiecie wykonuje się około 2 000 procedur rocznie.

Rysunek 282. Rozkład wieku oraz eksploatacji aparatów do brachyterapii – średnie wartości w powiatach.



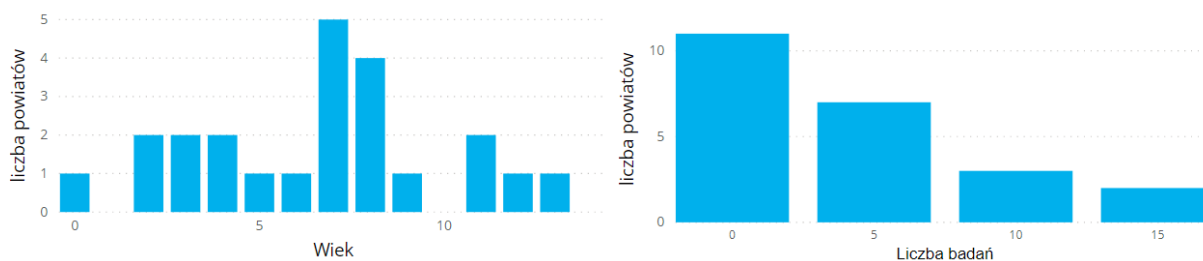
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

ECMO

Rozkład wieku aparatów ECMO pokazuje, że w większości powiatów średni wiek sprzętów wynosi poniżej 10 lat. Ponadto można zauważyć, że nie ma przypadków, w których średni wiek sprzętów w powiecie przekraczałby znacząco 10 lat.

Średnia roczna liczba badań dla aparatów ECMO we wszystkich powiatach jest zbliżona.

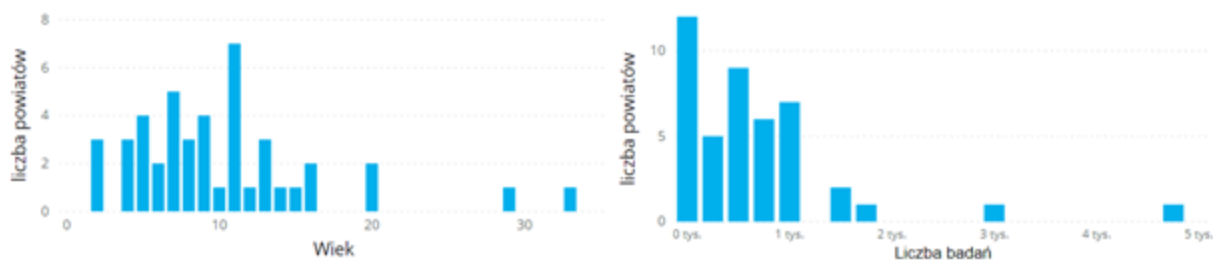
Rysunek 283. Rozkład wieku oraz eksploatacji aparatów ECMO – średnie wartości w powiatach.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Gammakamera

Rozkład wieku gammakamer pokazuje, że dla dużej części powiatów średni wiek sprzętu wynosi ponad 10 lat. Ponadto można zauważyć, że w kilku powiatach średni wiek sprzętu wynosi ok. 30 lat. Rozkład liczby wykonywanych procedur pokazuje, że w większości województw wykonuje się średnio do 2 000 procedur rocznie, natomiast w kilku powiatach wartość ta jest znacznie wyższa.

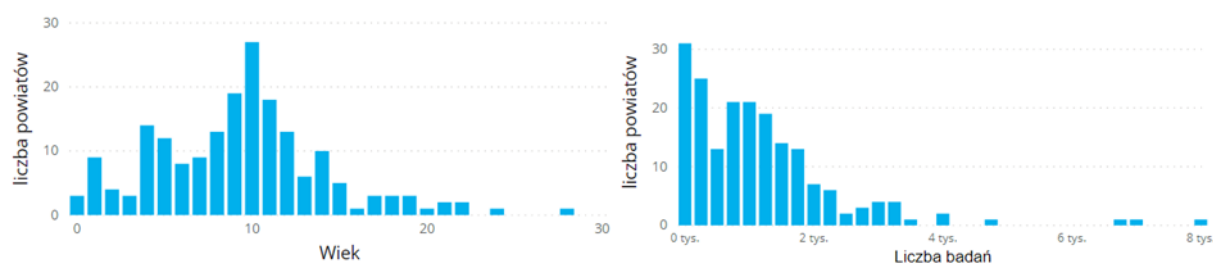
Rysunek 284. Rozkład wieku oraz eksploatacji gammakamer – średnie wartości w powiatach.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Mammograf

Rozkład wieku mammografów pokazuje, że kondycja sprzętów jest bardzo zróżnicowana na terenie całego kraju. Ponadto można zauważyć, że w kilkunastu powiatach średni wiek mammografów wynosi ponad 15 lat. Oznacza to, że w przeciągu kilku lat zapotrzebowanie na nowe mammografy może znacząco wzrosnąć ze względu na proces starzenia się sprzętu.

Rozkład liczby procedur pokazuje, że w większości województw wykonuje się średnio do 4 000 procedur rocznie, natomiast w kilku powiatach średnia liczba wykonywanych procedur jest znacząco wyższa. Ponadto w bardzo wielu powiatach średnia liczba procedur wykonywanych rocznie nie przekracza 500.

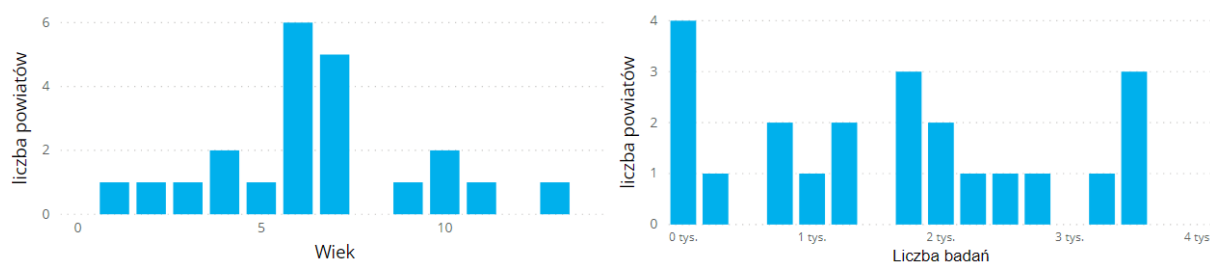
Rysunek 285. Rozkład wieku oraz eksploatacji mammografów – średnie wartości w powiatach.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

PET

Rozkład wieku aparatów PET pokazuje, że tylko w dwóch powiatach średni wiek sprzętów przekroczył 10 lat. Ponadto można zauważyć, że średnia liczba procedur przypadająca na jeden sprzęt w powiecie jest bardzo zróżnicowana.

Rysunek 286. Rozkład wieku oraz eksploatacji aparatów PET – średnie wartości w powiatach

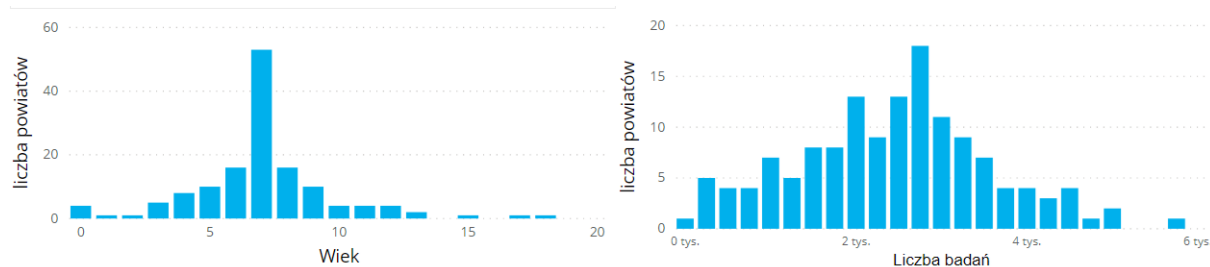


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rezonans magnetyczny

Rozkład wieku rezonansów magnetycznych pokazuje, że w większość powiatów średni wiek sprzętu nie przekracza 10 lat. Można zauważyć, że najczęściej występujący średni wiek sprzętu w powiecie to ok. 7 lat. Rozkład liczby wykonywanych procedur pokazuje, że w większości województw wykonuje się średnio do 4 000 procedur rocznie.

Rysunek 287. Rozkład wieku oraz eksploatacji aparatów PET – średnie wartości w powiatach.

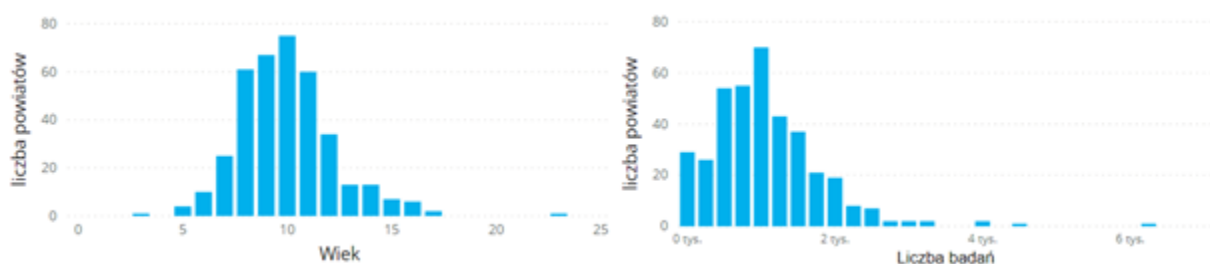


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

RTG

Rozkład wieku aparatów RTG pokazuje, że jedynie w kilku powiatach średni wiek sprzętu nie przekracza 5 lat. Ponadto średni wiek w kilku powiatach znacząco przekracza 10 lat. Można również zauważyć, że w większości powiatów średnia roczna wykonywana liczba procedur wynosi do 2 000, natomiast dla kilku powiatów ta wartość jest znacznie wyższa.

Rysunek 288. Rozkład wieku oraz eksploatacji RTG – średnie wartości w powiatach.

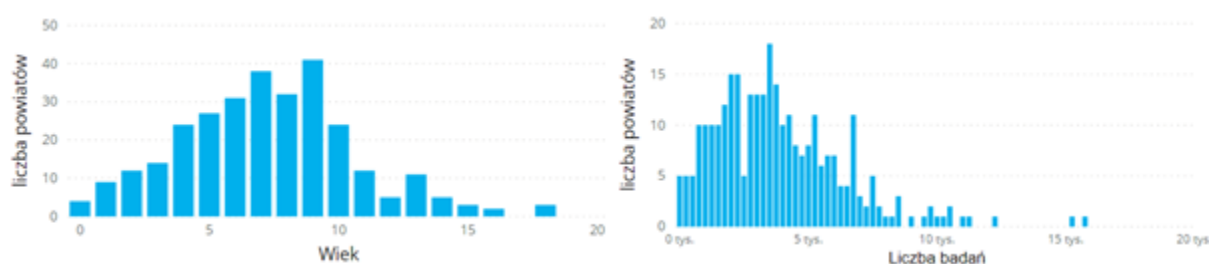


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Tomograf komputerowy

Rozkład średniego wieku dla tomografów komputerowych w poszczególnych powiatach wskazuje na to, że znaczna część infrastruktury jest w wieku poniżej 10 lat. Natomiast okresie najbliższych kilku lat niezbędne będą nowe inwestycje w zakresie zakupu tomografów komputerowych ze względu na przekroczenie przez znaczącą liczbę sprzętów granicznego wieku, który pozwala na efektywne wykonywanie badań. Analiza średniej liczby badań pokazuje, że w wielu powiatach jest potencjał na to, aby zwiększyć intensywność wykorzystywania posiadanego sprzętu.

Rysunek 289. Rozkład wieku oraz eksploatacji tomografów komputerowych – średnie wartości w powiatach.

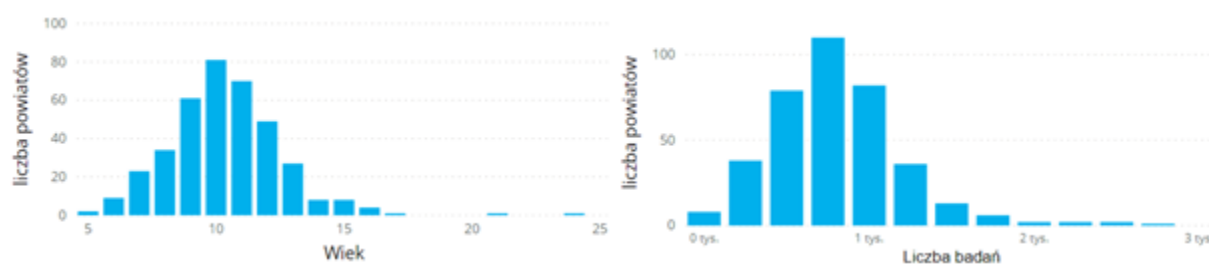


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

USG

Rozkład wieku aparatów USG pokazuje, że w żadnym powiecie średni wiek sprzętu nie wynosi mniej niż 5 lat. Ponadto można zauważyć, że w większości powiatów średni wiek aparatów USG jest równy 10 lub więcej lat, a średnia liczba badań nie przekracza 1 500, natomiast dla kilku powiatów ta wartość jest znacznie wyższa.

Rysunek 290. Rozkład wieku oraz eksploatacji USG- średnie wartości w powiatach.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

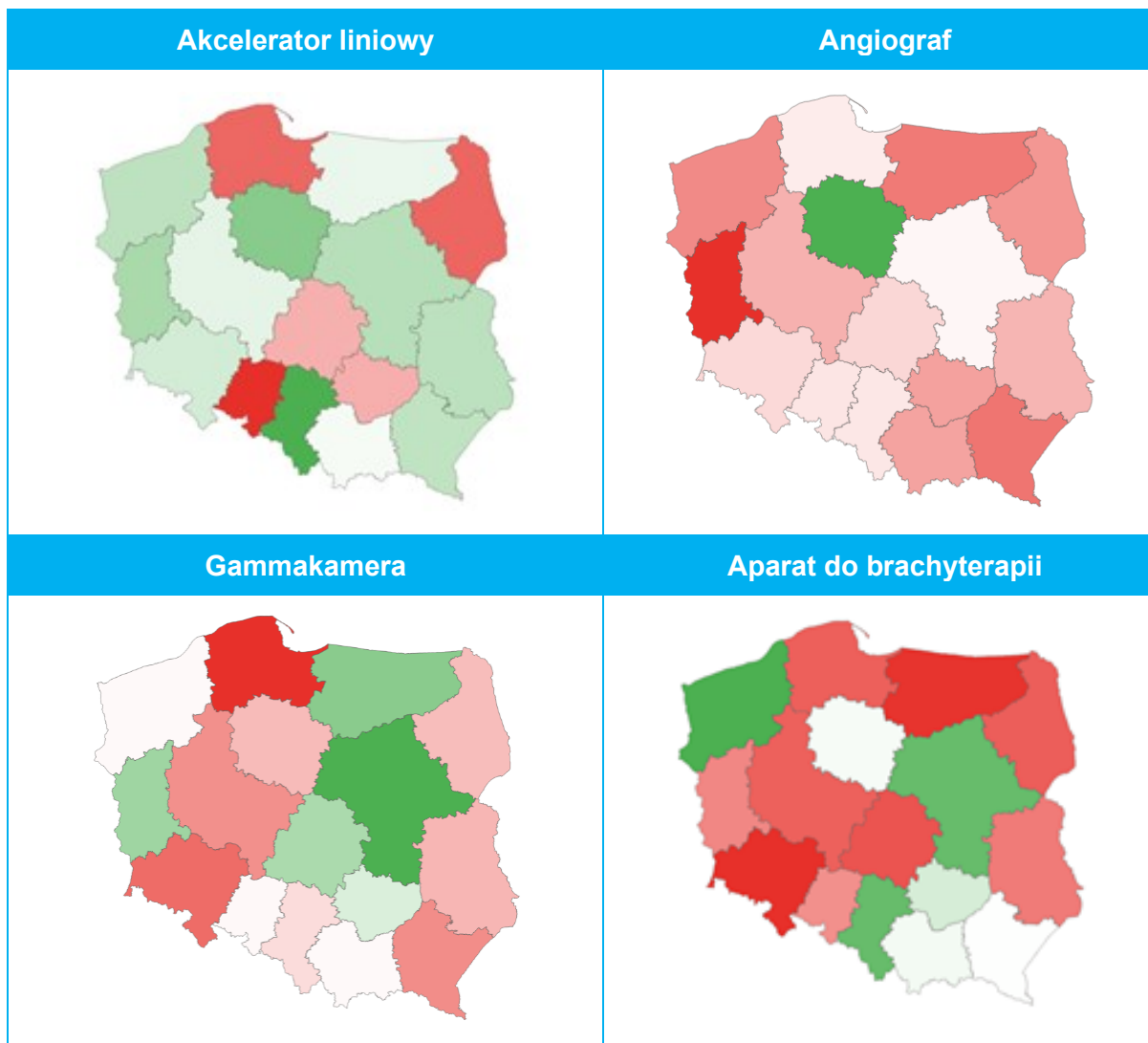
13.2. Gęstość sprzętów w województwach

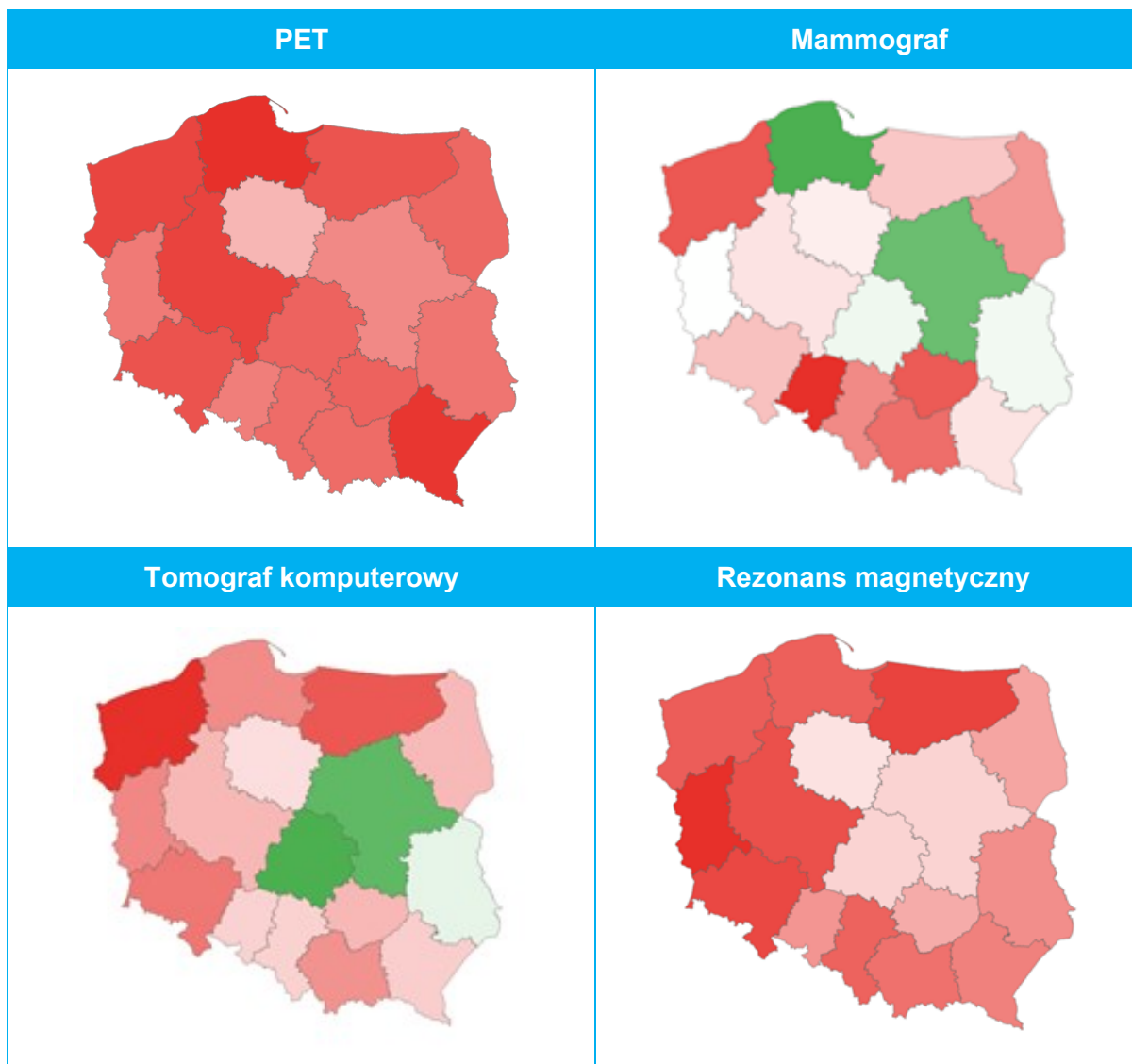
Poniższa mapa prezentuje gęstość (liczba sprzętów na 100 tys. ludności) wybranej grupy sprzętu w podziale na województwa w odniesieniu do wyznaczonej wartości referencyjnej (*benchmarku*). W przypadku, gdy gęstość w danym województwie jest powyżej *benchmarku*

jest ono zakolorowane na zielono, natomiast, gdy jest poniżej, to na czerwono. Intensywność koloru wyznacza jak bardzo oddalona od *benchmarku* jest gęstość w danym województwie.

Benchmarki zostały opracowane na podstawie mediany dla UE dla danych pochodzących z raportu COCIR lub z innych publikacji. W przypadku braku takiej informacji *benchmark* jest średnią dla kraju.

Rysunek 291. Gęstość wybranych sprzętów w podziale na województwa w odniesieniu do *benchmarku*.



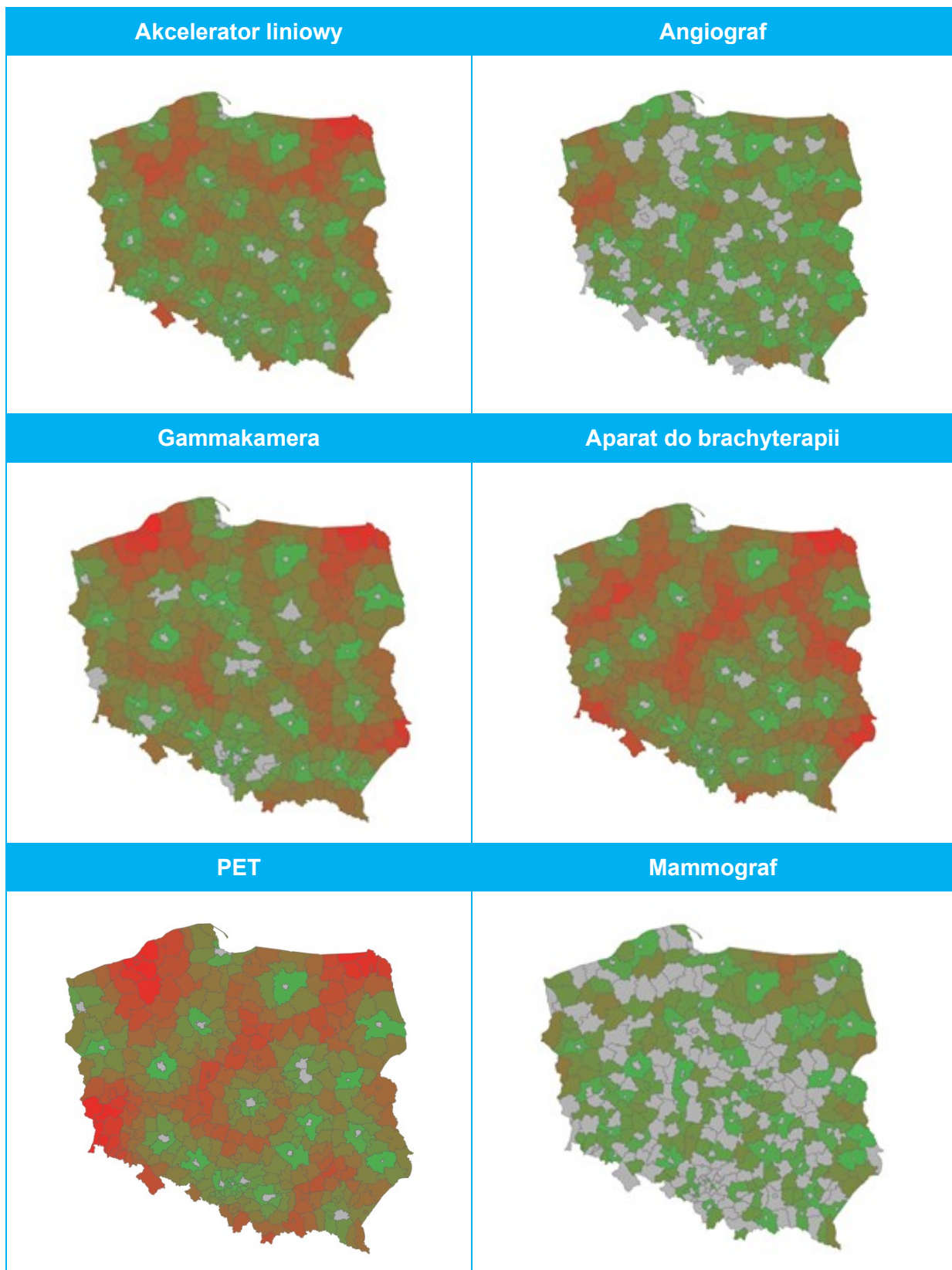


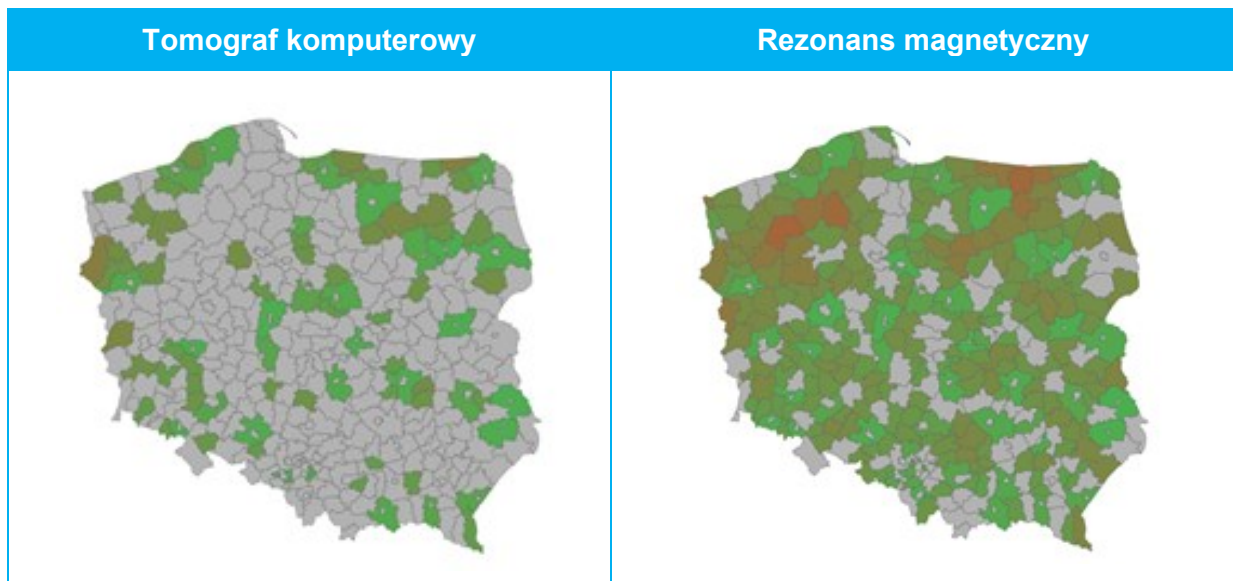
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Można zauważyć, że dla każdej grupy sprzętu występuje w Polsce bardzo duże zróżnicowanie pod kątem gęstości sprzętów w województwach w porównaniu do benchmarku. Można również wskazać grupy sprzętu, które we wszystkich województwach wykazują poziom poniżej benchmarku – aparaty PET oraz rezonanse magnetyczne.

13.3. Odległość od najbliższego sprzętu

Poniższe mapy prezentują odległości powiatów od powiatu, w którym znajduje się najbliższy wybrany sprzęt. Obszary zaznaczone na szaro oznaczają te, w których znajduje się co najmniej 1 sprzęt z wybranej grupy sprzętu, zaznaczone na zielono oznaczają obszary najmniej oddalone od obszarów szarych, a zaznaczone na czerwono oznaczają obszary najbardziej oddalone.

Rysunek 292. Odległość powiatów od powiatu, w którym znajduje się najbliższy sprzęt.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Można zauważyć, że sprzęt taki jak angiograf, mammograf, rezonans magnetyczny oraz tomograf komputerowy jest dość dobrze rozmieszczony. Maksymalna odległość od powiatu, w którym znajduje się sprzęt nie przekracza 85 km. Natomiast sprzęt taki jak akcelerator liniowy, aparat do brachyterapii, gammakamera oraz PET rozmieszczony jest głównie w dużych miastach wojewódzkich, gdzie znajdują się specjalistyczne szpitale i wykwalifikowana kadra. Oznacza to, że mieszkańców niektórych powiatów może dzielić ponad 150 km do najbliższego sprzętu.

13.4. Wymiana sprzętu

Priorytet do wymiany wyznaczany jest na podstawie wieku oraz liczby badań, które wykonywane są na danym sprzęcie. Dla sprzętów, które są intensywnie eksploatowane graniczny wiek, po osiągnięciu którego sprzęt otrzymuje wysoki priorytet do wymiany, jest niższy (np. jeśli tomograf komputerowy wykonuje powyżej 7,5 tys. badań rocznie, to powinien zostać wymieniony po przekroczeniu 10 lat, natomiast, gdy wykonuje poniżej 7,5 tys. badań rocznie po przekroczeniu 12 lat).

Tabela 90. Priorytet do wymiany wybranych sprzętów.

Priorytet do wymiany	Niski	Średni	Wysoki
TK	72,7%	11,2%	16,10%
AL	62,50%	33,90%	3,60%
angiograf	75,40%	1,60%	23%
aparat do brachyterapii	33,3%	59,3%	7,40%
gammakamera	59,30%	4,30%	36,40%
mammograf	51,10%	6,20%	42,70%
PET	75,0%	21,9%	3,1%
rezonans	80,4%	11,7%	7,90%
RTG	73,50%	1,30%	25,3%
USG	36,8%	2,4%	60,8%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Według danych za 2019 r. dla każdego z analizowanych sprzętów, z wyjątkiem USG i aparatów do brachyterapii, ponad 50% posiadanej bazy sprzętowej ma niski priorytet do wymiany. Wysoki priorytet do wymiany waha się od 3,1% dla PET do 60,8% dla USG.

13.5. Planowanie inwestycji w długiej perspektywie czasowej

Poniższa tabela pokazuje zapotrzebowanie na nowe inwestycje w zakresie poszczególnych grup sprzętu w 2023 r. i 2025 r. Zastosowano podejście polegające na wzięciu aktualnej bazy sprzętu i symulowaniu wieku danego sprzętu w przyszłości. Każdy sprzęt, którego wiek w danym wybranym roku przekroczy 10 lat, zostaje zaliczony do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty. Niezaopatrzenie w nowy sprzęt oznaczać będzie powiększanie się białych plam na mapie i znaczące ograniczenie dostępu do niezbędnych świadczeń.

Tabela 91. Zapotrzebowanie na nowe inwestycje.

Sprzęt	Zapotrzebowanie 2023 r.	% sprzętów w grupie sprzętów starych w 2023 r.	Zapotrzebowanie 2025 r.	% sprzętów grupie sprzętów starych w 2025 r.
Akcelerator liniowy	84	50%	105	62%
Angiograf	228	61%	267	71%
Aparat do brachyterapii	37	69%	40	74%
ECMO	49	74%	54	82%
Gammakamera	110	68%	135	83%
Mammograf	415	55%	652	86%
PET	16	50%	25	78%
Rezonans magnetyczny	282	70%	327	81%
RTG	5 250	6%	6 265	73%
Tomograf komputerowy	438	57%	541	70%
USG	ok. 11 000	80%	ok. 12 500	90%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Na podstawie powyższej tabeli widać, że w 2023 r. ponad 50% bazy sprzętowej dla wybranych grup sprzętu będzie w wieku powyżej 10 lat. Natomiast w 2025 r. w wieku powyżej 10 lat będzie ponad 60% sprzętów dla każdej z grup. Grupa sprzętu szczególnie obciążona wysokim współczynnikiem starych sprzętów, czyli USG, w 2025 r. wykaże 90% sprzętów w wieku powyżej 10 lat.

13.6. Podsumowanie

Pod kątem gęstości sprzętów posiadanych w kraju, Polska na tle innych krajów europejskich wypada różnie w zależności od wybranego sprzętu medycznego. Dla angiografów i tomografów komputerowych gęstość sprzętów jest bliska średniej dla wybranych krajów europejskich, natomiast dla aparatów PET stanowi jeden z najniższych współczynników.

Patrząc na strukturę wieku, Polska wypada dobrze – w szczególności dzięki stosunkowo niskiemu odsetkowi sprzętów w wieku powyżej 10 lat.

Dane dla wybranych sprzętów w Polsce (akceleratorów liniowych, angiografów, aparatów do brachyterapii, aparatów ECMO, gammakamer, mammografów, aparatów PET, rezonansów magnetycznych, RTG, tomografów komputerowych oraz USG) przeanalizowano w czterech różnych przekrojach: patrząc na gęstość sprzętów w kraju, ich rozłożenie geograficzne, rozkład wieku oraz wykorzystanie. Ponadto dane o wieku i eksploatacji każdego sprzętu wykorzystano do pogrupowania sprzętów medycznych według priorytetów do wymiany. Z analizy wynika, że baza sprzętu w Polsce jest wystarczająca, ale powinna być intensywniej eksploatowana.

Dzięki prognozie zapotrzebowania na nowe inwestycje w sprzęty medyczne w kraju widać, jak duża część obecnej infrastruktury sprzętowej w wybranym roku przekroczy wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie procedur. W 2025 r. ponad 60% bazy sprzętowej będzie uznawana za sprzęt stary, a kluczowym sprzętem do wymiany będzie USG.

13.7. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Wiek znaczącej części sprzętów medycznych w kraju jest odpowiedni do tego, aby umożliwić efektywną eksploatację, natomiast średnie wykorzystanie sprzętów pokazuje, że w większości powiatów posiadana infrastruktura ma bardzo duży potencjał do tego, aby wykonywać więcej badań niż dotychczas. Efektywność inwestycji w powiatach, w którym wykonuje się średnią liczbę badań poniżej efektywnego poziomu może być wątpliwa i wymaga pogłębionej analizy.

Dla prawie wszystkich grup (poza USG i aparatami do brachyterapii) niski priorytet do wymiany ma ponad 50% sprzętów w każdej grupie. Sprzęty z najniższym odsetkiem w wysokim priorytecie do wymiany to akceleratory liniowe i aparaty PET.

Kraj jest bardzo zróżnicowany pod względem dostępu do poszczególnych sprzętów diagnostycznych i radiologicznych. Można wskazać znaczące różnice w gęstości sprzętów w województwach, a także powiatach, które są oddalone od siebie o ponad 150 km, w których znajduje się najbliższy sprzęt z danej grupy sprzętowej.

W perspektywie 3-5 lat znacząca liczba sprzętów diagnostycznych i radiologicznych osiągnie wiek, w którym powinny zostać wymienione, aby umożliwić efektywną eksploatację. Warto zwrócić uwagę na to, że za 5 lat ok. 90% bazy USG będzie w wieku, który istotnie ogranicza możliwość efektywnego wykonywanie badań.

13.8. Rekomendowane kierunki działań

- Podstawowym celem dla strategii dotyczącej sprzętów medycznych powinna być maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców;

- przy podejmowaniu decyzji inwestycyjnych na poziomie regionalnym w pierwszej kolejności należy rozważyć wymianę dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania odpowiedniej struktury wiekowej. Podejmowanie decyzji o wymianie powinno być robione w oparciu o priorytety – bardzo istotne jest, aby przede wszystkim wymieniać sprzęty stosunkowo stare, które są intensywnie eksploatowane, a także bardzo stare, których wiek uniemożliwia efektywną eksploatację (wysoki priorytet do wymiany);
- przy podejmowaniu decyzji w zakresie nowych inwestycji w sprzęt medyczny należy uwzględniać różnice w gęstości sprzętów w poszczególnych województwach i alokować nowe sprzęty w taki sposób, aby wyrównywać dostęp na terenie kraju;
- w przypadku realizacji powyższych inwestycji należy również uwzględnić inne kryteria m.in. epidemiologię, rozmieszczenie geograficzne świadczeniodawców, czas oczekiwania na badanie oraz rozwój nowych technologii opartych na uczeniu maszynowym i sztucznej inteligencji;
- wymiana sprzętu powinna się odbywać w postaci realizacji zorganizowanych strategii długoterminowych w oparciu o harmonogram zapewniający rozłożenie wydatków w dłuższym horyzoncie czasu.

Załączniki

Załącznik 1. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 2. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 3. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubelskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 4. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubuskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 5. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa łódzkiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 6. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa małopolskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 7. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 8. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa opolskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 9. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa podkarpackiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 10. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa podlaskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 11. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa pomorskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 12. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 13. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa świętokrzyskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 14. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa warmińsko-mazurskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 15. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa wielkopolskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 16. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego na podstawie danych za 2019 r.

Załącznik 1.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	W województwie współczynnik płodności kobiet w wieku 15-49 w roku 2019 wynosił 39,93, co plasowało województwo na 7. miejscu w skali kraju. W porównaniu do poprzedniego roku obserwujemy tendencję malejącą (o 1,08). Jednocześnie współczynnik dzietności w województwie dolnośląskim w roku 2019 wynosił 1,357, co daje 7. miejsce na tle Rzeczypospolitej Polskiej.	Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa można założyć, że zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.	nie dotyczy
	2.1.	Dane epidemiologiczne wskazują, że zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w województwie wynosiła ok. 96,90 na 100 tys. (Polska 93,5), a odsetek zgonów wynosił ok. 38,20 na 100 tys. (Polska 37,8). Prognozuje się, że w 2028 r. zapadalność na nowotwór złośliwy sutka będzie o ok. 12% wyższa niż w 2019 r. (Polska 16%),	Choroby nowotworowe stanowią i będą stanowić w ciągu następnych 10 lat poważny problem dla zdrowia i życia mieszkańców województwa.	nie dotyczy
Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna				

	a odsetek zgonów wzrośnie również o ok. 12% (Polska 9%).		
2.2.	<p>Choroba niedokrwienna serca (ChNS) stanowi od lat największy problem zdrowotny w województwie. Wskaźnik DALY, określający liczbę utraconych lat życia w zdrowiu oraz liczba zgonów, do których doprowadził wskazany problem zdrowotny osiągnęły w 2019 r. najwyższe wartości.</p> <p>Na podstawie szacunków chorobowości i liczby zgonów przypuszcza się, że do 2028 r. sytuacja ta nie ulegnie zmianie.</p>	Choroba niedokrwienna serca stanowi i będzie stanowić poważny problem dla zdrowia i życia mieszkańców województwa.	nie dotyczy
2.3.	<p>Drugim spośród najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych pod względem wartości wskaźnika DALY oraz śmiertelności są udary.</p> <p>Według prognoz, do 2028 r. wartości wskaźnika chorobowości oraz zapadalności na udary będą rosły, natomiast liczba zgonów utrzyma się na podobnym poziomie</p>	Wysoka śmiertelność powodowana udarami oraz przewidywany wzrost liczby chorych stanowi poważny problem dla zdrowia i życia mieszkańców województwa.	nie dotyczy
2.4.	Największą liczbę zgonów w województwie wśród chorób nowotworowych powodowały nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy oraz nowotwór złośliwy trzustki.	Wysoka śmiertelność powodowana nowotworami stanowi i będzie stanowić wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia w województwie.	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		Według prognoz, do 2028 r. wartości chorobowości, zapadalności oraz liczby zgonów znacznie wzrosną.		
	2.5.	<p>Wśród problemów zdrowotnych odnotowuje się bardzo dynamiczny wzrost zachorowań na cukrzycę.</p> <p>Wartość wskaźnika zapadalności wzrośnie od 2019 do 2028 r. o 23.63%, zaś szacowany wzrost będzie największy spośród wszystkich problemów zdrowotnych.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy
	3.1.	Bardzo niska zgłaszalność na badania profilaktyczne (mammografia i cytologia) występuje w powiatach lubańskim, górowskim i zgorzeleckim. ¹	Występuje zróżnicowanie regionalne w zgłaszalności na badania profilaktyczne w województwie.	Podjęcie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe (cytologia i mammografia). Należy wyrównać dostęp do tych badań.
	3.2.	Za największą liczbę zgonów, dla kobiet i mężczyzn łącznie odpowiadały takie czynniki jak: tytoń, wysokie ciśnienie krwi oraz ryzyka żywieniowe. Udział tytoniu w zgonach wynosił ok. 242/100 tys. ludności (Polska ok. 216/100 tys. ludności), wysokie ciśnienie krwi ok. 234/100 tys. ludności (Polska ok. 236/100 tys. ludności), ryzyka żywieniowe	W przypadku tytoniu i ryzyk żywieniowych wskaźniki dla województwa kształtowały się powyżej średniej dla Polski.	Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

¹ Źródło: opracowanie Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie danych SIMP

Podstawowa opieka zdrowotna		ok. 231/100 tys. ludności (Polska ok. 211/100 tys. ludności).		
	4.1.	Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne, najmniej reprezentowaną grupą byli młodzi mężczyźni (75% zapisanych w wieku 31-40 lat, 82% zapisanych w wieku 19-30 lat oraz 78% zapisanych w wieku 41-50 lat). Młode kobiety również relatywnie rzadziej korzystały z usług POZ, ale w tych samych grupach wiekowych udział aktywnych pacjentów był od 3 do 6 punktów procentowych wyższy niż wśród mężczyzn.	Przyczyny należy upatrywać w korzystaniu z prywatnej opieki medycznej bądź niekorzystania z usług medycznych z powodu poczucia dobrej kondycji zdrowotnej	Uświadomienie, zwłaszcza młodym mężczyznom, ważnej roli profilaktyki i konieczności okresowych wizyt.
	4.2.	Zabezpieczenie w kadrę pracującą w POZ było poniżej średniej krajowej dla województwa. Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców wyniosła 43,41 (średnia krajowa to 68,16). Najpoważniejsza sytuacja była w powiatach kłodzkim (14,56), lubińskim (16), Wałbrzychu (19,75). W 15 powiatach wartość wynosiła między 20 a 40, w 9 między 40 a średnią. Powyżej 76 lekarzy na 100 tys. mieszkańców było tylko w 3 powiatach. Średni wiek lekarza w województwie to 48,5 lat (o 1 rok mniej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w POZ na 100 tys. mieszkańców dla województwa wynosiła 42,27 (poniżej średniej krajowej wynoszącej 76,21).	Ogromnym wyzwaniem będzie zapewnienie ciągłości opieki pielęgniarskiej w środowisku nauczania i wychowania ze względu na starzejącą się kadrę – głównie stanowią je kobiety w wieku emerytalnym.	Podjęcie działań w celu zastąpienia starszego pokolenia pielęgniarek i położnych. Zastanowienie się nad zachętami do pracy na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach kadry medycznej.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		<p>Najniższa w Wałbrzychu (11,67), powiecie wałbrzyskim (19,78), powiecie średzkim (19,97), ząbkowickim (20), dla 11 powiatów była wyraźnie wyższa niż 20, a niższa od 40, dla 12 powiatów między 40 a 67. W trzech powiatach była w pobliżu średniej krajowej lub powyżej. Średni wiek pielęgniarki w województwie to 50,7 lat (o 2 lata więcej niż średnio w Polsce).</p> <p>Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 12 powiatach nie przekroczyło średniej wojewódzkiej (12,8), z czego najniższe było w powiecie średzkim (1,82) oraz lwóweckim (2,17), a najwyższe w powiatach lubańskim (14,75) oraz strzelińskim (18,36). Średni wiek położnej w województwie to 48,4 lat (o 1 rok więcej niż średnio w Polsce).</p>		
	5.1.	<p>Pod względem liczby wybranych poradni przypadających na 10 tys. mieszkańców, województwo w roku 2019 uzyskało następujące wskaźniki:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) endokrynologiczna - wskaźnik 0,07 (15. najniższa wartość wśród 16 województw) 2) endokrynologiczna dla dzieci - wskaźnik 0,01 3) gastroenterologiczna - wskaźnik 0,07 (14. najniższa wartość) 	<p>Na tle kraju województwo szczególnie niekorzystnie wypada, jeżeli chodzi o dostępność do wymienionych poradni. Wskaźniki liczone dla tych poradni lokują województwo na jednym z ostatnich miejsc wśród wszystkich województw.</p>	<p>Konieczne jest zwiększenie dostępności do poradni w szczególności: endokrynologicznej, endokrynologicznej dla dzieci, gastroenterologicznej, nefrologicznej, geriatrycznej oraz profili medycznych dedykowanych dzieciom.</p>

	<p>4) nefrologiczna - wskaźnik 0,04 (16. najniższa wartość)</p> <p>5) geriatryczna - wskaźnik 0,01 (16. najniższa wartość)</p> <p>6) medycyny sportowej – wskaźnik 0,02 (16. najniższa wartość)</p> <p>7) preluksacyjna - wskaźnik 0,03 (14. najniższa wartość)</p>		
5.2.	<p>W przedziale czasowym 2015 - 2019 obserwuje się zmniejszenie liczby porad udzielanych w AOS, a także spadek liczby pacjentów korzystających z AOS oraz spadek wskaźnika liczby porad przypadających na mieszkańca województwa (z 2,01 w 2015 r. do 1,87 w 2019 r.).</p>	<p>Jest to stała tendencja spadkowa liczby udzielonych porad przypadających na mieszkańca obserwowana w całym kraju. W roku 2019 wskaźnik ten zawierał się w przedziale od 1,86 do 2,48. W porównaniu do pozostałych województw uzyskany wskaźnik lokuje województwo na przedostatnim miejscu.</p>	<p>Podejmowanie działań, mających na celu poprawę dostępności w zakresach, w których kolejki są najdłuższe.</p>
5.3.	<p>Analiza różnic w rozmieszczeniu terytorialnym poradni na obszarze województwa wskazuje na występowanie nierówności w dostępie do poradni/świadczeń. W województwie ogólna liczba poradni wynosi 1 813. Wskaźnik liczby poradni na 10 tys. mieszkańców wynoszący średnio 6,25, zawierał się w przedziale od 1,98 w powiecie wałbrzyskim (11 poradni) do 9,74 w mieście Jelenia Góra (77 poradni).</p>	<p>W roku 2019 ogólny wskaźnik liczby porad na 1 tys. mieszkańców dla województwa udzielonych przez poradnie wynosił 1 883,27. Dostępność do porad mierzona w/w wskaźnikiem jest zróżnicowana w poszczególnych powiatach</p>	<p>Dążenie do wyrównania dostępu do świadczeń AOS na obszarze województwa powinno dotyczyć szczególnie świadczeń kontraktowanych do poziomu powiatu.</p>

Leczenie szpitalne	6.1.	Najwyższy wskaźnik łóżek szpitalnych całodobowych na 10 tys. ludności był na oddziałach: chorób wewnętrznych - wynosił 5,4 (był mniejszy o 0,7 w stosunku do roku poprzedniego), rehabilitacyjny - wynosił 5,1 (roczny spadek o 0,3) położniczo-ginekologicznych - wynosił 3,5 (był mniejszy o 0,7 w stosunku do roku poprzedniego), chirurgii ogólnej – wynosił 3,2 (był mniejszy o 0,8 w stosunku do roku poprzedniego). W roku 2019 liczba łóżek intensywnej terapii, łącznie dla dzieci i dorosłych, w ogólnej liczbie łóżek szpitalnych w regionie była na poziomie ok. 1,82%.	Nieracjonalne wykorzystanie infrastruktury szpitalnej.	Racjonalizacja liczby łóżek stacjonarnych na oddziałach szpitalnych lub przekształcenie ich zgodnie z prognozami demograficznymi i epidemiologicznymi.
	6.2.	Braki kadrowe, w szczególności w odniesieniu do lekarzy specjalistów, wymuszają konieczność koncentracji zasobów kadrowych, które nie rozprasząc swojego czasu na pracę w wielu podmiotach, mogą lepiej służyć pacjentom. Jest to widoczne w wielu dziedzinach medycyny, w tym w neurologii.	Utrudniona dostępność do stacjonarnych świadczeń zdrowotnych skutkuje: <ul style="list-style-type: none"> – migracją pacjentów do innych województw, – korzystaniem z prywatnej opieki zdrowotnej, – wydłużeniem czasu oczekiwania na świadczenie. 	Kształcenie lekarzy, pielęgniarek, w priorytetowych specjalizacjach, w szczególności: onkologia, geriatria, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria, psychiatria dla dzieci i młodzieży, diabetologia, endokrynologia, gastroenterologia dziecięca, neurologia, chirurgia dziecięca, angiologia, chirurgia naczyniowa oraz opiekunów medycznych.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	6.3.	Brak jest w województwie szpitala posiadającego poziom PSZ – pediatryczny	Brak zapewnienia kompleksowej opieki dla osób do 18. roku życia.	Konsolidacja istniejących zasobów infrastrukturalnych w specjalnościach dotyczących chorób dziecięcych celem utworzenia szpitala dziecięcego (zabezpieczenie dostępności do szpitala o statusie: poziom PSZ - szpital pediatryczny) i zapewnienia jak najpełniejszej wielospecjalistycznej opieki dla pacjentów do 18. roku życia w jednym ośrodku.
	7.1.	Na terenie województwa istnieje jedno Centrum Zdrowia Psychicznego z siedzibą w Bolesławcu. W mieście Wrocław (534 tys. mieszkańców), Wałbrzychu (95 tys. mieszkańców) oraz powiecie milickim (30 tys. mieszkańców) występują cztery podstawowe formy leczenia, konieczne do funkcjonowania CZP. Dodatkowo w Legnicy występują trzy formy leczenia (Zespoły Leczenia Środowiskowego, oddziały dzienne oraz poradnia) przy liczbie mieszkańców wynoszącej 83 tys. oraz wysokim zagęszczeniu pacjentów w powiatach otaczających (legnickim, lubińskim i polkowickim).	Dotychczasowy sposób organizacji opieki wymusza konieczność przekierowania strumienia środków finansowych z opieki stacjonarnej do AOS. Konieczność przeciwdziałania dyskryminacji osób chorych psychicznie i ich rodzin. Konieczność zmniejszania liczby samobójstw i zmniejszenie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi	Zwiększenie dostępu do świadczeń ambulatoryjnych, leczenia środowiskowego, oddziałów dziennych oraz poradni leczenia uzależnień, jako upowszechnienie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej we wszystkich obszarach o ograniczonej dostępności.
	7.2.	W roku 2019 w porównaniu z rokiem 2018, liczba dorosłych pacjentów poddanych leczeniu	Ciągle rosnąca liczba pacjentów wskazuje jednak na konieczność zwiększania	Zabezpieczenie w każdym powiecie świadczeń

Rehabilitacja medyczna		uzależnień zwiększyła się o 110 i wyniosła 19,63 tys. Na terenie województwa nie występuje ani jedna poradnia leczenia antynikotynowego. Poradnie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych dostępne są w 7. gminach, ogólne leczenie uzależnień w 13. W znacznej części regionu nie występują żadnego rodzaju poradnie leczenia uzależnień.	nakładów na świadczenia z zakresu psychiatrii w tym uzależnień, aby zredukować do minimum czas oczekiwania na wizyty lekarskie, psychologiczne i psychoterapię.	ambulatoryjnych dla leczenia uzależnień.
	8.1.	Ze świadczeń rehabilitacji medycznej w ramach NFZ skorzystało o 16% mniej pacjentów na 100 tys. ludności niż średnio w kraju (14. miejsce wśród województw).	Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach świadczeń kontraktowanych z NFZ zarówno w warunkach stacjonarnych jak i ambulatoryjnych jest znikoma, z uwagi na niedostateczną liczbę specjalistycznych ośrodków i limitowanie tych świadczeń.	Wyrównanie dostępności do świadczeń umożliwiając tym samym dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych jak najbliższe miejsca zamieszkania pacjenta, Najważniejszym zadaniem jest wzmocnienie ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, w tym opieki w ośrodkach/oddziałach dziennych, w celu odciążenia leczenia szpitalnego.
	8.2.	Na terenie województwa brak jest wystarczającej dostępności do świadczeń ukierunkowanych na rehabilitację ponowotworową i pulmonologiczną. Ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej zakontraktowany jest tylko w regionie jeleniogórskim (obejmującym powiaty dawnego województwa jeleniogórskiego: jeleniogórski,	Nie wystarczająca liczba ośrodków lecznictwa otwartego świadczących usługi w zakresie rehabilitacji medycznej.	Optymalizacja miejsc rehabilitacyjnych we wczesnej i przewlekłej rehabilitacji szpitalnej (ponowotworowej i pulmonologicznej) oraz realizowanej w warunkach

Opieka długoterminowa		zgorzelecki, lubański, bolesławiecki, lwówecki oraz m. Jelenia Góra), natomiast w pozostałych regionach (wrocławskim, wałbrzyskim, legnickim) występują białe plamy, a pod względem wskaźników dostępności w porównaniu do Polski województwo zajmuje jedno z ostatnich miejsc.		dziennych, ambulatoryjnych i domowych. Zwiększenie nakładów finansowych na świadczenia rehabilitacyjne uznawane jako kontynuacja leczenia „ostrego”.
	8.3.	Na terenie województwa od dnia 31.12.2019 r. nie ma ośrodka dziennego rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku	Brak dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji dla osób z dysfunkcją narządu wzroku	Reaktywacja ośrodka dziennego rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku
	9.1.	Na terenie województwa ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej ogółem skorzystało 267 pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności (-7% w stosunku do średniej dla Polski). W podziale na rodzaje świadczeń, w przypadku opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń skorzystało 146 pacjentów/100 tys. ludności (-18% w stosunku do średniej dla Polski). W przypadku opieki stacjonarnej 123 pacjentów/100 tys. ludności (+11% w stosunku do średniej dla Polski). Liczba osobodni na 100 tys. ludności w województwie w przypadku opieki długoterminowej wyniosła 65 tys. (5% mniej niż	Najbardziej ograniczony dostęp do tego typu świadczeń mają pacjenci z subregionu wrocławskiego (powiaty o dostępności poniżej średniej wojewódzkiej: oleśnicki, oławski, średzki, wrocławski, miasto Wrocław).	Dążenie do poprawy dostępności do opieki długoterminowej stacjonarnej w pierwszej kolejności w subregionach legnickim i wrocławskim (zbyt długi czas na objęcie opieką długoterminową stacjonarną dla całego województwa, a dodatkowo w tych regionach jest największa liczba powiatów o najgorszej dostępności). Poprawa dostępności powinna być znaczna oraz nastąpić dwutorowo – z jednej strony na opiekę stacjonarną poprzez

	<p>średnio w Polsce), w opiece długoterminowej domowej 37 tys. (o 21% mniej niż średnio w Polsce), w opiece długoterminowej stacjonarnej 28 tys. (o 30% więcej niż średnio w Polsce).</p>		<p>właściwą alokację już istniejących zasobów opieki stacjonarnej i dostosowaniu organizacji udzielania tych świadczeń do potrzeb pacjentów, z drugiej powinno dążyć się do zwiększenia udziału opieki domowej względem opieki stacjonarnej poprzez sukcesywnym zwiększaniu dostępności form opieki domowej i środowiskowej.</p>
9.2.	<p>Pomimo wzrostu liczby łóżek w ZOL/ZPO, w ciągu ostatnich lat, obserwuje się coraz dłuższy okres oczekiwania na objęcie opieką stacjonarną (ponad pół roku) oraz spadek wskaźnika liczby łóżek na 1 000 ludności w populacji o wieku wyższym niż 65 lat. Najtrudniejsza sytuacja jest w powiecie górowskim i mieście Wałbrzych, w których nie ma realizatorów tego rodzaju świadczeń i stanowią tzw. „białe plamy” w województwie oraz w subregionie legnickim (powiaty o dostępności poniżej średniej wojewódzkiej: głogowski, lubiński, polkowicki, legnicki, miasto Legnica) i wrocławskim (powiaty o dostępności poniżej średniej wojewódzkiej: oleśnicki, oławski, strzebiński, średzki, wołowski, miasto Wrocław), gdyż w tych</p>	<p>Zbyt mała liczba łóżek opieki długoterminowej powoduje wydłużanie okresów nieuzasadnionych hospitalizacji pacjentów w ramach oddziałów szpitalnych powoduje dramatyczny brak miejsc internistycznych.</p> <p>Nierównomierne rozlokowanie ośrodków opieki długoterminowej w województwie.</p> <p>Niski odsetek objęcia opieką długoterminową domową w stosunku do średniej kraju.</p>	<p>Rozwój i poprawa dostępności do kompleksowej opieki nad osobami przewlekle chorymi i starszymi oraz wymagającymi opieki długoterminowej.</p> <p>Zapewnienie świadczeń opieki stacjonarnej w powiecie górowskim oraz mieście Wałbrzych.</p> <p>Zwiększenie oferty świadczeń opieki domowej oraz środowiskowej.</p>

	regionach jest największa liczba powiatów o dostępności poniżej średniej wojewódzkiej (liczba pacjentów na 100 tys. ludności).		
9.3.	Na terenie województwa zlokalizowane są 4 ośrodki stacjonarne dla dorosłych pacjentów wentylowanych mechanicznie. Brakuje takiego ośrodka dla dzieci, ponieważ część pacjentów zamieszkałych w województwie dolnośląskim otrzymała tego rodzaju świadczenia w innych województwach.	Brak ośrodka dla dzieci wymagających wentylacji mechanicznej.	Utworzenie ośrodka dla dzieci wymagających wentylacji mechanicznej.
9.4.	Populacja województwa charakteryzuje się starszą strukturą wieku niż populacja Polski. W 2019 r. województwo zamieszkiwało 552 tys. osób w wieku co najmniej 65 lat, co stanowiło 19% ludności ogółem (wobec 18,1% dla Polski). Natomiast osób najmłodszych (do 14 r. ż.) było 420 tys., a ich udział wyniósł 14,5% (w porównaniu z 15,3% dla Polski). W województwie będzie się zmniejszał udział procentowy osób najmłodszych (0-14 lat) do 11,7% w 2050 r. Zwiększać się będzie liczba mieszkańców w grupie wiekowej 65 lat i więcej, która w roku 2050 osiągnie poziom 33,5% ogólnej liczby ludności województwa.	Szybkie starzenie się ludności województwa wskazuje na rosnące wyzwania związane z większym zapotrzebowaniem na opiekę nad osobami starszymi wymagającymi świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.	Dostosowanie i zabezpieczenie infrastruktury opieki długoterminowej do aktualnych oraz przyszłych potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Zwiększenie oferty świadczeń opieki domowej oraz środowiskowej. Zapewnienie świadczeń opieki stacjonarnej w powiatach w których ta forma opieki obecnie nie występuje.

Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1.	Liczba pacjentów objętych domową opieką paliatywną i hospicyjną na 100 tys. ludności kształtuje się dobrze na tle Polski (205,99 pacjentów na 100 tys. ludności, 4. miejsce w kraju, +27% w stosunku do średniej dla Polski), skala zapotrzebowania na powyższe świadczenia ciągle rośnie. Nierówności w rozmieszczeniu potencjału na terenie poszczególnych powiatów są przyczyną problemów z dostępnością do domowej opieki paliatywnej lokalnej ludności, gdzie ze względu na specyfikę świadczeń, ośrodki powinny być blisko miejsca zamieszkania pacjenta.	Zapotrzebowanie na opiekę paliatywną i hospicyjną wzrasta z powodu starzenia się społeczeństwa i obserwowanego wzrostu zachorowalności na choroby przewlekłe.	Z uwagi na prognozowany wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej związany z zachodzącymi zmianami demograficznymi i epidemiologicznymi należy zwiększać dostępność do świadczeń w zakresie opieki domowej, w pierwszej kolejności w powiatach o najgorszej dostępności: Legnica, polkowicki, lubiński, legnicki, wrocławski, kłodzki i złotoryjski.
	10.2.	Na terenie województwa funkcjonowało 15 podmiotów realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,52 na 100 tys. ludności, 5. miejsce w kraju, +4% w stosunku do średniej dla Polski). Na koniec roku oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne dysponowały 125,17 łóżek na mln mieszkańców, co stanowi 3. najlepszy wynik w kraju (+19% na tle Polski). Ogólna sytuacja w województwie jest dobra, istnieją jednak znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi powiatami, co wynika z lokalizacji ośrodków oraz kontraktowania tego zakresu świadczeń na grupy powiatów.	Dostępność świadczeń na terenie województwa jest zróżnicowana. Poniżej średnich nakładów na województwo kształtuje się region powiat wrocławski i powiat miasto Wrocław oraz region legnicki.	Zwiększenie dostępności świadczeń w zakresie hospicjów stacjonarnych, w pierwszej kolejności powiat miasto Wrocław, w którym jest mniej niż 80 łóżek na 1 mln mieszkańców. Następnie rozszerzenie o kolejne powiaty, które aktualnie są bez hospicjów stacjonarnych, a na ich terenie obserwuje się niezaspokojone potrzeby zdrowotne w tym zakresie (działanie długofalowe ze wzgl. na czas potrzebny do utworzenia

Państwowe Ratownictwo Medyczne				i zakontraktowania placówki stacjonarnej).
	10.3.	Liczba lekarzy medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi 2,2; średni wiek lekarzy to 50 lat. Wskaźnik dostępności lekarzy powinien wynosić 3,0/100 ludności. Niewystarczająca jest również liczba pielęgniarek, w szczególności posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej.	W województwie zabezpieczenie w kadre medyczną w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej nie jest wystarczające.	Zwiększenie w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej liczby lekarzy ze specjalizacją z medycyny paliatywnej oraz pielęgniarek, w szczególności ze specjalizacją: pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej.
11.1.	Dane statystyczne wskazują na dłuższe niż wskazane w ustawie czasy dojazdów ZRM do zdarzeń poza miastem pow. 10 tys. Mieszkańców w przypadku 23% wezwań. Pozytywne doświadczenia z obszarami „udarowymi” dla Dolnego Śląska które zostały utworzone na potrzeby prawidłowego funkcjonowania ZRM poprzez przypisanie określonej populacji podzielonej na powiaty do podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w zakresie udarów (ujęte w planie ratownictwa medycznego dla województwa) wskazują, że należy poszerzyć ich zakres o inne obszary medyczne, szczególnie te, które charakteryzuje mała dostępność łóżek szpitalnych, np. choroby wewnętrzne.	Usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Należy dokonać dyslokacji ZRM-ów co zapewni zachowanie czasów dojazdu zgodnych z zapisami ustawowymi do zdarzeń poza miastem. Uruchomienie karetek motocyklowych, które w krótszym czasie dotrą na miejsce zdarzenia.	

Kadry	12.1.	Brak optymalnej liczby miejsc specjalizacyjnych z uwzględnieniem liczby miejsc szkoleniowych potrzebnych do zapewnienia wymienialności pokoleniowej oraz rekomendowanej liczby specjalistów w następujących dziedzinach: choroby wewnętrzne (987), medycyna rodzinna (411), psychiatria (238), medycyna pracy (198), geriatria (180), pediatria (112) oraz medycyna ratunkowa (111).	Zapewnienie liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny.	Uruchamianie w najbliższych latach większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach deficytowych, celem zmniejszenia niekorzystnej różnicy pomiędzy liczbą specjalistów osiągających wiek emerytalny, a liczbą lekarzy uzyskujących tytuł specjalisty oraz zaspokajania zapotrzebowania na lekarzy specjalistów wskazanego we wnioskach.
	12.2.	Pomimo uruchamiania zwiększonej liczby miejsc szkoleniowych w każdym postępowaniu kwalifikacyjnym, zarówno w trybie rezydenckim, jak i pozarezydenckim, zainteresowanie szkoleniem jest niewielkie, dotyczy to dziedzin: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, pediatria, położnictwo i ginekologia, choroby płuc, neonatologia.	Zapewnienie liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny niecieszących się zainteresowaniem wśród lekarzy wybierających specjalizację.	Stworzenie i wprowadzenie planu działań zachęcającego lekarzy do odbywania specjalizacji głównie w szpitalach powiatowych, gdzie braki kadrowe są największe.
	12.3.	Niedobór pielęgniarek szacuje się na poziomie co najmniej 16%, a położnych 12% obecnej liczby (też zbyt małej) pracujących pielęgniarek i występuje we wszystkich podmiotach prowadzących działalność leczniczą w województwie, a w	Obserwowane są braki w liczbie pielęgniarek i położnych. Dodatkowo istnieje poważne ryzyko spadku liczby pielęgniarek i położnych przy wzroście zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską	Wskazane jest zwiększenie liczby miejsc na kierunku pielęgniarstwo oraz stworzenie systemu motywującego do podejmowania studiów

Sprzęt medyczny		<p>szczególności w podmiotach lecznictwa zamkniętego.</p> <p>Systematycznie pogłębiający się proces starzenia ludności województwa powoduje, że zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską będzie wzrastać</p> <p>Niedobór kadry pielęgniarskiej jest szczególnie zauważalny w takich dziedzinach, jak: pielęgniarstwo geriatryczne, internistyczne, opieki długoterminowej.</p>	spowodowaną starzeniem się społeczeństwa.	pielęgniarskich. Podjęcie działań motywujących do wykonywania zawodu pielęgniarki osób, które zrezygnowały z jego wykonywania oraz poprawa dostępności do płatnych lub niskopłatnych warsztatów i szkoleń dla personelu medycznego.
	13.1.	Referencyjna liczba procedur wykonywanych rocznie na jednym aparacie PET-CT w województwie wynosi 3,5-3,75 tys. i jest poniżej wartości referencyjnej wynoszącej 4 tys. Liczba badań jest wyższa na tle innych województw i średniej w kraju.	Rozkład wykorzystania PET-CT w województwie wskazuje na nieefektywną eksploatację tych sprzętów. Można wskazać powiaty, w których wg przyjętych wartości referencyjnych stopień wykorzystania sprzętów powinien być na wyższym poziomie.	W zidentyfikowanych przypadkach należy dążyć do optymalizacji wykorzystania obecnie posiadanych PET-CT.
	13.2.	W województwie znajdowało się 12 akceleratorów, spośród których 9 miało średni priorytet do wymiany (75%), a 3 niski priorytet do wymiany (25%).	W województwie można wskazać akceleratory, których priorytet do wymiany jest w kategorii średniej lub wysokiej.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany akceleratorów, zaczynając od tych, których priorytet do wymiany został określony na wysoki, a w dalszej kolejności jako średni.

13.3.	<p>Angiografy zostały rozmieszczone w jedenastu powiatach. Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym jest, co najmniej 1 angiograf jest powiat milicki (62 km).</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach waha się od 4 do 20 lat. Najstarsze angiografy są w m. Jelenia Góra, gdzie wg stanu na 2019 r. dwa angiografy mają 20 lat.</p> <p>38,7% angiografów w województwie ma wysoki priorytet do wymiany, 61,21% znajduje się w bazie sprzętu o niskim priorytecie do wymiany.</p> <p>Uwagę zwraca nierównomierny rozkład eksploatacji sprzętu (najniższa średnia roczna liczba wykonywanych badań w pow. legnickim 0, najwyższa w pow. Świdnickim 1958).</p>	<p>W perspektywie 2029 roku wszystkie obecnie posiadane angiografy będą się zaliczały do sprzętów starych, wymagających wymiany.</p>	<p>W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany sprzętu i monitorować ich stopień zużycia.</p>
13.4.	<p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 6,6 do 13,6 lat (w większości powiatów przekracza 9 lat). Duży udział sprzętów „starych” przekłada się na rekomendacje, zgodnie z którymi aż 58% aparatów ma wysoki priorytet do wymiany.</p> <p>Ustalono w wyniku analizy nierównomierny rozkład eksploatacji sprzętu (najniższa średnia roczna liczba wykonywanych badań w pow. wałbrzyskim: 270, najwyższa w pow. górskim: 1540).</p>	<p>W 2020 r. powinno być wymienione 63,8% aparatów USG w województwie. W 2028 r. 100% sprzętu osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty.</p>	<p>W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany sprzętu i monitorować ich stopień zużycia.</p>
13.5.	<p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 1 do 16 lat. 16% tomografów komputerowych</p>	<p>Do 2022 r. 50% aparatów TK osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne</p>	<p>W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć</p>

	<p>w województwie ma obecnie wysoki priorytet do wymiany, 12% ma priorytet średni do wymiany.</p> <p>APARATY RTG</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 6 do 17 lat. 25,1% sprzętów ma wysoki priorytet do wymiany (są to aparaty w wieku 12-42 lat). Niski priorytet do wymiany posiada 73,6% aparatów RTG.</p>	<p>wykonywanie badań, a w perspektywie 2029 roku wszystkie obecnie posiadane tomografy będą się zaliczały do sprzętów starych, wymagających wymiany.</p> <p>Do 2022 roku 54% aparatów RTG w województwie osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty.</p>	<p>działania w celu wymiany sprzętu i monitorować ich stopień zużycia.</p>
13.6.	<p>Aparaty zlokalizowane są w dziewięciu powiatach. W 2019 r. tylko w jednym powiecie średni wiek sprzętów przekraczał 10 lat (powiat oleśnicki – 11 lat). Średnia roczna wykonywana liczba procedur w powiatach oscylowała od ok. 1 000 do ponad 3 000.</p> <p>Duży udział sprzętu w średnim wieku o stosunkowo małej liczbie badań wykonywanych rocznie sprawia, że 73,9% aparatów ma niski priorytet do wymiany, a tylko 6 aparatów znalazło się w grupach o średnim lub wysokim priorytecie do wymiany.</p>	<p>W perspektywie 2022 r. 78% rezonansów magnetycznych w województwie przekroczy wiek 10 lat i zostanie zaliczona do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty. W 2029 r. 100% obecnych zasobów będzie się kwalifikowało do wymiany.</p>	<p>W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany sprzętu i monitorować ich stopień zużycia.</p>
13.7.	<p>Województwo posiada jedynie 2 aparaty do brachyterapii, ulokowane w m. Wrocław. Średni wiek aparatów to 6 lat. Jeden aparat (w wieku 9 lat) wykonujący średnio 1 171 badań rocznie ma wysoki priorytet do wymiany.</p>	<p>W perspektywie 2027 r. drugi sprzęt będzie również wymagał wymiany</p>	<p>W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany sprzętu i monitorować ich stopień zużycia.</p>

Pozostałe obszary	13.8.	Średni wiek sprzętu ECMO to ponad 8 lat; średnie wykorzystanie: 4,6 procedury w ciągu roku. 100% sprzętu posiadało niski priorytet do wymiany.	Cała aktualna baza posiadanych aparatów ECMO będzie musiała być wymieniona do 2023 r.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany sprzętu i monitorować ich stopień zużycia.
	13.9.	Średni wiek gammakamer to 7 lat przy średniej liczbie wykonywanych procedur 694. 100% sprzętu posiadało niski priorytet do wymiany. Nierównomierny rozkład eksploatacji sprzętu (najniższa średnia roczna liczba wykonywanych badań w pow. świdnickim 5, najwyższa w m. Wrocław 880).	Do 2026 r. wszystkie obecnie posiadane gammakamery będą wymagały wymiany.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany sprzętu i monitorować ich stopień zużycia.
	13.10.	Mammografy stacjonarne miały od 1 do 28 lat. W 2019 r. wysoki priorytet do wymiany posiadało 33,3% sprzętu, średni priorytet 14,6%. Eksploatacja sprzętu w powiatach jest zróżnicowana: od 0 do 8 645 badań/rok. Najniższe średnie wykorzystanie sprzętu było w powiecie jeleniogórskim 42 badania/rok, należy jednak zaznaczyć, że dotyczy to najstarszego aparatu (28 lat).	Połowa posiadanych mammografów stacjonarnych będzie musiała być wymieniona do 2024 r., a cała aktualna baza do 2028 r.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany sprzętu i monitorować ich stopień zużycia.
	14.1.	Sukcesywnie obniża się ilość skierowań wystawianych na terenie województwa na uzdrowskie leczenie dorosłych i dzieci w szpitalu uzdrowskim, co nie koreluje współczynnikami chorobowości szpitalnej oraz zapotrzebowaniem	Zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia uzdrowskiego będzie wzrastać ze względu na proces starzenia się społeczeństwa i wzrost zachorowalności	Zapewnienie optymalnego dostępu do wczesnego leczenia sanatoryjnego.

	na inne świadczenia z zakresu rehabilitacji, w tym stacjonarnej rehabilitacji leczniczej (gdzie wykazywany jest kilkuletni okres oczekiwania na realizację świadczeń).	na cywilizacyjne choroby przewlekłe, które mogą być skutecznie leczone w uzdrowiskach.	
14.2	Osoby ubezpieczone na terenie województwa zbyt długo oczekują w kolejce na realizację świadczeń z rodzaju lecznictwa uzdrowiskowego wyłącznie w zakresie uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego osób dorosłych.	Brak zapewnienia optymalnej dostępności do świadczeń skutkuje zbyt wydłużonym czasem oczekiwania na świadczenia sanatoryjne.	Zwiększenie liczby świadczeń w ramach kontraktu z NFZ.

Załącznik 2.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	W 2019 r. 21,6% populacji województwa było w wieku poprodukcyjnym, a współczynnik obciążenia demograficznego wyniósł 65,6. Zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego w 2050 r. odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w całej populacji wzrośnie w województwie do 29%, a współczynnik obciążenia demograficznego do 78,1.	W perspektywie kolejnych lat należy dostosować opiekę zdrowotną do zmieniającej się struktury demograficznej populacji poprzez większy nacisk na potrzeby zdrowotne osób starszych.	nie dotyczy
	Epidemiologia	2.1.	Największą wartość wskaźnika DALY w województwie odnotowano dla nowotworów i chorób układu krążenia. Wskazane podgrupy problemów zdrowotnych były również najczęściej występującymi przyczynami zgonów.	Największy wpływ na liczbę utraconych lat życia i liczbę lat przeżytych w niepełnosprawności oraz liczbę zgonów miały podgrupy problemów zdrowotnych określane jako nowotwory i choroby układu krążenia.
2.2.		Wśród nowotworów największą wartość wskaźnika DALY w województwie odnotowano dla nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotworu złośliwego jelita grubego i	Wśród nowotworów największe znaczenie dla populacji województwa miały nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwór złośliwy	nie dotyczy

	<p>odbytnicy. Nowotwory te były odpowiedzialne również za największą liczbę zgonów w tej podgrupie chorób.</p> <p>W latach 1999-2019 odnotowano znaczny wzrost liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworami ogółem.</p>	<p>jelita grubego i odbytnicy. W ostatnich latach rośnie również znaczenie nowotworu złośliwego gruczołu krokowego w populacji mężczyzn oraz nowotworu złośliwego sutka w populacji kobiet.</p>	
2.3.	<p>Największą wartość wskaźnika DALY w województwie odnotowano dla choroby niedokrwiennej serca. Wartość ta na przestrzeni lat 1999-2019 spadała, jednak pozostawała na poziomie znacznie przewyższającym wartości dla pozostałych problemów zdrowotnych.</p> <p>Odnutowano spadek wartości wskaźnika zapadalności, który zgodnie z prognozą do 2028 r. będzie utrzymywać się na poziomie zbliżonym do wartości z 2019 r.</p> <p>Z kolei wartość wskaźnika chorobowości w latach 1999-2019 stale rosła i prognozuje się, że trend ten zostanie utrzymany do 2028 r.</p> <p>Choroba niedokrwiennej serca była również najczęstszą przyczyną zgonów spośród wszystkich problemów zdrowotnych. Zgodnie z prognozą do 2028 r. sytuacja ta nie ulegnie zmianie.</p>	<p>Największy wpływ na liczbę utraconych lat życia i liczbę lat przeżytych w niepełnosprawności oraz liczbę zgonów wśród wszystkich problemów zdrowotnych miała choroba niedokrwiennej serca. Zgodnie z prognozą sytuacja ta w najbliższych latach nie ulegnie zmianie.</p>	nie dotyczy

2.4.	<p>Odnotowano znaczny wzrost wartości wskaźnika DALY dla cukrzycy w 2019 r. w porównaniu z wartością z 2009 r.</p> <p>Prognozy wskazują, że do 2028 r. wartość wskaźnika chorobowości wzrośnie znacząco (ok. 24%), podobnie jak wartości wskaźnika zapadalności oraz liczby zgonów.</p>	<p>W województwie obserwuje się coraz większy wpływ cukrzycy na sytuację zdrowotną mieszkańców województwa.</p>	nie dotyczy
2.5.	<p>W populacji kobiet w województwie choroba Alzheimera i inne choroby otępienne były jedną z najczęstszych przyczyn zgonów. Wskaźnik liczby zgonów dla tego problemu zdrowotnego był wyższy niż w przypadku wielu chorób nowotworowych.</p>	<p>Wśród kobiet znaczącą przyczyną zgonów była choroba Alzheimera i inne choroby otępienne.</p>	nie dotyczy
2.6.	<p>Zgodnie z prognozą do 2028 r. największy wzrost wartości wskaźnika zgonów na 100 tys. ludności dotyczyć będzie chorób układu nerwowego, zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz nowotworów.</p> <p>Dla zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych prognozowany wzrost liczby zgonów będzie najwyższy w kraju.</p>	<p>Spodziewany wzrost znaczenia chorób układu nerwowego, zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz nowotworów, objawiający się poprzez wzrost liczby zgonów spowodowanych przez te problemy zdrowotne.</p>	nie dotyczy
2.7.	<p>Najwyższą wartość wskaźnika zapadalności w województwie odnotowano dla zakażeń górnych</p>	<p>Wymieniona podgrupa problemów zdrowotnych jest i będzie ważna dla populacji województwa.</p>	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		<p>dróg oddechowych. Sytuacja ta pozostawała niezmienna na przestrzeni lat 1999-2019.</p> <p>Dla tej podgrupy problemów zdrowotnych prognozuje się w 2028 r. najwyższą wartość wskaźnika zapadalności na 100 tys. ludności.</p>		
	2.8.	<p>Zgodnie z prognozą do 2028 r. wartość wskaźnika chorobowości na 100 tys. ludności wzrośnie najbardziej dla cukrzycy i chorób nerek, chorób narządów zmysłów, chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób układu krążenia i w każdym przypadku będzie to wzrost większy niż dla Polski.</p>	<p>Wzrost znaczenia dla zdrowia populacji województwa wymienionych podgrup problemów zdrowotnych takich jak cukrzyca i choroby nerek.</p>	nie dotyczy
	3.1.	<p>Największy wpływ na wartość wskaźnika DALY oraz zgonu w województwie miały czynniki behawioralne, a wśród nich tytoń. Wpływ tytoniu na zgony i wartość wskaźnika DALY był wyraźnie większy w województwie niż w Polsce (o ok. 12% w przypadku zgonów oraz DALY dla kobiet i mężczyzn łącznie) i plasował województwo na czwartym miejscu wśród województw o najwyższej wartości obu wskaźników.</p> <p>Ponadto, w populacji mężczyzn udział tytoniu w DALY wynosił 8,69 tys. na 100 tys. ludności, a w zgonach 336 na 100 tys. ludności. W populacji</p>	<p>Tytoń to istotny czynnik przyczyniający się do zgonu i utraty lat życia w zdrowiu. Jego znaczenie w województwie jest większe niż w całym kraju. Działania podejmowane w celu niwelowania negatywnych skutków używania tytoniu są niewystarczające.</p>	<p>Podjęcie działań promocyjno-edukacyjnych uświadamiających negatywny wpływ tytoniu na zdrowie i zachęcających do zaprzestania jego używania za szczególnym uwzględnieniem populacji mężczyzn.</p>

	<p>kobiet wartości te wyniosły odpowiednio 4,09 tys. i 152,5.</p> <p>W województwie tylko 3 jednostki samorządu terytorialnego realizowały zadania z zakresu zdrowia publicznego ukierunkowane na zwalczanie następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych¹.</p>		
3.2.	<p>W populacji mężczyzn udział spożywania alkoholu w DALY wynosił 4,58 tys. na 100 tys. ludności, a w zgonach 123,6 na 100 tys. ludności. W populacji kobiet wartości te wynosiły odpowiednio 0,6 tys. i 7,6.</p>	<p>Wpływ spożywania alkoholu na DALY i zgony był kilkukrotnie wyższy w populacji mężczyzn niż w populacji kobiet.</p>	<p>Podjęcie działań promocyjno-edukacyjnych uświadamiających negatywny wpływ spożywania alkoholu na zdrowie i zachęcających do zaprzestania jego używania za szczególnym uwzględnieniem populacji mężczyzn.</p>
3.3.	<p>W kierunku nowotworu szyjki macicy przebadano 17,5% rocznej populacji do przebadania (średnia dla Polski wynosiła 17,3%). Udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania wzrósł w porównaniu z 2018 r. o ok. 1%. Wskaźnik zapadalności na nowotwór złośliwy szyjki macicy w przeliczeniu na 100 tys. kobiet w województwie wyniósł 17,1 (w kraju 16,5). Natomiast wskaźnik liczby zgonów nim spowodowanych na 100 tys.</p>	<p>Niska zgłaszalność na badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy. Wyższa zapadalność oraz większa liczba zgonów na raka szyjki macicy niż średnio w Polsce.</p>	<p>Należy podjąć działania mające na celu poprawę zgłaszalności na badania cytologiczne.</p>

¹ Informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (system sprawozdawczy zdrowia publicznego).

	kobiet w województwie wyniósł 11,2 (w kraju 10,7).		
3.4.	Badaniom przesiewowym w kierunku nowotworu złośliwego sutka poddało się 68,6 % rocznej populacji do przebadania (średnia dla Polski - 63,6%). Udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania wzrósł w porównaniu z 2018 r. o ok. 17%. Wskaźnik zapadalności na nowotwór złośliwy sutka w przeliczeniu na 100 tys. kobiet w województwie wyniósł 104,2, a w kraju 93,5. Natomiast wskaźnik liczby zgonów nim spowodowanych na 100 tys. kobiet w województwie wyniósł 43,6, a w kraju 37,6.	Mimo poprawy sytuacji w województwie w zakresie udziału kobiet przebadanych w kierunku nowotworu złośliwego sutka w populacji do przebadania w porównaniu z 2018 r. wartości wskaźników dotyczących zapadalności i zgonów w województwie były wyższe niż w przypadku kraju.	Należy podjąć działania mające na celu poprawę zgłaszalności na badania mammograficzne.
3.5.	W województwie odnotowano niemal trzykrotnie mniejszą niż w Polsce (68,8 i 181,6) wartość wskaźnika liczby badań przesiewowych na 100 tys. ludności wykonanych w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego. Była to trzecia najmniejsza wartość wskaźnika wśród wszystkich województw. ²	Zgłaszalność na badania przesiewowe w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego była niska w porównaniu z całym krajem i pozostałymi województwami.	Należy podjąć działania mające na celu poprawę zgłaszalności na badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego.

² Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych ze strony internetowej Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego (www.pbp.org.pl) oraz Banku Danych Lokalnych GUS (www.bdl.stat.gov.pl)

Podstawowa opieka zdrow.	3.6	<p>Kolejnymi czynnikami ryzyka wpływającymi na DALLY i zgony w województwie były: wysokie ciśnienie krwi, wysokie BMI, ryzyka żywieniowe, wysokie stężenie glukozy na czczo, wysoki poziom cholesterolu, zanieczyszczeni powietrza, ryzyka zawodowe, zaburzenia czynności, niska aktywność fizyczna.</p> <p>Ponadto: Samorząd województwa realizuje lub planuje realizować programy m.in. w zakresie profilaktyki: nadwagi i otyłości, zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), przewlekłych bólów kręgosłupa, osteoporozy, wczesnego wykrywania nadciśnienia tętniczego, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych oraz badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej, zapobiegania upadkom przez seniorów i zapobiegania ciężkim zapaleniom płuc u chorych onkologicznych z najczęstszymi nowotworami litymi i hematologicznymi, uzależnień od alkoholu.</p>	Istnieje potrzeba pojęcia działań mających na celu realizację programów profilaktycznych dotyczących pozostałych czynników ryzyka mających wpływ na DALLY i zgony.	Poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia oraz ograniczenie negatywnego wpływu czynników ryzyka na DALLY i zgony poprzez realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego, programów polityki zdrowotnej, programów profilaktyki zdrowotnej dotyczących wymienionych czynników ryzyka.
	4.1.	Wskaźnik liczby lekarzy o specjalności medycyna rodzinna na 100 tys. mieszkańców województwa wyniósł 24,1 i klasyfikował je na 12. pozycji w skali kraju. Jest znacznie niższy niż rekomendowany 44,3. Z ogólnej liczby lekarzy tej specjalności 19%	W województwie zabezpieczenie w kadrę medyczna jest niewystarczające.	Wypracowanie rozwiązań na szczeblu województwa w zakresie rozwoju kadr.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		stanowili lekarze w wieku emerytalnym. 65 lekarzy ciągu 6 lat osiągnie wiek emerytalny. Natomiast 109 lekarzy jest w trakcie specjalizacji		medycznych i ich optymalnego rozmieszczenia.
	5.1.	W województwie wskaźnik liczby porad na 1 mieszkańca, udzielanych w ramach AOS był niższy od średniej wartości dla kraju. W latach 2015-2019 zaobserwowano spadek liczby porad udzielanych w AOS oraz spadek liczby pacjentów korzystających z AOS.	Porównanie wskaźników liczby porad na 1 mieszkańca w województwie, ze średnią wartością wskaźnika dla kraju, spadek liczby udzielanych porad oraz spadek liczby pacjentów mogą wskazywać na ograniczenia w dostępie do świadczeń AOS (w ramach NFZ) na terenie województwa.	Zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w ramach AOS.
	5.2.	Problematykami zdrowotnymi, w związku z którymi udzielano najczęściej porad w ramach AOS były choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, nowotwory, choroby układu moczowo-płciowego, choroby układu krążenia, układu oddechowego, oka i przydatków oka, skóry i tkanki podskórnej. Najwięcej świadczeń w ramach AOS udzielono pacjentom w grupie wiekowej 65+.	Problemy zdrowotne, w związku z którymi udzielono najczęściej porad w ramach AOS, najliczniejsza grupa wiekowa pacjentów, prognozy demograficzne oraz dane epidemiologiczne wskazują na zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia w zakresach onkologii, kardiologii, reumatologii, urologii, pulmonologii, okulistyki, dermatologii, geriatry.	Zapewnienie większego dostępu do poradni specjalistycznych, w zakresach których udzielanych jest najczęściej świadczeń oraz dla których prognozuje się zwiększony popyt m. in. ze względu na starzenie się społeczeństwa i z których najczęściej korzystają osoby w podeszłym wieku.
	5.3.	Dłuższy niż w przypadku kraju średni czas oczekiwania na udzielenia świadczenia w trybie stabilnym, wg danych za luty 2020 odnotowano	Dłuższy od wartości dla kraju średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia we wskazanych rodzajach poradni może	Poprawa dostępności do poradni specjalistycznych charakteryzujących się dłuższym

	<p>m.in. w poradniach gastroenterologicznej, geriatrycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, okulistycznej, położniczo-ginekologicznej, urologicznej, neurologicznej, kardiologicznej, diabetologicznej.</p> <p>W trybie pilnym czasy oczekiwania dla analizowanych rodzajów poradni były niższe niż średnie wartości dla kraju, z wyjątkiem kolejek do poradni dermatologicznej.</p>	wskazywać na ograniczoną dostępność do świadczeń AOS.	od średniej wartości dla kraju czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia.
5.4.	<p>Najdłuższy przeciętny czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w ramach AOS, wg stanu na luty 2020 r. w trybie stabilnym dotyczył m.in.: poradni nowotworów krwi, poradni chorób metabolicznych dla dzieci i poradni chirurgii naczyniowej. W odniesieniu do poradni chorób metabolicznych dla dzieci i poradni chirurgii naczyniowej przeciętny czas oczekiwania był dłuższy niż w Polsce o około 100 dni. W trybie pilnym dotyczył poradni endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz poradni genetycznej. W obu przypadkach przeciętny czas oczekiwania był dłuższy niż w Polsce o około 100 dni.</p>	Najdłuższy przeciętny czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w ramach AOS we wskazanych rodzajach poradni może wskazywać na ograniczoną dostępność do świadczeń AOS.	Poprawa dostępności do poradni specjalistycznych, charakteryzujących się najdłuższym przeciętnym czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia.
5.5.	<p>W poszczególnych powiatach województwa odnotowano brak dostępności do określonych rodzajów świadczeń, realizowanych w poradniach AOS. Dotyczy to m.in. poradni: onkologicznej,</p>	Na terenie województwa występuje zróżnicowanie pod względem dostępności do świadczeń AOS w poszczególnych powiatach.	Dążenie do wyrównania dostępności do poradni specjalistycznych na terenie województwa, w szczególności

	<p>chirurgii onkologicznej, chemioterapii, hematologii, chorób płuc, gastroenterologii, nefrologii, geriatry, genetyki, radioterapii, endokrynologii, kardiologii dziecięcej, audiologicznej, logopedycznej, otorynolaryngologicznej dla dzieci, neurologicznej dla dzieci, chirurgicznej ogólnej dla dzieci, nefrologicznej dla dzieci, neonatologicznej, chirurgii urazowo- ortopedycznej dla dzieci, urologicznej dla dzieci, patologii ciąży.</p>		<p>uzupełnienie sieci zakontraktowanych poradni w powiatach pozbawionych do nich dostępu.</p>
5.6.	<p>Na terenie województwa, w ramach poszczególnych rodzajów poradni AOS funkcjonują tylko pojedyncze podmioty realizujące świadczenia w ramach umów z NFZ. Dotyczy to m.in. poradni: chirurgii plastycznej, chorób metabolicznych dla dzieci, chorób zakaźnych dla dzieci, dermatologicznej dla dzieci, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, hepatologicznej, immunologicznej, immunologicznej dla dzieci, kardiochirurgicznej, leczenia mukowiscydozy dla dzieci, neurochirurgicznej dla dzieci, onkologicznej dla dzieci, profilaktyczno-leczniczej (HIV/AIDS), proktologicznej, reumatologicznej dla dzieci, transplantologicznej, transplantologicznej dla dzieci.</p>	<p>Funkcjonowanie na terenie województwa tylko jednego podmiotu realizującego określony zakres świadczeń w ramach poradni AOS może wskazywać na ograniczenie dostępności do świadczeń.</p>	<p>Dążenie do wyrównania dostępności do poradni specjalistycznych na terenie województwa, w szczególności uzupełnienie sieci zakontraktowanych poradni o zakresy, w których na terenie województwa funkcjonuje tylko jeden podmiot realizujący świadczenia w ramach umowy z NFZ.</p>

Leczenie szpitalne	6.1.	W województwie następuje systematyczny wzrost udziału hospitalizacji w grupie wiekowej 65 lat i więcej. W 2010 r. 27,5% ogółu hospitalizacji mieszkańców w szpitalach ogólnych w województwie dotyczyło osób w wieku 65 lat i więcej, a w 2019 r. już 35,7%. W 2019 r. 21,6% populacji województwa było w wieku poprodukcyjnym, a współczynnik obciążenia demograficznego wyniósł 65,6. Zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego w 2050 r. odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w całej populacji wzrośnie w województwie do 29%, a współczynnik obciążenia demograficznego do 78,1.	W perspektywie kolejnych lat należy się spodziewać znacznego wzrostu odsetka hospitalizacji wśród osób starszych.	Poprawa dostępności do leczenia szpitalnego dedykowanego osobom starszym.
	6.2.	Wśród mieszkańców województwa najczęstszą przyczyną hospitalizacji w szpitalach ogólnych w województwie w 2019 r. były: choroby układu krążenia - 19% oraz nowotwory - 11%. Te podgrupy problemów zdrowotnych były również najbardziej dotkliwe dla populacji województwa z punktu widzenia wartości wskaźnika DALY oraz liczby zgonów. Zgodnie z prognozą sytuacja w tym zakresie nie ulegnie zmianie.	Zabezpieczenie leczenia chorób układu krążenia oraz nowotworów w zakresie leczenia szpitalnego stanowi największe wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia obecnie oraz w najbliższej przyszłości.	Zwiększenie możliwości i skuteczności leczenia w zakresie najczęstszych przyczyn hospitalizacji z uwzględnieniem dostępu do najnowszych technologii medycznych.

	<p>6.3. Największą wartość wskaźnika obłożenia łóżek w województwie (powyżej 90%) odnotowano na oddziałach: psychogeriatrycznych (115%), onkologicznych (101%), udarowych (96%), leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych – detoksykacji (96%), psychiatrycznych (94%), terapii uzależnienia od alkoholu (94%), leczenia zaburzeń nerwicowych (92%), rehabilitacyjnych (91%), intensywnego nadzoru kardiologicznego (89,3%), rehabilitacji narządu ruchu (88%), rehabilitacji neurologicznej (87%), AIDS (87%), hematologicznych (86%), psychiatrycznych dla dzieci (86%), gastroenterologicznych (86%), leczenia uzależnień (85%), geriatrycznych (84%), obserwacyjno-zakaźnych (83%), nefrologicznych (82%), pulmonologicznych (81%), chirurgii onkologicznej (80%)³.</p>	<p>Na wybranych oddziałach funkcjonujących na terenie województwa obłożenie zbliżało się lub przekraczało 100%, co oznacza funkcjonowanie systemu leczenia szpitalnego w tym zakresie może znajdować się na granicy wydolności.</p>	<p>Optymalizacja bazy łóżkowej na oddziałach o największym obłożeniu.</p>
	<p>6.4. W województwie odnotowano znacząco mniejszą niż w Polsce wartość wskaźnika liczby łóżek na 100 tys. ludności dla następujących oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej (16,7 - najmniejsza wartość wśród wszystkich województw, 23,5 w Polsce) i chorób wewnętrznych (42 - druga najmniejsza wartość wśród wszystkich</p>	<p>Liczba łóżek na 100 tys. ludności we wskazanych specjalnościach była znacznie mniejsza w porównaniu do całego kraju oraz pozostałych województw, co oznacza brak odpowiedniego zabezpieczenia populacji województwa w tym zakresie.</p>	<p>Zwiększenie bazy łóżkowej na oddziałach o najmniejszej wartości wskaźnika liczby łóżek na 100 tys. ludności w porównaniu z wartościami dla innych województw.</p>

³ Źródło: Biuletyn Statystyczny. Ochrona zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r., str. 194-196, na podstawie sprawozdania MZ-29.

	województw, 53,7 w Polsce) oraz oddziałach rehabilitacyjnych (16,3 przy 33,7 w Polsce).		
6.5.	Na terenie województwa funkcjonowało 15 oddziałów kardiologicznych umiejscowionych w: Bydgoszczy, Toruniu, Tucholi, Golubiu-Dobrzyniu, Grudziądzu, Inowrocławiu (42 łóżka), Osielesku i Włocławku. Oddziały kardiochirurgiczne natomiast znajdowały się jedynie w Bydgoszczy i powiecie bydgoskim oraz Grudziądzu.	Zabezpieczenie leczenia szpitalnego ludności województwa w zakresie chorób układu krążenia było nierównomierne. Pod względem dostępu do oddziałów i łóżek kardiologicznych sytuacja niekorzystnie kształtowała się we wschodniej części województwa. Natomiast w zakresie kardiochirurgii południowa część województwa była zupełnie niezabezpieczona, mimo, że wojewódzki wskaźnik liczby łóżek na oddziałach kardiochirurgicznych na 100 tys. ludności był wyższy niż ogólnopolski.	Poprawa dostępności do stacjonarnego leczenia kardiologicznego we wschodniej i południowej części województwa, usankcjonowanie sieci referencyjności ośrodków kardiologicznych.
6.6.	Oddziały onkologiczne, chirurgii onkologicznej oraz onkologii klinicznej/chemioterapii funkcjonowały tylko w miastach na prawach powiatu. Wartość wskaźnika liczby łóżek na oddziałach onkologicznych na 100 tys. ludności była znacznie niższa w województwie niż w Polsce (1 vs 5,63).	Zabezpieczenie leczenia szpitalnego ludności województwa w zakresie chorób onkologicznych było niewystraszające i nierównomierne, ograniczało się do największych miast na prawach powiatu.	Poprawa dostępności do stacjonarnego leczenia onkologicznego.
6.7.	Wartość wskaźnika liczby miejsc pobytu dziennego na 100 tys. ludności w województwie wyniosła 126 i była znacznie mniejsza niż wartość wskaźnika dla Polski (187). Wartość wskaźnika liczby łóżek na	Zabezpieczenie populacji województwa pod względem miejsc pobytu dziennego oraz łóżek na oddziale leczenia jednego dnia było nierównomierne. Istnieje	Poprawa potencjału leczniczego szpitali ze szczególnym uwzględnieniem miejsc

	oddziale leczenia jednego dnia na 100 tys. ludności w województwie wyniosła 2 i była znacznie mniejsza niż wartość wskaźnika dla Polski (4,31).	potrzeba zwiększenia liczby miejsc dziennego pobytu oraz łóżek na oddziale leczenia jednego dnia.	dziennego pobytu oraz oddziałów leczenia jednego dnia.
6.8.	Według stanu na luty 2020 r. kolejki o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania w leczeniu szpitalnym na terenie województwa dotyczyły świadczeń takich, jak: endoprotezoplastyka stawu kolanowego oraz endoprotezoplastyka stawu biodrowego (w przypadkach stabilnych i pilnych), a także operacja palucha koślawego (w przypadkach stabilnych). W porównaniu do Polski znacząco dłuższy przeciętny czas oczekiwania odnotowano w odniesieniu do operacji palucha koślawego (szczególnie w przypadkach stabilnych – ponad 250 dni), a także endoprotezoplastyki stawu kolanowego (w przypadkach stabilnych prawie 250 dni, a w przypadkach pilnych prawie 200 dni) i biodrowego (w przypadkach stabilnych ponad 200 dni, a w przypadkach pilnych prawie 200 dni).	Zabezpieczenie ludności województwa pod względem wskazanych świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu chirurgii ortopedycznej było niewystarczające co przekładało się na długi czas oczekiwania na ich udzielenie oraz pogorszenie stanu zdrowia oraz komfortu życia pacjentów oczekujących.	Poprawa dostępności do leczenia ortopedycznego poprzez racjonalizację wykorzystania łóżek szpitalnych i zwiększenie ich liczby w celu skrócenia czasu oczekiwania na udzielenie wskazanych świadczeń opieki zdrowotnej.
6.9.	Od 2018 r. w województwie obserwuje się wzrost liczby zakażeń szpitalnych. Pod względem wskaźnika liczby zakażeń szpitalnych leczonych stacjonarnie na 100 tys. mieszkańców województwo zajmuje 3. miejsce w kraju z wartością 286,48 (powyżej wartości średniej dla Polski, która wynosiła 235,55). Współczynnik	Działania podejmowane w celu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym w podmiotach leczniczych na terenie województwa są niewystarczające i wymagają poprawy.	Zwiększenie reżimu sanitarno-epidemiologicznego w podmiotach leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów hematologicznych.

	<p>zgonów spowodowanych zakażeniem szpitalnym na 100 tys. mieszkańców w 2019 r. w woj. był wyższy niż średnia dla kraju (5,74 vs. 4,05). Pod względem śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych woj. zajmowało 13. miejsce w Polsce licząc od najniższych wartości.</p>		
6.10.	<p>Wartość wskaźnika liczby zakażeń o etiologii Clostridium Difficile (CDI) na 100 tys. mieszkańców w województwie była wyższa niż wartość dla Polski (33,58 vs 29,33) i wzrasta skokowo od 2011 r. Do 2017 r. była niższa od wartości dla kraju. Również wartość wskaźnika zakażeń w województwie na 10 tys. pacjentodni przewyższała wartość dla kraju. Natomiast wartość wskaźnika liczby zgonów na 100 tys. mieszkańców spowodowanych zakażeniem CDI była niższa od średniej wartości dla kraju (8,4 vs. 9,45). W stosunku do roku poprzedniego zmalała o 2,4. Wartość wskaźnika zgonów do 90 dni od rozpoznania CDI na 100 tys. mieszkańców wyniosła 8,4 (przy wartości dla Polski wynoszącej 9,45). Według estymatora Kaplana-Meiera w województwie prawdopodobieństwo przeżycia w ciągu 90 dni od zakażenia CDI wynosiło 75% i było wyższe niż dla kraju (67,77%). Oddziały, na których prawdopodobnie dochodziło do największej liczby zakażeń to: oddziały chorób</p>	<p>W województwie w ostatnich latach występował negatywny trend związany ze zwiększaniem liczby zakażeń o etiologii CDI na 100 tys. mieszkańców i przekroczeniem wartości tego wskaźnika dla kraju.</p>	<p>Podjęcie działań zmniejszających ryzyko wystąpienia zakażenia o etiologii CDI ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów chorób wewnętrznych, szpitalnych oddziałów ratunkowych, oddziałów chirurgii ogólnej oraz izb przyjęć.</p>

	wewnętrznych, szpitalne oddział ratunkowe, oddziały chirurgii ogólnej oraz izby przyjęć.		
6.11.	<p>Wartość wskaźnika liczby seps na 100 tys. mieszkańców w województwie była wyższa niż wartość dla Polski (131,83 vs 86,79) i od 2015 r. systematycznie wzrasta. Również wartość wskaźnika zakażeń w województwie na 10 tys. pacjentodni przewyższała wartość dla kraju. Analogiczna sytuacja dotyczyła wskaźnika liczby zgonów związanych z sepsą na 100 tys. mieszkańców (zgon do 28 dni od rozpoznania sepsy). Wartość wskaźnika wyniosła 35,18 i była wyższa niż średnia wartość dla kraju – 24,37. Wartość tego wskaźnika również systematycznie wzrastała od 2015 r. Według estymatora Kaplana-Meiera w województwie prawdopodobieństwo przeżycia do 28 dni od wstąpienia sepsy wyniosło 73,32 % i była wyższa niż średnia dla kraju (71,92%). Oddziały, na których prawdopodobnie dochodzi do największej liczby wystąpień seps to: oddziały chorób wewnętrznych, szpitalne oddziały ratunkowe, oddziały obserwacyjno-zakaźne oraz oddziały anestezjologii i intensywnej terapii.</p>	<p>W województwie w ostatnich latach występował negatywny trend związany ze zwiększaniem liczby seps i zgonów nimi spowodowanych na 100 tys. mieszkańców oraz przekroczeniem wartości obu wskaźników dla kraju.</p>	<p>Podjęcie działań zmniejszających ryzyko wystąpienia seps ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów chorób wewnętrznych, szpitalnych oddziałów ratunkowych, oddziałów obserwacyjno-zakaźnych oraz oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.</p>
6.12.	nie dotyczy	nie dotyczy	<p>Podjęcie działań mających na celu zwiększenie liczby stanowisk w obszarze anestezjologii</p>

				<p>i intensywnej terapii, w szpitalach o kluczowym znaczeniu dla bezpieczeństwa w regionie oraz w pozostałych szpitalach o znaczeniu lokalnym. Poprawa koordynacji pracy systemu opieki zdrowotnej</p> <p>Skrócenie czasu pobytu chorych przebywających w oddziałach intensywnej terapii. Organizacja oddziałów przejściowych w podmiotach leczniczych dla pacjentów leczonych w oddziałach intensywnej terapii, którzy nie wymagają już leczenia technikami zaawansowanymi⁴.</p>
6.13.	nie dotyczy		<p>Funkcjonujące obecnie na terenie województwa oddziały chirurgii szczękowo-twarzowej nie są dostosowane do udzielania świadczeń dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia. Funkcjonują na terenie placówek szpitalnych nieposiadających oddziału pediatrycznego oraz dziecięcego oddziału anestezjologii i intensywnej</p>	<p>Utworzenie jednostki udzielającej świadczeń szpitalnych w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci i młodzieży w wieku do lat 18⁵.</p>

⁴ Rekomendacja konsultanta wojewódzkiego

⁵ Rekomendacja konsultanta wojewódzkiego

		terapii, czego wymagają standardy bezpieczeństwa udzielania świadczeń. Problem ten obejmuje całokształt potrzeb w tej grupie wiekowej, w tym ostrych urazów części twarzowej czaszki u dzieci i młodzieży.	
6.14.	nie dotyczy	Dostępność do świadczeń zdrowotnych w zakresie hematologii była w 2019 r. niedostateczna, szczególnie na terenie byłego województwa bydgoskiego. Wynikało to ze zbyt małej liczby lekarzy specjalistów oraz ograniczonej bazy łóżkowej.	Poprawa dostępności do stacjonarnego leczenia w zakresie hematologii.
6.15.	Wartość wskaźnika umieralności niemowląt ogółem w województwie wyniosła 4,91 i była najwyższa wśród wszystkich województw. Zarówno w przypadku chłopców, jak i dziewczynek wartość wskaźnika była wyższa niż wartości dla Polski. W przypadku dziewczynek była to wartość najwyższa wśród wszystkich województw. Również przy podziale na miasto i wieś wartość wskaźnika była w obu przypadkach wyższa niż wartość dla Polski. W przypadku miasta ponownie była to wartość najwyższa wśród wszystkich województw. Natomiast wartość współczynnika umieralności okołoporodowej ogółem. wyniosła 7,2 i była	Istnieje potrzeba podjęcia działań mających na celu zmniejszenie śmiertelności noworodków i niemowląt.	Podjęcie działań zmierzających do Zakwalifikowania istniejących oddziałów pediatrycznych i neonatologicznych do wyższych poziomów referencyjności, ich wyposażenie sprzętowe i kadrowe.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		najwyższa wśród wszystkich województw. Zarówno w mieście, jak i na wsi wartość współczynnika była wyższa niż w Polsce. W mieście była to najwyższa wartość wśród wszystkich województw, a na wsi tylko dla jednego województwa odnotowano wyższą wartość.		
	6.16.	Brak wybranych oddziałów szpitalnych na terenie województwa lub ich koncentracja w największych miastach. Dotyczy to m. in. oddziału diabetologicznego, oddziału otorynolaryngologicznego dla dzieci, oddziału ortopedii i traumatologii dziecięcej, oddziału dermatologicznego dla dzieci.	Dostęp do leczenia stacjonarnego w zakresie niektórych specjalizacji był utrudniony w związku z brakiem odpowiedniego oddziału na terenie województwa lub nierównomiernym rozmieszczeniem.	Podjęcie działań zmierzających do utworzenia oddziałów szpitalnych w nowych lokalizacjach w ramach specjalizacji, do których dostęp dla dużej części populacji jest utrudniony w związku z ich brakiem na terenie województwa lub nierównomiernym rozmieszczeniem.
	7.1.	W województwie odnotowano największą wartość wskaźnika liczby pacjentów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień na 100 tys. ludności wśród wszystkich województw, zarówno w populacji dorosłych, jak i dzieci i młodzieży. Ponad 96,82 % pacjentów zamieszkujących teren województwa leczonych jest na terenie obszaru zamieszkania. Ponad 3500 pacjentów leczy się poza miejscem zamieszkania	Wskaźnik liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej oraz dane w zakresie migracji pacjentów wskazują na niewystarczającą dostępność do świadczeń opieki psychiatrycznej na terenie województwa.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

7.2.	Najwięcej dorosłych pacjentów leczonych było ze względu na zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju oraz zaburzenia organiczne. W przypadku wszystkich wymienionych grup chorób wartość wskaźnika liczby pacjentów na 100 tys. ludności była wyższa w województwie niż w Polsce. Wśród dzieci i młodzieży najczęściej leczonymi grupami chorób były zaburzenia hiperkinetyczne, pozostałe zaburzenia psychiczne, zaburzenia emocji i całościowe zaburzenia rozwojowe. W przypadku wszystkich wymienionych grup chorób wartość wskaźnika liczby pacjentów na 100 tys. ludności była wyższa w województwie niż w Polsce.	Wskaźnik liczby pacjentów z poszczególnymi rodzajami zaburzeń którym udzielono świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży, może przyczyniać się do powstawania sytuacji związanej z niewystarczającą dostępnością do tego rodzaju świadczeń na terenie województwa.	Realizacja celów i zadań określonych w programach profilaktycznych przygotowanych dla województwa.
7.3.	Na terenie województwa odnotowano jedną z najniższych w kraju wartość wskaźnika liczby pacjentów na 100 tys. mieszkańców leczonych na oddziale psychiatrycznym. Wysokie obłożenie łóżek na oddziałach psychiatrycznych i psychogeriatrycznym. Zidentyfikowano obszary pozbawione dostępności do leczenia na oddziale psychiatrycznym dla dzieci.	Dostępność do leczenia w szpitalnych oddziałach psychiatrycznych, psychogeriatrycznych oraz psychiatrycznych dla dzieci jest niewystarczająca do zapewnienia aktualnych i przyszłych potrzeb.	Rozwój bazy łóżkowej w szpitalnych oddziałach psychiatrycznych.
7.4.	Na terenie województwa poradnie dla osób dorosłych funkcjonowały we wszystkich powiatach lub graniczących z nimi miastach na prawach powiatu. Z kolei zespoły leczenia środowiskowego oraz oddziały dzienne funkcjonowały jedynie	Istnieje potrzeba uruchomienia kolejnych ośrodków udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki psychiatrycznej.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach oddziałów dziennych oraz

	w miastach na prawach powiatu. Oddziały dzienne dla dzieci i młodzieży działały jedynie w miastach wojewódzkich, a zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży na terenie województwa nie było wcale. W związku z tym dostęp do tych form leczenia był mocno ograniczony w przypadku większości gmin i powiatów		zespołów leczenia środowiskowego.
7.5.	Na terenie województwa funkcjonuje tylko jedno Centrum Zdrowia Psychicznego, które swoim działaniem obejmuje miasto Toruń.	Istnieje potrzeba uruchomienia kolejnych centrów zdrowia psychicznego oraz dostosowania infrastruktury pomiotów leczniczych realizujących środowiskowy model opieki psychiatrycznej i wyrażających chęć włączenia w nowy model opieki psychiatrycznej dla dorosłych.	Rozwój środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej dla dorosłych.
7.6.	Na terenie województwa działa niewystarczająca liczba podmiotów funkcjonujących w ramach nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.	Istnieje potrzeba uruchomienia Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży, Centrów Zdrowia Psychicznego, Ośrodków Wielospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej działających w ramach nowego modelu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wdrożenie nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży opartego na trzech poziomach referencyjnych.

7.7.	W zakresie leczenia uzależnień wśród osób dorosłych na tle innych województw odnotowano jedne z najniższych wartości wskaźników w odniesieniu do leczenia w poradniach (liczba pacjentów i porad na 100 tys. ludności) oraz oddziałach/ośrodkach detoksykacji (liczba pacjentów i osobodni na 100 tys. Ludności).	Istnieje potrzeba zwiększenia poziomu zabezpieczenia w zakresie leczenia uzależnień i zapobiegania intoksykacjom nowymi substancjami psychoaktywnymi (w tym skutecznego ich rozpoznania).	Poprawa dostępności do świadczeń z zakresu leczenia uzależnień ze szczególnym naciskiem na terapię dzieci i młodzieży.
7.8.	Na terenie województwa brakuje hosteli dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych. Funkcjonowało również niewiele oddziałów/ośrodków detoksykacji, które zlokalizowane były poza największymi miastami województwa.	Istnieje potrzeba uruchomienia hosteli dla osób uzależnionych od alkoholu oraz oddziałów/ośrodków detoksykacji. (w opinii NFZ tworzenie hosteli jest bezcelowe, podobnie jak zwiększenie dostępności do detoksykacji. NFZ postuluje przywrócenia systemu izb wytrzeźwień)	Utworzenie na terenie województwa hosteli dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych. Podjęcie działań mających na celu zmniejszenie obciążenia SOR w udzielaniu pomocy osobom niewymagającym leczenia poprzez izby wytrzeźwień i wzmocnienie wsparcia osób bezdomnych.
7.9.	Na terenie województwa poradnie dla dzieci i młodzieży funkcjonowały tylko w miastach na prawach powiatu (Bydgoszcz, Toruń, Grudziądz) oraz w Świeciu, gdzie siedzibę ma Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych. W związku z tym największa odległość od jednostek	Istnieje potrzeba uruchomienia kolejnych ośrodków udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży	Poprawa dostępności do ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży.

Rehabilitacja medyczna		udzielających tego typu świadczeń dotyczyła gmin z zachodniej części województwa.		
	7.10.	Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 9,2 i była znacznie niższa niż jego wartość rekomendowana (20,0, a także niższa niż wartość dla Polski (10,2). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności wyniosła 1,3 i była znacznie niższa niż jego wartość rekomendowana przez konsultantów krajowych (2,0), ale nieco wyższa niż wartość dla Polski (1,1). Średni wiek lekarza wynosił 54,31 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym wyniósł 27%.	W województwie zabezpieczenie w kadrę medyczną w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży nie jest wystarczające	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.
	8.1.	W województwie odnotowano wyższą o 16 % od średniej krajowej wartość wskaźnika w zakresie liczby pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach rehabilitacji medycznej na 100 tys. ludności względem miejsca jego udzielenia. W rehabilitacji dziennej wskaźnik ten był niższy o 45 %, a w stacjonarnej był niższy o 24 %, w domowej był niższy o 44%, w ambulatoryjnej był wyższy o 21%. Liczba porad lekarskich w ramach rehabilitacji medycznej na 100 mieszkańców była w stosunku do średnich wartości dla Polski: wyższa o 9 % w przypadku ambulatoryjnej i o 75 % niższa w przypadku domowej.	Wskaźnik liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach rehabilitacji medycznej, liczby udzielonych porad lekarskich oraz prognoz demograficznych mogą wskazywać na niewystarczającą dostępność do tego rodzaju świadczeń w województwie.	Zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w ramach rehabilitacji medycznej

8.2.	Saldo migracji pacjentów wymagających rehabilitacji w województwie było dodatnie i wyniosło 1 162. Jest to wartość przedstawiona dla wszystkich rodzajów świadczeń łącznie. Najwyższe saldo migracji było w miastach na prawach powiatu, a najniższe w powiatach bydgoskim, toruńskim, włocławskim i grudziądzkim. Obserwuje się bardzo wyraźnie migrację pacjentów do miast na prawach powiatu z ich obrzeży. Województwo odnotowało ujemny wskaźnik migracji w zakresie rehabilitacji dziennej i domowej.	Wskaźnik dotyczący salda migracji wskazuje na terytorialne ograniczenia dostępności do świadczeń w zakresie rehabilitacji medycznej.	Zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w ramach rehabilitacji medycznej
8.3.	Wskaźnik liczby rehabilitowanych pacjentów na 100 tys. mieszkańców najbardziej obiegał od średnich wartości dla kraju w zakresach: kardiologii (- 29%), neurologii (+ 2%), r. ogólnej (+ 16%), pulmonologicznej (- 46%), zaburzeń słuchu i mowy (-20%), śpiączki (- 60%), zaburzeń wzroku (- 68%), zaburzeń wieku rozwojowego (+ 2%).)	Wskaźnik dotyczący liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń rehabilitacji medycznej w poszczególnych zakresach może wskazywać na niewystarczającą dostępność do świadczeń.	Zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w ramach rehabilitacji medycznej w zakresach, w których wskaźnik liczby pacjentów najbardziej odbiega od średnich wartości dla kraju.
8.4.	Największe różnice pomiędzy wartościami wskaźnika liczby pacjentów na 100 tys. mieszkańców dla kraju wskaźnika i województwa występowały w rehabilitacji stacjonarnej w zakresie: kardiologicznej (-26%), reh. ogólnej (-28%), pulmonologicznej (-33%), śpiączki (-66%), neurologicznej (-4%). Liczba łóżek na koniec roku, na 100 tys. mieszkańców w województwie była	Wskaźnik dotyczący liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń rehabilitacji medycznej stacjonarnej może wskazywać na niewystarczającą dostępność do świadczeń w zakresie: kardiologii, pulmonologii, reh. ogólnej, śpiączki.	Zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w ramach stacjonarnej rehabilitacji medycznej w zakresie kardiologicznej, pulmonologii, reh. ogólnej, śpiączki, neurologicznej.

	niższa o 26% od średniej wartości dla kraju. Na terenie województwa odnotowano bardzo długie terminy oczekiwania na rehabilitację stacjonarną ogólnoustrojową.		.
8.5.	Największe różnice do średnich wartości dla kraju wskaźnika liczby pacjentów na 100 tys. mieszkańców występowały w rehabilitacji dziennej w zakresie: rehabilitacji ogólnej (-72%), zaburzeń wzroku (-76 %), zaburzeń słuchu i mowy (-43%). Na terenie województwa odnotowano bardzo długie terminy oczekiwania na udzielenie świadczeń rehabilitacji dziennej. Wskaźnik liczby miejsc pobytu dziennego na 100 tys. ludności był o 39% niższy od średniej dla kraju. W 14 powiatach brak ośrodków rehabilitacji dziennej.	Wskaźnik dotyczący liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń rehabilitacji medycznej dziennej może wskazywać na niewystarczającą dostępność do świadczeń w wymienionych zakresach.	Zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w ramach rehabilitacji medycznej dziennej.
8.6.	Największe różnice do średnich wartości dla kraju wskaźnika liczby pacjentów na 100 tys. mieszkańców w przypadku świadczeń domowych dotyczyły rehabilitacji. ogólnej (-44%), Wskaźniki liczby porad lekarskich na 100 tys. mieszkańców i wizyt fizjoterapeutów był odpowiednio o 83% i 64% niższy od średniej dla kraju.	Wskaźnik dotyczący liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń rehabilitacji medycznej domowej, liczby porad lekarskich i wizyt fizjoterapeutów mogą wskazywać na niewystarczającą dostępność do tego rodzaju świadczeń.	Zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w ramach rehabilitacji medycznej domowej.
8.7.	Głównymi rozpoznaniem w rehabilitacji medycznej w województwie (we wszystkich rodzajach świadczeń łącznie) były choroby układu mięśniowo-	Prognozy demograficzne i epidemiologiczne wskazują na wzrost zapotrzebowania na świadczeniach	Zapewnienie kompleksowej rehabilitacji dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo-

	szkieletowego (74,4%) oraz choroby układu nerwowego (15,7%). Choroby układu mięśniowo-szkieletowego były główną przyczyną rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, stacjonarnych i dziennych, natomiast w przypadku rehabilitacji prowadzonej w warunkach domowych głównym rozpoznaniem były choroby układu nerwowego. Udział pacjentów z rozpoznaniem udaru w województwie w ogólnej liczbie pacjentów korzystających ze świadczeń w ramach rehabilitacji medycznej wzrósł w stosunku do lat ubiegłych.	udzielane w ramach rehabilitacji medycznej.	szkieletowego, po udarach oraz po urazach osób w wieku podeszłym.
8.8.	Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji medycznej na 100 tys. ludności był o 12% wyższy niż średnia dla Polski. W tym kontekście, w porównaniu ze średnimi wartościami wskaźników dla kraju był w: rehabilitacji: stacjonarnej 12 % niższy, ambulatoryjnej 27 % wyższy, domowej 44 % niższy, dziennej 34% niższy.	Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji domowej, dziennej i stacjonarnej może wskazywać na niewystarczający dostęp do podmiotów realizujących wskazany zakres świadczeń.	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji na terenie województwa zwłaszcza tych działających w zakresie rehabilitacji domowej, dziennej oraz stacjonarnej.
8.9.	Liczba łóżek dostępnych w województwie dla pacjentów stacjonarnej opieki rehabilitacji medycznej w województwie w przeliczeniu na 100 tys. ludności na koniec roku była o 26 % niższa niż średnia wartość dla wskaźnika dla Polski.	Dostępność do łóżek stacjonarnej opieki rehabilitacji medycznej jest niewystarczająca dla zapewnienia aktualnych jak i przyszłych potrzeb społeczeństwa.	Rozwój bazy łóżkowej stacjonarnej opieki rehabilitacji medycznej.
8.10.	Wskaźnik liczby lekarzy o specjalności rehabilitacja medyczna na 100 tys. mieszkańców był niższy od	Zabezpieczenie w kadrę fizjoterapeutów jest niewystarczające.	Podjęcie działań zmierzających do kształcenia i zatrudniania

Opieka długoterminowa		średniej wartości dla kraju. Liczba fizjoterapeutów na podstawie danych z Krajowej Izby Fizjoterapeutów w maju 2020 r. przypadająca na 100 tys. mieszkańców była niższa o 10% niż średnia wartość dla Polski i wynosiła 155,6.		większej liczby lekarzy o specjalności rehabilitacja medyczna oraz fizjoterapeutów.
	9.1.	W województwie odnotowano niższą o 23% od średniej dla kraju wartość wskaźnika liczby pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki długoterminowej na 100 tys. ludności względem miejsca jego udzielania. W opiece domowej wskaźnik ten było 28% niższy niż w Polsce, a w stacjonarnej o 16% niższy niż w Polsce. Występują również ujemne saldo migracji pacjentów które odnotowano głównie w powiatach, w których brak ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej.	Wskaźnik liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach opieki długoterminowej oraz ujemny wskaźnik migracji, wskazuje na niewystarczającą dostępność do tego rodzaju świadczeń na terenie województwa.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w ramach opieki długoterminowej: domowej i stacjonarnej.
	9.2.	Wśród ogółu pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w województwie 30,2% stanowiły osoby w grupie wiekowej 65-79 lat, natomiast 52,7% osoby powyżej 80 roku życia. Po 2025 r. prognozowany jest wyraźny wzrost liczby pacjentów 80+, korzystających z opieki długoterminowej stacjonarnej i domowej. Głównymi rozpoznaniami w opiece długoterminowej były choroby układu krążenia (37,80%, z czego dużą grupę stanowiły udary) oraz	Prognozy demograficzne wskazują na proces starzenia się społeczeństwa, z tego względu spowoduje to wzrost zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej domowej i stacjonarnej.	Dostosowanie i zabezpieczenie infrastruktury opieki długoterminowej do aktualnych i przyszłych potrzeb województwa poprzez zapewnienie świadczeń stacjonarnych w miejscach gdzie ta pomoc nie występuje oraz sukcesywnym zwiększaniu

	choroby układu nerwowego (29,2%, w grupie tej dominowała choroba Alzheimera i inne choroby otępienne. W województwie odnotowano wyższą od średniej dla Polski wartość współczynnika pielęgnacyjnego wynoszącego 251 (+11% w stosunku do średniej dla Polski). Mimo to według prognoz GUS współczynnik spadnie poniżej 200 jeszcze przed rokiem 2030.		dostępności form opieki domowej i środowiskowej.
9.3.	Liczba łóżek dostępnych w województwie dla pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej w przeliczeniu na milion mieszkańców na koniec roku, była o 13 % niższa niż średnia wartość wskaźnika dla Polski. W niektórych powiatach województwa nie zostały zlokalizowane ośrodki stacjonarnej opieki długoterminowej.	Dostępność do łóżek opieki długoterminowej jest niewystarczająca do zapewnienia aktualnych i przyszłych potrzeb wynikających ze starzenia się społeczeństwa.	Rozwój bazy łóżkowej w ośrodkach opieki długoterminowej oraz dostosowywanie już istniejącej bazy łóżkowej do potrzeb zdrowotnych populacji. Utworzenie dodatkowych ośrodków w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, w których nie ma podmiotów realizujących takie świadczenia.
9.4.	Wskaźnik liczby świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej jest o 42% niższy niż jego wartość dla Polski.	Dostępność do świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej jest ograniczona.	Zwiększenie dostępności do opieki długoterminowej domowej.

Opieka paliatywna i hospicyjna	9.5.	W województwie ośrodki udzielające świadczeń opieki długoterminowej dla dorosłych pacjentów wentylowanych mechanicznie funkcjonowały jedynie w dwóch miastach na prawach powiatu. W przypadku świadczeń udzielanych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym wskaźnik liczby pacjentów wentylowanych mechanicznie na 100 tys. mieszkańców klasyfikuje województwo na przedostatnim miejscu w kraju i jest o 42% niższy niż średnia jego wartość dla kraju.	Dostępność do świadczeń opieki długoterminowej dla pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej jest ograniczona. Prognozy demograficzne i epidemiologiczne wskazują na możliwy wzrost zapotrzebowania na świadczenia.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w ramach opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.
	9.6.	Wskaźnik pokazujący liczbę kadr (ogółem) w opiece długoterminowej na 100 tys. ludności w 2019 r. wyniósł 61,5 co jest jedną z niższych wartości w stosunku do reszty województw.	W województwie zabezpieczenie w kadrę medyczną w opiece długoterminowej nie jest wystarczające.	Zwiększenie zasobów kadrowych w opiece długoterminowej poprzez wprowadzenie określonych zachęt, poprawę możliwości bezpłatnego i dofinansowanego kształcenia zawodowego/specjalistycznego, poprawę warunków pracy i płacy.
	10.1.	Wskaźnik liczby pacjentów zamieszkałych na terenie województwa na 100 tys. ludności był w przypadku opieki stacjonarnej niższy od średniej dla kraju o 2%, opieki ambulatoryjnej niższy o 30%, a opieki domowej wyższy o 60%. Przeciętny czas oczekiwania w kolejce do hospicjum stacjonarnego/stacjonarnego ośrodka opieki	Długi czas oczekiwania na świadczenia do hospicjum stacjonarnego/stacjonarnego ośrodka opieki paliatywnej oraz ujemna wartość wskaźnika migracji może wskazywać na niewystarczającą	Zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej.

	<p>paliatywnej był najdłuższy w Polsce i wynosił ok. 31 dni w przypadku stabilnym, a w przypadku pilnym 5 dni (druga pod względem wielkości wartość w kraju). W województwie odnotowano ujemną wartość salda migracji w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej. Największa ujemna wartość wskaźnika migracji dotyczy świadczeń z zakresu stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki paliatywno-hospicyjnej.</p>	<p>dostępność do tego rodzaju świadczeń na terenie województwa.</p>	
10.2.	<p>Wśród ogółu pacjentów korzystających z opieki paliatywnej i hospicyjnej w województwie 45,6% stanowiły osoby w grupie wiekowej 65-79 lat, natomiast 25,7% osoby powyżej 80 roku życia. Prognozowany jest wzrost liczby pacjentów korzystających z opieki hospicyjnej i paliatywnej stacjonarnej.</p>	<p>Prognozy demograficzne oraz dane epidemiologiczne wskazują na wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej.</p>	<p>Dostosowanie i zabezpieczenie infrastruktury opieki hospicyjnej i paliatywnej.</p>
10.3.	<p>Wskaźnik liczby ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności (uwzględniając wszystkie rodzaje opieki), był o 19% niższy niż średnia jego wartość dla kraju (w warunkach stacjonarnych niższy o 4%, ambulatoryjnych niższy o 3%, opieki domowej niższy o 17%). Na terenie 6 powiatów województwa działały poradnie medycyny paliatywnej, a liczba pacjentów korzystających ze świadczeń ambulatoryjnych była niższa o 30% od</p>	<p>W szczególności w przypadku opieki ambulatoryjnej obserwuje się niższe niż średnio w Polsce wskaźniki liczby poradni medycyny paliatywnej oraz liczby pacjentów na 100 tys. ludności.</p>	<p>Utworzenie dodatkowych ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, w których nie ma podmiotów realizujących wskazane rodzaje świadczeń zdrowotnych.</p>

	<p>średniej wartości dla kraju. Dostępność do świadczeń poza dużymi obszarami miejskimi jest ograniczona. Wskaźnik średniej liczby poradni medycyny paliatywnej działających w ramach NFZ na 100 tys. ludności był niższy od średniej wartości dla kraju.</p>		
10.4.	<p>Wskaźnik liczby łóżek w stacjonarnej opiece paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców na koniec roku, był o 11% niższy niż średnia jego wartość dla kraju. Dostępność do tej formy świadczeń jest ograniczona terytorialnie. Wskaźnik zabezpieczenia bazy łóżkowej województwa, uwzględniający średnia liczbę łóżek na 1 mln ludności klasyfikuje województwo na 12 pozycji w kraju (poniżej średniej dla kraju). Przeciętny czas oczekiwania na umieszczenie na oddziale medycyny paliatywnej wyniósł 7 dni w przypadku chorego w stanie stabilnym.</p>	<p>Dostępność do łóżek w ramach stacjonarnej opieki paliatywno-hospicyjnej jest niewystarczająca do zaspokojenia aktualnych i przyszłych potrzeb wynikających z danych demograficznych i epidemiologicznych</p>	<p>Rozwój bazy łóżkowej w ramach stacjonarnej opieki paliatywno-hospicyjnej celem osiągnięcia zalecanego poziomu 100 łóżek na 1 mln ludności.</p>
10.5.	<p>Na terenie województwa nie funkcjonuje żaden ośrodek wyspecjalizowany w zakresie udzielania świadczeń opieki perinatalnej.</p>	<p>Mieszkańcy województwa nie posiadają, mimo ogłaszanych przez OW NFZ konkursów, dostępu do perinatalnej opieki paliatywnej.</p>	<p>Zapewnienie dostępności do świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.</p>

Państwowe Ratownictwo Medyczne	10.6.	Liczba lekarzy medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi 2,7, a średni wiek lekarza to 49 lat. Wskaźnik dostępności lekarzy, wg wskazań konsultanta krajowego powinien wynosić 3 na 100 tys. ludności. Niewystarczająca jest również liczba pielęgniarek, w szczególności posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej.	W województwie zabezpieczenie w kadre medyczną w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej nie jest wystarczające.	Zwiększenie w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej liczby lekarzy ze specjalizacją z medycyny paliatywnej oraz pielęgniarek, w szczególności ze specjalizacją: pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej.
	11.1.	W ciągu 5 lat z powodu braku lekarzy w ZRM specjalistycznych liczba karetek typu „S” zmniejszyła się z 31 do 12 – tendencja ta na chwilę obecną nie zmienia się.	Zmniejszenie liczby ZRM specjalistycznych i powołanie w to miejsce zwiększonej liczby ZRM podstawowych nie spowoduje obniżenia dostępności i standardów pomocy pacjentom będących w stanie zagrożenia zdrowotnego.	Dążenie do zmniejszenia ZRM specjalistycznych i powołanie w to miejsce ZRM podstawowych.
	11.2.	Dostęp do zatrudnienia grupy zawodowej – ratowników medycznych został mocno ograniczony co spowodowało znaczny wzrost średniego czasu pracy ratowników medycznych na więcej niż jednym etacie.	Ograniczona liczba ratowników medycznych do podjęcia pracy w zespołach ratownictwa medycznego spowodowana jednoczesnym zatrudnieniem tej grupy zawodowej w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, izbach przyjęć szpitali i pozostałych oddziałach szpitalnych.	Otwarcie większej liczby kierunków w zakresie ratownictwa medycznego z jednoczesnym systemem odbywania praktyk zawodowych przez nowych ratowników medycznych w ZRM.

Kadry medyczne	12.1.	Najmniejszą liczbę wolnych miejsc specjalizacyjnych odnotowano w następujących dziedzinach: chirurgia naczyniowa, chirurgia onkologiczna, chirurgia stomatologiczna, endokrynologia, endokrynologia i rozrodczość ginekologiczna, gastroenterologia, hematologia, neurochirurgia, otorynolaryngologia dziecięca, ortodoncja, reumatologia, stomatologia dziecięca.	Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach, w których odnotowano najmniejszą liczbę wolnych miejsc specjalizacyjnych.	Utworzenie większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach, w których oszacowano największe zapotrzebowanie na wolne miejsca specjalizacyjne.
	12.2.	Niższy wskaźnik liczby lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców w stosunku do średniej wartości dla kraju odnotowano m. in. w dziedzinie: anestezyjologii i intensywnej terapii, audiologii i foniatry, chirurgii naczyniowej, chirurgii ogólnej, chorób płuc, chorób płuc dzieci, chorób wewnętrznych, diagnostyki laboratoryjnej, dermatologii i wenerologii, diabetologii, endokrynologii, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, endokrynologii i diabetologii dla dzieci, farmakologii klinicznej, gastroenterologii dziecięcej, geriatry, genetyce klinicznej, hipertensjologii, intensywnej terapii, kardiologii dziecięcej, medycynie pracy, medycyny ratunkowej, medycyny rodzinnej, mikrobiologii lekarskiej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neurologii, neonatologii, neuropatologii, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, urologii dziecięcej, patomorfologii, pediatrii,	Zabezpieczenie w kadrę lekarską wymaga podjęcia działań mających na celu zapewnienie optymalnej liczby lekarzy specjalistów.	Wypracowanie rozwiązań na szczeblu województwa w zakresie rozwoju kadry lekarskiej.

	<p>pediatrii metabolicznej, perinatologii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, radiologii i diagnostyki obrazowej, rehabilitacji medycznej, toksykologia kliniczna, transplantologia kliniczna, kardiologii, okulistyki.</p> <p>Największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych (oszacowane na 2020 r. z uwzględnieniem liczby miejsc szkoleniowych potrzebnych do wymienialności pokoleniowej oraz rekomendowanej liczby specjalistów) są w następujących dziedzinach: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, psychiatria, medycyna pracy, geriatryka, medycyna ratunkowa, pediatria, nefrologia, położnictwo i ginekologia.</p>		
12.3.	<p>W województwie odnotowano najniższy wskaźnik liczby lekarzy dentystów na 100 tys. mieszkańców, najwyższą procentowo wartość wskaźnika lekarzy dentystów w wieku emerytalnym oraz jedną z najwyższych w kraju średnich wieku w tej grupie zawodowej. Również wskaźniki dotyczące liczby lekarzy specjalistów we wszystkich dziedzinach stomatologii są niższe niż średnia wartość dla Polski.</p>	<p>W województwie zabezpieczenie w kadrę medyczną lekarzy dentystów i specjalistów z dziedzin stomatologii jest niewystarczające.</p>	<p>Wypracowanie rozwiązań zapewniających odpowiednią liczbę lekarzy dentystów i lekarzy specjalistów we wszystkich dziedzinach stomatologii.</p>
12.4.	<p>Wskaźniki statystyczne dotyczące liczby pielęgniarek i położnych na 100 tys. mieszkańców klasyfikują województwo w obydwu zawodach, na</p>	<p>Istnieje konieczność podjęcia działań mających na celu zabezpieczenie</p>	<p>Podjęcie działań motywujących mających na celu zwiększenie liczby pracujących pielęgniarek</p>

Sprzęt medyczny		10 miejscu w kraju. Wskaźniki liczby położnych i pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców jest niższy niż średnia jego wartość dla kraju. Prognozowany jest spadek liczby pielęgniarek oraz liczby położnych w najbliższych latach.	optymalnej liczby kadry pielęgniarek i położnych.	i położnych. Opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek i pielęgniarzy w podjęciu pracy w zawodzie w województwie. Promocja zawodów pielęgniarki i położnej, wzrost miejsc na studiach pielęgniarskich oraz ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych w tym specjalizacji.
	13.1.	W województwie 64% akceleratorów posiadało niski priorytet do wymiany, 36% posiadało średni priorytet do wymiany. Rozmieszczenie sprzętu ograniczone terytorialnie.	Na terenie województwa funkcjonują akceleratory, które w najbliższych latach będą miały wysoki priorytet do wymiany.	Istnieje potrzeba sukcesywnej wymiany starzejącego się sprzętu medycznego oraz uruchamiania go w lokalizacjach bliżej miejsca zamieszkania pacjentów.
	13.2.	W województwie 76% angiografów posiadało niski priorytet do wymiany, 24% posiadało wysoki priorytet do wymiany. Rozmieszczenie sprzętu ograniczone terytorialnie.	Na terenie województwa funkcjonują angiografy, które w najbliższych latach będą miały wysoki priorytet do wymiany.	Istnieje potrzeba sukcesywnej wymiany starzejącego się sprzętu medycznego oraz uruchamiania go w lokalizacjach bliżej miejsca zamieszkania pacjentów.

13.3.	W województwie 100% aparatów do brachyterapii posiadało średni priorytet do wymiany. Rozmieszczenie sprzętu ograniczone terytorialnie.	Na terenie województwa funkcjonują aparaty do brachyterapii, które w najbliższych latach będą miały wysoki priorytet do wymiany.	Istnieje potrzeba sukcesywnej wymiany starzejącego się sprzętu medycznego oraz uruchamiania w lokalizacjach bliżej miejsca zamieszkania pacjentów.
13.4.	W województwie wszystkie aparaty ECMO posiadają niski priorytet wymiany.	Na terenie województwa nie można wskazać aparatów posiadających średni lub wysoki priorytet do wymiany.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego oraz uruchamianie go w lokalizacjach bliżej miejsca zamieszkania pacjentów.
13.5.	W województwie 57% gammakamer posiadało niski priorytet do wymiany, 43% posiadało średni priorytet do wymiany. Rozmieszczenie sprzętu ograniczone terytorialnie	Na terenie województwa funkcjonują gammakamery, które w najbliższych latach będą miały wysoki priorytet do wymiany.	Istnieje potrzeba sukcesywnej wymiany starzejącego się sprzętu medycznego oraz uruchamiania w lokalizacjach bliżej miejsca zamieszkania pacjentów.
13.6.	W województwie 51% mammografów posiadało niski priorytet do wymiany, 10% posiadało średni priorytet do wymiany, 39% posiadało wysoki priorytet do wymiany. Rozmieszczenie sprzętu ograniczone terytorialnie.	Na terenie województwa funkcjonują mammografy, które w najbliższych latach będą miały wysoki priorytet do wymiany.	Istnieje potrzeba sukcesywnej wymiany starzejącego się sprzętu medycznego oraz uruchamiania ich w lokalizacjach bliżej miejsca zamieszkania pacjentów.

13.7.	Średni wiek aparatów PET wynosi 7 lat. Występują ograniczenia terytorialne w zakresie dostępu do sprzętu.	Na terenie województwa funkcjonują PETy, które w najbliższych latach będą miały wysoki priorytet do wymiany.	Istnieje potrzeba sukcesywnej wymiany starzejącego się sprzętu medycznego.
13.8.	W województwie 80% rezonansów magnetycznych posiadało niski priorytet do wymiany, 17% posiadało średni priorytet do wymiany, 3% posiadało wysoki priorytet do wymiany. Rozmieszczenie sprzętu ograniczone terytorialnie.	Na terenie województwa funkcjonują rezonanse magnetyczne, które w najbliższych latach będą miały wysoki priorytet do wymiany.	Istnieje potrzeba sukcesywnej wymiany starzejącego się sprzętu medycznego oraz uruchamiania w lokalizacjach bliżej miejsca zamieszkania pacjentów.
13.9.	W województwie 71% aparatów RTG posiadało niski priorytet do wymiany, 1% posiadało średni priorytet do wymiany, 28% posiadało wysoki priorytet do wymiany.	Na terenie województwa funkcjonują aparaty RTG, które w najbliższych latach będą miały wysoki priorytet do wymiany.	Istnieje potrzeba sukcesywnej wymiany starzejącego się sprzętu medycznego.
13.10.	W województwie 86% tomografów komputerowych posiadało niski priorytet do wymiany, 2% posiadało średni priorytet do wymiany, 12% posiadało wysoki priorytet do wymiany. Rozmieszczenie sprzętu ograniczone terytorialnie	Na terenie województwa funkcjonują tomografy komputerowe, które w najbliższych latach będą miały wysoki priorytet do wymiany.	Istnieje potrzeba sukcesywnej wymiany starzejącego się sprzętu medycznego oraz uruchamiania w lokalizacjach bliżej miejsca zamieszkania pacjentów.
13.11.	W województwie 33% aparatów USG posiadało niski priorytet do wymiany, 3% posiadało średni priorytet do wymiany, 64% posiadało wysoki priorytet do wymiany.	Na terenie województwa funkcjonują aparaty USG, które w najbliższych latach będą miały wysoki priorytet do wymiany.	Istnieje potrzeba sukcesywnej wymiany starzejącego się sprzętu medycznego.

Pozostałe obszary	13.12.	W ostatnich latach na terenie województwa podejmowane są inwestycje wymagające zakupu innych niż wymienione uprzednio rodzajów sprzętów i aparatury medycznej, związane z rozwojem technologii w medycynie.	Istnieje konieczność podwyższenia standardu leczenia pacjentów w związku z możliwościami jakie daje wprowadzenie nowych technologii w medycynie.	Podjęcie działań mających na celu zapewnienie wysokiej jakości usług, w tym poprawa poziomu leczenia pacjentów poprzez doposażenie podmiotów leczniczych w wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny.
	14.1.	Na podstawie danych GUS na terenie województwa funkcjonowały 33 oddziały lecznictwa uzdrowiskowego, udostępniające blisko 8 tys. łóżek. Pod względem liczby oddziałów województwo skalsyfikowane było na 3. miejscu, a w przypadku liczby łóżek na 2. miejscu w kraju. W zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w trybie ambulatoryjnym leczono się najwięcej kuracjuszy spośród wszystkich województw. Pod względem liczby kuracjuszy w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego leczonych w trybie stacjonarnym województwo skalsyfikowane było na 2 miejscu w kraju. Według danych GUS osoby w wieku 65 i więcej stanowiły 48,9% pacjentów korzystających z leczenia w trybie stacjonarnym w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych na terenie całego kraju.	Województwo posiada duży potencjał w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego. W związku ze starzeniem społeczeństwa znaczenie lecznictwa uzdrowiskowego będzie rosło.	Podjęcie działań zmierzających do maksymalnego wykorzystania potencjału województwa w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego.

14.2.	Według danych GUS w 2019 r. ponad połowa pacjentów leczonych w opiece stacjonarnej w lecznictwie uzdrowiskowym korzystała z finansowania pobytu ze środków NFZ. Część pacjentów korzystała również z finansowania z ZUS, KRUS i PFRON	Leczenie większości pacjentów korzystających z opieki stacjonarnej w lecznictwie uzdrowiskowym było finansowane ze środków publicznych.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia udziału lecznictwa uzdrowiskowego w puli środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.
14.3.	W województwie wskaźnik liczby porad stomatologicznych na 1 tys. ludności był istotnie niższy niż jego średnia wartość dla kraju.	Wskaźnik liczby porad stomatologicznych wskazuje na niewystarczającą dostępność do tego świadczenia na terenie województwa.	Zwiększenie dostępności do świadczeń stomatologicznych.
14.4.	W województwie znajdują się gminy, w których jest niezabezpieczona dostępność do świadczeń stomatologicznych. Trudności występują również w zabezpieczeniu w świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej (Inowrocław, Toruń), jak również na poziomie powiatów w świadczenia specjalistyczne takie jak chirurgia czy ortodoncja (szczególnie na terenie Torunia – 3 świadczeniodawców czy byłego województwa wrocławskiego – 6 świadczeniodawców).	Na terenie województwa występuje zróżnicowanie pod względem dostępności do świadczeń stomatologicznych.	Dążenie do wyrównania dostępu do poradni stomatologicznych na terenie województwa, w szczególności uzupełnienie sieci zakontraktowanych poradni w gminach pozbawionych do nich dostępu oraz powiatach z ograniczonym dostępem do świadczeń specjalistycznych.
14.5.	W województwie odnotowano najniższą wartość wskaźnika liczby lekarzy dentystów na 100 tys. ludności w kraju. Również wskaźniki dotyczące liczby lekarzy specjalistów we wszystkich	Istnieje potrzeba zabezpieczenia w kadre specjalistyczną – lekarzy dentystów oraz specjalistów we wszystkich dziedzinach stomatologii.	Zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy dentystów i lekarzy specjalistów we wszystkich dziedzinach stomatologii.

	dziedzinach stomatologii są niższe niż średnia wartość dla Polski.		
14.6.	Według stanu na luty 2020 r. w województwie kolejki o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania w leczeniu stomatologicznym dotyczyły leczenia protetycznego, leczenia aparatem ortodontycznym, poradni ortodontycznej dla dzieci oraz poradni protetyki stomatologicznej. Tylko w pierwszym przypadku przeciętny czas oczekiwania był dłuższy niż w Polsce zarówno w przypadkach stabilnych, jak i pilnych (szczególnie w przypadkach stabilnych – o ponad 100 dni).	Najdłuższy przeciętny czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w leczeniu stomatologicznym może wskazywać na ograniczoną dostępność do świadczeń stomatologicznych.	Poprawa dostępności do poradni specjalistycznych, charakteryzujących się najdłuższym przeciętnym czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Załącznik 3.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubelskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja/diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	Ludność miejska stanowiła 46,4% populacji województwa W miastach na prawach powiatu występuje największa gęstość zaludnienia, tj. największa w m. Lublin (2 304 os./km ²), natomiast najmniejsza w powiecie włodawskim (31 os./km ²). Powiaty o najmniejszej gęstości zaludnienia skupione są na wschodzie i południu województwa.	W powiatach o najmniejszej gęstości zaludnienia mogą występować problemy z odpowiednim zabezpieczeniem świadczeń zdrowotnych.	nie dotyczy
	1.2.	Populacja województwa jest nieco starsza niż populacja Polski. Osoby w wieku co najmniej 65 lat stanowiły 18,6 % ludności województwa. Ludność w wieku 85 lat i więcej stanowiła 12,5 % populacji w wieku 65 lat i więcej. Udział osób w wieku poprodukcyjnym (60 lat i więcej w przypadku kobiet, 65 lat i więcej w przypadku mężczyzn) w ludności ogółem rośnie. Jest to trend utrzymujący się w ostatnich latach zarówno	Starzenie się ludności województwa zwiększa zapotrzebowanie na usługi zdrowotne dla osób starszych	nie dotyczy

	<p>w województwie lubelskim, jak i w skali całego kraju.</p> <p>Prognozuje się, że do 2029 r. liczba ludności województwa lubelskiego zmniejszy się dwukrotnie silniej niż w skali Ponadto wzrośnie liczba osób w wieku 60+.</p>		
1.3.	<p>Liczba kobiet w województwie wynosiła 1 086 422, natomiast mężczyzn 1 021 848. Większy odsetek populacji stanowiły kobiety zarówno w mieście jak i na wsi. Oczekiwana długość życia mężczyzn jest krótsza niż w skali kraju w przeciwieństwie do długości życia kobiet, w tym zwłaszcza kobiet starszych</p>	<p>Wskazuje to na wyraźną nadumieralność mężczyzn, wynikającą prawdopodobnie z trybu życia, jaki prowadzą mężczyźni, niedostatecznej opieki zdrowotnej lub profilaktyki.</p>	nie dotyczy
1.4.	<p>Na wsi urodziło się 54% dzieci żywych w stosunku do ogólnej liczby urodzeń żywych, zaś dzieci martwych 57,7% w stosunku do ogólnej liczby urodzeń martwych</p>	nie dotyczy	nie dotyczy
1.5.	<p>Ogólny współczynnik płodności dla kobiet w przedziale wiekowym 15-49 wyniósł 39,63 dzieci na tysiąc kobiet i tym samym województwo uplasowało się na ósmym miejscu w Polsce (według rosnących wartości tego wskaźnika). Płodność mieszkanek województwa jest nieco niższa od poziomu ogólnokrajowego, żaden</p>	<p>Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa można założyć, że zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać, a co za tym idzie</p>	nie dotyczy

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna		powiat nie osiąga poziomu dzietności gwarantującego prostą zastępowalność pokoleń. Przyrost naturalny w województwie był ujemny i wynosił -3 729, dodatni przyrost odnotowano jedynie w powiecie lubelskim, łęczyńskim, łukowskim, m. Biała Podlaska, m. Lublin.	zapotrzebowanie na kadry w tych dziedzinach.	
	2.1.	Analiza struktury problemów zdrowotnych wg wskaźnika DALY wykazała, że największy, 84% udział w sumarycznej wartości wskaźnika przypadła chorobom niezakaźnym. Urazy stanowiły 12%, a choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania 4%.	Wymienione problemy odbierają najwięcej lat życia w zdrowiu mieszkańcom województwa	nie dotyczy
	2.2.	Największy udział w DALY stanowiły choroby układu krążenia i nowotwory, które odpowiadały łącznie za około 45% DALY. Spośród chorób układu krążenia największe znaczenie ma choroba niedokrwienna serca i udar, natomiast w przypadku nowotworów - nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz jelita grubego i odbytnicy. Dla powyższych problemów zdrowotnych odnotowano największą liczbę zgonów – choroby układu krążenia stanowiły 50% ogółu liczby zgonów, zaś nowotwory 24%.	Choroby układu krążenia oraz nowotwory stanowią obecnie i będą stanowić w ciągu następnych 10 lat poważny problem dla zdrowia i życia mieszkańców województwa. Niezbędne jest zapewnienie funkcjonowania odpowiedniej bazy szpitalnej i kadrowej oraz zapewnienie właściwego leczenia zachowawczego w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta.	nie dotyczy

2.3.	Wartość wskaźnika DALY oraz liczba zgonów spowodowana chorobą niedokrwienną serca były najwyższe w województwie. Pod tym względem sytuacja była zbliżona do sytuacji w Polsce. Prognoza na lata 2020-2028 dla choroby niedokrwiennej serca wskazuje na wzrost wartości wskaźnika chorobowości i liczby zgonów w przeliczeniu na 100 tys. ludności.	Choroba niedokrwienna serca jest głównym problemem zdrowotnym w podgrupie choroby układu krążenia mieszkańców i stanowi również główną przyczynę zgonów.	nie dotyczy
2.4.	W województwie wartość wskaźnika DALY w przeliczeniu na 100 tys. ludności w odniesieniu do udarów była znacznie wyższa od wartości dla Polski. W podgrupie choroby układu krążenia udar miał najwyższą wartość wskaźnika YLD Wartość wskaźnika liczby zgonów dla województwie (na 100 tys. ludności) była znacznie wyższa niż średnia dla Polski. Udary stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów w województwie i zgodnie z prognozą do 2028 r. sytuacja ta nie ulegnie zmianie.	Udary są drugim w kolejności problemem zdrowotnym o największym udziale w wartości DALY w podgrupie choroby układu krążenia w województwie oraz znacznie wpływają na utratę lat życia spowodowanych niesprawnością wśród ludności województwa, co wskazuje na konieczność dostosowania zasobów, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności do szybkiej specjalistycznej diagnostyki	nie dotyczy
2.5.	Nowotwory zajmowały drugie miejsce pod względem wartości wskaźnika DALY oraz liczby zgonów w województwie. Najwyższe wartości odnotowano w przypadku nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc, gdzie wartość wskaźnika DALY stanowi odpowiednio 27% i 26% sumarycznej wartości DALY dla nowotworów oraz	Szacowany wzrost liczby zgonów z powodu nowotworów wskazuje na konieczność dostosowania zasobów, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności do szybkiej specjalistycznej diagnostyki.	nie dotyczy

	<p>nowotworu złośliwego jelita grubego i odczynicy – odpowiednio 13,42 % i 14,98% sumarycznej wartości DALY dla nowotworów). Szacuje się, że do 2028 r. liczba zgonów spowodowana nowotworami wzrośnie o 8% w stosunku do 2019 r.</p>		
2.6.	<p>W latach 1999-2019 dwukrotnie wzrosła liczba zgonów na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne</p> <p>Od 1999 r. zaobserwowano ponad 50% wzrost wartości DALY w porównaniu do 2019 r.</p> <p>Odnotowano również wzrost wartości wskaźnika zapadalności i chorobowości w latach 1999-2019. Ta tendencja jest podobna w całej Polsce. Z prognoz wynika, że w 2028 r. liczba zgonów z powodu chorób układu nerwowego wzrośnie o 17,5% w porównaniu do 2019 r.</p>	<p>Przy utrzymującym się trendzie wzrostowym wartości wskaźnika zapadalności i chorobowości można założyć, że nastąpi wzrost zapotrzebowania na świadczenia w tym zakresie.</p>	nie dotyczy
2.7.	<p>Pod względem wartości wskaźnika DALY w województwie odnotowano znaczny wzrost cukrzycy z 10. miejsca w 1999 r. na 5. w 2019 r. Od 1999 r. odnotowano prawie dwukrotny wzrost wartości wskaźnika YLD, co oznacza, że mieszkańcy województwa coraz więcej lat życia w zdrowiu tracą w związku z niesprawnością spowodowaną przez ten problem zdrowotny. W kolejnych latach nastąpi wzrost wartości</p>	<p>Cukrzyca w kolejnych latach nadal będzie stanowić poważny problem zdrowotny, dlatego też należy założyć, że zapotrzebowanie na świadczenia będzie rosnąć.</p>	nie dotyczy

	wskaźnika zapadalności, chorobowości i liczby zgonów.		
2.8.	Analizując wartości wskaźnika YLD w 2019 r., najwyższe wartości zaobserwowano dla takich problemów zdrowotnych jak: ból dolnego odcinka kręgosłupa, cukrzyca i utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami (łącznie 80% ogółu wskaźnika YLD). Wartość YLD wzrastała dla każdego z wymienionych problemów przez ostatnich 20 lat. Prognozy epidemiologiczne wskazują, że wskaźnik chorobowości w 2028 r. w przypadku cukrzycy wzrośnie o 22%, utraty słuchu związanej z wiekiem oraz innymi przyczynami o 7%, a bólu dolnego odcinka kręgosłupa o 2%, w stosunku do 2019 r.	W kolejnych latach nastąpi wzrost wartości wskaźnika chorobowości, co będzie miało wpływ na utratę lat życia spowodowaną niesprawnością.	nie dotyczy
2.9.	Zaburzenia psychiczne stanowiły 4,5% sumarycznej wartości DALY. W 2028 r. zapadalność na 100 tys. ludności będzie wyższa o 20,8% w porównaniu do 2019 r. Spośród problemów zdrowotnych zaliczanych do zaburzeń psychicznych najwyższe wzrosty prognozuje się w przypadku zaburzeń depresyjnych - zapadalność o 24,55%, a chorobowość o 19,22%.	W związku ze wzrostem wartości zapadalności dla tej podgrupy problemów zdrowotnych, należy założyć, że zapotrzebowanie na te świadczenia będą rosły.	nie dotyczy
2.10.	Prognoza epidemiologiczna na rok wskazuje, że niezmiennie najwyższą wartość wskaźnika	Przy utrzymującym się wzroście wartości wskaźnika chorobowości zakłada się, że	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. ludności odnotuje się w grupie: inne choroby niezakaźne, urazy nieumyślne oraz choroby układu nerwowego. Ponadto w wyżej wymienionych problemach zdrowotnych prognozuje się wzrost wartości tego wskaźnika w przypadku cukrzycy i chorób nerek. Spadek wartości tego wskaźnika nastąpi w zakresie zakażeń dróg oddechowych i gruźlicy. Pomimo spadku pozostanie on wyższy niż dla Polski.	zapotrzebowanie na świadczenia w tym zakresie będą rosły.	
	3.1.	<p>Czynnikiem ryzyka odpowiadającymi za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn łącznie były m.in. wysokie ciśnienie krwi (o ok. 4% DALY więcej niż w Polsce, w przeliczeniu na 100 tys. ludności) i ryzyka żywieniowe (o ok. 2% DALY więcej niż w Polsce, w przeliczeniu na 100 tys. ludności).</p> <p>Na zgony u obydwu płci wpływały najbardziej: wysokie ciśnienie krwi (o ok. 9% zgonów więcej niż w Polsce, w przeliczeniu na 100 tys. ludności), ryzyka żywieniowe (o ok. 9% zgonów więcej niż w Polsce, w przeliczeniu na 100 tys. ludności). W porównaniu do Polski odnotowano wyższą wartość DALY na 100 tys. ludności w czynniku ryzyka: zaburzenia czynności nerek (o ok. 0,2%).</p>	<p>Wymienione czynniki ryzyka mają znaczny wpływ na problemy zdrowotne mieszkańców oraz zgony, dlatego też konieczne jest podjęcie zintensyfikowanych działań profilaktycznych.</p> <p>Wykrywalność chorób we wczesnych stadiach rozwojowych oraz wysoki poziom świadomości zdrowotnej społeczeństwa zwiększa szanse na uniknięcie oraz wyleczenie wielu chorób</p>	<p>Wzmocnienie działań profilaktycznych w zakresie chorób: układu krążenia; nowotworowych; układu oddechowego; neurologicznych; układu kostno-mięśniowego; zakaźnych (w szczególności w kierunku boreliozy i gruźlicy) i wysoce zakaźnych oraz w dziedzinie: nefrologii i urologii, diabetologii, okulistyki, mając na względzie czynniki ryzyka oraz sytuację demograficzną i epidemiologiczną.</p>

	<p>Wyższy udział w zgonach (wartość na 100 tys. ludności) w porównaniu do Polski odnotowano w następujących czynnikach ryzyka: wysokie ciśnienie krwi (o ok. 9%), ryzyka żywieniowe (o ok. 9%), wysoki BMI (o ok. 1%), wysoki poziom cholesterolu LDL (o ok. 8%), wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo (o ok. 0,5%), zaburzenia czynności nerek (o ok. 5%), niska aktywność fizyczna (o ok. 9). Wysokie ciśnienie krwi w latach 1990-2019 zmniejszyło swój udział w utracie DALY o ok. 31%, a w zgonach o ok. 17% (w przypadku kobiet i mężczyzn łącznie, wartość na 100 tys. ludności).</p> <p>Demografia 1.3</p> <p>Epidemiologia 2.2; 2.3; 2.4; 2.6; 2.7.; 2.8; 2.10</p>		
3.2.	<p>Epidemiologia: 2.9</p> <p>Czynnikiem ryzyka odpowiadającymi za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn łącznie był tytoń (o ok. 2% DALY mniej niż w Polsce, w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Stanowił on również jeden z czynników ryzyka mających największy wpływ na zgony u obu płci w województwie.</p> <p>W przypadku mężczyzn tytoń wpływał ponad dwa razy bardziej na utratę DALY i zgony niż u kobiet.</p>	<p>Epidemiologia: 2.9</p> <p>Uzależnienia mają znaczny wpływ na utratę lat życia w zdrowiu oraz zgony, dlatego też należy podejmować działania w tym obszarze.</p>	<p>Wzmocnienie działań profilaktycznych w zakresie psychiatrii (w tym przeciwdziałanie uzależnieniom), mając na względzie sytuację epidemiologiczną województwa oraz czynniki ryzyka.</p>

W odniesieniu do spożycia alkoholu przez mężczyzn udział w DALY był prawie 10-krotnie wyższy, a w zgonach aż 47 razy wyższy niż u kobiet.

W latach 1990-2019 (w przypadku kobiet i mężczyzn łącznie, wartość na 100 tys. ludności) zmniejszył się wpływ tytoniu na utratę DALY i zgony (odpowiednio o 24,71% i 20,8%).

W odniesieniu do mężczyzn nastąpił znaczny spadek udziału tego czynnika DALY o ok. 29%, w tym od 2010 r. wartość ta zmniejszyła się o ok. 9%. Mimo korzystnych trendów należy zaznaczyć, że w przypadku mężczyzn jest to nadal czynnik ryzyka mający największy udział w DALY i zgonach.

W przypadku kobiet w latach 1990-2019 udział tytoniu w DALY również się zmniejszył o ok. 13%, ale w latach 2010-2019 wystąpił niepokojący wzrost na poziomie ok. 6%.

Najwięcej programów profilaktycznych dotyczyło profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych – przeprowadzono 171 programów profilaktycznych z tego zakresu, a średnia liczba osób objętych działaniem wyniosła ok. 12 tys. (czwarte najlepsze województwo w kraju).

Z zakresu profilaktyki palenia tytoniu przeprowadzono 48 programów, które objęły średnio 5 tys. osób (5. miejsce w kraju). Nie

	<p>sprawozdano działań z tej kategorii w 5 powiatach.</p> <p>Z rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach ze zdrowia publicznego sprawozdanych do Wojewody Lubelskiego¹ wynika, że największa liczba zadań zawierała się w celu operacyjnym nr 2 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 tj. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi – 757 zadań (62,25%) zaś w zakresie celu operacyjnego nr 3, tj. Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa zrealizowano tylko 95 zadań (7,81%).</p>		
3.3.	<p>W porównaniu do Polski odnotowano wyższą wartość DALY (na 100 tys. ludności) w czynnikach ryzyka "inne zagrożenia środowiskowe" (o ok. 11%), zaś niewiele wyższą jak dla Polski dla</p>	<p>środowiskowe czynniki ryzyka znacznie wpływają na utratę lat życia w zdrowiu oraz zgony, dlatego też należy podejmować działania w tym obszarze.</p>	<p>Wzmocnienie działań profilaktycznych w kierunku zapobiegania zagrożeniom z grupy środowiskowych czynników ryzyka.</p>

¹Opinia dot. zgodności zrealizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego z PRPZ dla województwa lubelskiego 2019 r.

<https://www.lublin.uw.gov.pl/potrzeby-zdrowotne/opinia-dot-zgodno%C5%9Bci-zrealizowanych-zada%C5%84-z-zakresu-zdrowia-publicznego-z-prpz>

	nieprawidłowej temperatury otoczenia (o ok. 0,3%) Wyższy udział w zgonach (wartość na 100 tys. ludności) w porównaniu do Polski miało w czynnikach ryzyka: nieprawidłowa temperatura otoczenia (o ok. 7%), inne zagrożenia środowiskowe (o ok. 16%) zaś niewiele wyższy jak dla Polski tj. zanieczyszczenie powietrza (o ok. 0,3%).		
3.4.	Epidemiologia: 2.1; 2.10	Epidemiologia: 2.1; 2.10	Wzmocnienie działań profilaktycznych ukierunkowanych na ograniczenie występowania problemów zdrowotnych spowodowanych urazami, mając na względzie sytuację epidemiologiczną województwa.
3.5.	Demografia: 1.2	Demografia: 1.2	Wzmocnienie działań profilaktycznych dla osób powyżej 65. roku życia, mając na względzie demografię województwa.

3.6.	Z rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach ze zdrowia publicznego sprawozdanych do Wojewody Lubelskiego wynika, że zrealizowano najmniej zadań tj. 11 (0,9% do ogólnej liczby sprawozdanych zadań) z zakresu stomatologii i periodontologii, które były zgodne z PRPZ VI cel 2. Z zakresu profilaktyki próchnicy sprawozdano tylko jeden program.	Świadomość populacji na temat wpływu stanu jamy ustnej na kondycję całego organizmu jest wciąż na niskim poziomie.	Wzmocnienie działań profilaktycznych w zakresie stomatologii i periodontologii,
3.7.	Z rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach ze zdrowia publicznego sprawozdanych do Wojewody Lubelskiego wynika, że zrealizowano jedynie 18 zadań (1,48% do ogólnej liczby sprawozdanych zadań) ukierunkowanych na matkę i dziecko, które były zgodne z PRPZ VI cel 3. Demografia: 1.4 Epidemiologia: 2.1	Demografia: 1.4 Epidemiologia: 2.1 Wykrywalność chorób we wczesnych stadiach rozwojowych oraz wysoki poziom świadomości zdrowotnej społeczeństwa zwiększa szanse na uniknięcie oraz wyleczenie wielu chorób	Wzmocnienie działań profilaktycznych ukierunkowanych na matkę i dziecko.
3.8.	Badaniom przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy poddało się 21,87% rocznej populacji do przebadania. W odniesieniu do Polski województwo charakteryzowało się większą liczbą przebadanych kobiet (wartość na 100 tys. rocznej populacji do przebadania) zajmując tym samym 5. miejsce w rankingu województw. W latach 2017-2019 odnotowano wzrost liczby (wartość na 100	Zapadalność i liczba zgonów na nowotwór złośliwy sutka oraz szyjki macicy w przeliczeniu na 100 tys. kobiet wypadła pozytywnie na tle kraju.	Wzmocnienie działań profilaktycznych w zakresie raka szyjki macicy oraz raka piersi. Tak jak i w przypadku innych nowotworów należy dążyć do jak najniższych wartości tych wskaźników.

	<p>tys. rocznej populacji do przebadania) przebadanych kobiet w kierunku raka szyjki macicy. Wzrósł też odsetek (wartość na 100 tys. rocznej populacji do przebadania) kobiet badanych w etapie pogłębionej diagnostyki. Zapadalność na nowotwór złośliwy szyjki macicy w przeliczeniu na 100 tys. kobiet w województwie wynosiła 13,7 (16,5 dla Polski), zaś liczba zgonów na 100 tys. kobiet 9,1 (10,7 dla Polski).</p> <p>Badaniom przesiewowym w kierunku nowotworu złośliwego sutka poddało się 71,3% rocznej populacji do przebadania. Jest to więcej niż wynosi średnia dla Polski (63,9%; 4. miejsce). Udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania zmniejszył się w porównaniu z 2018 r. o ok. 5%. Liczba kobiet badanych w etapie pogłębionej diagnostyki w przeliczeniu na 100 tys. rocznej populacji do przebadania w porównaniu do 2018 r. utrzymywała się na podobnym poziomie, a w porównaniu do 2017 r. spadła o ok. 8%. Zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w przeliczeniu na 100 tys. kobiet w województwie wynosiła 79,1 (93,5 dla Polski), zaś liczba zgonów na 100 tys. kobiet 33,7 (37,6 dla Polski).</p>		<p>W zakresie profilaktyki raka szyjki macicy rekomenduje się wzmożenie działań ukierunkowanych na zwiększenie odsetka przebadanych pacjentek w rocznej populacji kobiet kwalifikujących się do tych badań.</p> <p>Należy dążyć również do przebadania jak największej liczby kobiet pod kątem raka piersi.</p>
--	---	--	---

Podstawowa opieka zdrowotna	4.1.	<p>89,51% ludności województwa był zapisany na listy aktywne POZ (nieznacznie więcej niż w skali kraju). Stosunek liczby pacjentów do liczby zapisanych na listach aktywnych na szczeblu powiatowym był zróżnicowany. Najniższa aktywność pacjentów była w powiecie radzyńskim, chełmskim, janowskim oraz łukowskim (poniżej 85%), najwyższa w Zamościu, Białej Podlaskiej (powyżej 90%). W żadnym powiecie nie przekroczyła 100%.</p> <p>Występują migracje pacjentów, tj. pacjenci niekoniecznie widnieją na listach aktywnych w miejscu zamieszkania. Najniższy odsetek zapisanych na listy aktywne w stosunku do ludności występował w powiatach obwarzankowych (chełmski, zamojski, lubelski, bialski), gdzie kształtował się w granicach 59-75%. Najwyższe wartości notował w miastach na prawach powiatu (Lublin, Chełm, Biała Podlaska, Zamość), gdzie wynosił od 107% do 129%.</p>	<p>W województwie występuje wysoki stopień zabezpieczenia do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej pomimo nieznacznego zróżnicowania regionalnego w tym zakresie.</p>	<p>Utrzymanie na dotychczasowym poziomie stopnia zabezpieczenia do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem zróżnicowania regionalnego.</p>
	4.2.	<p>Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania ludności województwa, 80,56% osób zapisanych do POZ zamieszkujących tereny miejskie odbyło chociaż jedną wizytę w POZ, natomiast z terenów wiejskich wskaźnik ten wyniósł niewiele mniej, tj. 79,85%. W obu przypadkach odsetek</p>	<p>Dostępność do świadczeń zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej jest na dobrym poziomie.</p>	<p>Utrzymanie na dotychczasowym poziomie dostępności mieszkańców województwa do świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakresie</p>

	<p>przewyższał dane krajowe. Dodatkowo dane na poziomie kraju wskazują, że dla ogółu, spośród ludności zapisanej na listy aktywne ta pochodząca z terenów wiejskich częściej odbyła przynajmniej 1 wizytę niż ludność miejska, natomiast w województwie lubelskim było odwrotnie.</p>		<p>podstawowej opieki zdrowotnej.</p>
4.3.	<p>Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej były udzielane przez 27 podmiotów. Średnia liczba pacjentów na 1 podmiot leczniczy ją udzielający jest zróżnicowana i waha się między 0 (brak podmiotów w powiecie chełmskim) oraz 31,7 w Zamościu do 113 w Lublinie.</p> <p>Odsetek wizyt POZ w ramach NIŚOZ był nieznacznie wyższy niż średnio w Polsce.</p>	<p>Ta forma opieki zdrowotnej nie jest należycie wykorzystywana, podobnie jak w całym kraju. Pacjenci często zamiast na NIŚOZ trafiają do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, pomimo że nie znajdują się w stanie zagrożenia zdrowotnego, kwalifikującego do udzielenia świadczenia w SOR.</p>	<p>Wzmocnienie roli NIŚOZ celem poprawy zgłaszalności pacjentów do tej formy pomocy i odciążenia SOR z przypadków niewymagających ratowania zdrowia i życia i skupienia uwagi personelu SOR na tych pacjentach, którzy najbardziej potrzebują ich pomocy.</p>
4.4.	<p>Liczba kadr pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności była powyżej średniej województw w przypadku lekarzy (78,8 kontra 68,2), pielęgniarek (85,9 kontra 76,2), położnych (19 kontra 12,8) i pediatrów (75 kontra 74,3). Częstym zjawiskiem były niższe wartości dla powiatów obwarunkowych, a wyższe dla miast na prawach powiatu.</p> <p>- W ujęciu powiatowym dla kadry lekarzy sytuacja była najgorsza w powiatach chełmskim,</p>	<p>W województwie występuje wysoki stopień zabezpieczenia w obszarze kadr POZ, pomimo nieznacznego zróżnicowania regionalnego w tym zakresie.</p>	<p>Utrzymanie na dotychczasowym poziomie stopnia zabezpieczenia w obszarze kadr POZ, ze szczególnym uwzględnieniem zróżnicowania regionalnego.</p>

	<p>krasnostawskim i zamojskim (30,16-39,57), a najlepsza w Zamościu, powiecie ryckim oraz Lublinie (119,8-139,5). W sumie poniżej średniej województw wartość wypadła dla 11 powiatów.</p> <p>- Kadry pielęgniarek na 100 tys. ludności, w ujęciu powiatowym poniżej średniej województw były w 9 powiatach, z tego najniższe w powiecie chełmskim, lubelskim, zamojskim i bialskim (powiaty obwarzankowe), a najwięcej w Chełmie, Białej Podlaskiej, Kraśniku, hrubieszowskim oraz Zamościu (106,7 wobec 132,41).</p> <p>- Dla położnych poniżej średniej województw były tylko 3 powiaty, z tego najmniej w powiecie lubelskim (7,7). Najlepsza sytuacja była w Lublinie (31,5).</p> <p>Najbardziej zróżnicowanie sytuacja przedstawiała się w przypadku pediatrów. W powiecie chełmskim było ich tylko 13,6 na 100 tys. Mieszkańców, niewiele więcej 18,6 w powiecie lubelskim. W drugim przypadku problem jest o tyle mniej pilny, że w Lublinie wartość należała do najwyższych w województwie (127), w Chełmie jednak wartość była poniżej średniej województw (69). Najlepiej było w powiecie ryckim (195).</p>		
4.5.	nie dotyczy	Modernizacja istniejących podmiotów leczniczych przyczyni się do zapewnienia	Zwiększenie jakości do świadczeń podstawowej opieki

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna			poprawy standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń.	zdrowotnej poprzez modernizację istniejącej infrastruktury.
	5.1.	Na terenie województwa funkcjonowała jedna poradnia: audiologiczna dla dzieci, chemioterapii, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii onkologicznej dla dzieci, chorób naczyń, chorób zakaźnych dla dzieci, foniatryczna dla dzieci, ginekologiczna dla dziewcząt, ginekologii onkologicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, patologii ciąży, profilaktyczno-lecznicza (HIV/AIDS), radioterapii, reumatologiczna dla dzieci, urologiczna dla dzieci.	Mieszkańcy mieli znacznie ograniczony dostęp do wymienionych poradni.	Zapewnienie adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla dorosłych i dzieci, mając na względzie odległość, liczbę poradni na 10 tys. mieszkańców oraz kolejki / stan na luty 2020 r.
	5.2.	nie dotyczy	Brak należytej dostępności do świadczeń AOS powoduje leczenie w trybie stacjonarnym. Ma to wpływ na zwiększenie kosztów udzielanych świadczeń w związku z tym pożądane jest przekierowanie strumienia finansowego płatnika poprzez zmniejszenie środków finansowych z hospitalizacji diagnostycznych w leczeniu szpitalnym, na rzecz diagnostyki, która może być wykonana w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.	Przesunięcie ciężaru z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w szczególności w odniesieniu do mniej skomplikowanych zabiegów oraz diagnostyki).

5.3.	<p>Według klasyfikacji ICD-10 trzema największymi grupami chorób, w związku z którymi zasięgano porad lekarskich w ramach AOS, były: choroby oka i przydatków oka, choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, choroby układu krążenia.</p> <p>Epidemiologia 2.2; 2.3; 2.4; 2.6; 2.7.; 2.8; 2.10</p> <p>Demografia 1.1</p>	<p>Przy utrzymującym się wzroście wartości wskaźnika chorobowości zakłada się, że zapotrzebowanie na świadczenia w tym zakresie będą rosły.</p> <p>Epidemiologia 2.2; 2.3; 2.4; 2.6; 2.7.; 2.8; 2.10</p> <p>Demografia 1.1</p>	<p>Dążenie do zabezpieczenia dostępu w każdym powiecie województwa (łącznie dla miast na prawach powiatu oraz powiatów obwarzankowych) do poradni: kardiologicznej, neurologicznej, okulistycznej, chirurgii urazowo - ortopedycznej, chirurgii ogólnej, diabetologicznej, dermatologicznej, otolaryngologicznej, urologicznej,</p>
5.4.	Demografia 1.2.	Starzenie się ludności województwa zwiększa zapotrzebowanie na usługi zdrowotne dla osób starszych	Zwiększenie dostępności do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu geriatricznej.
5.5.	<p>Ponad 100 dni pacjenci musieli oczekiwać na świadczenia w poradniach: z zakresu endokrynologii, badań genetycznych, neurologicznych dla dzieci, chirurgii naczyniowej, rezonansu magnetycznego, nefrologicznych, audiologicznych dla dzieci, audiologicznych, foniatrycznych oraz alergologicznych dla dzieci (przypadek stabilny).</p>	Mieszkańcy mieli znacznie ograniczony dostęp do wymienionych poradni	Zapewnienie szerszego dostępu do poradni, w których odnotowuje się najdłuższy czas oczekiwania

	Przeciętny czas oczekiwania do poradni gastroenterologicznej dla dzieci, poradni neurochirurgicznej, poradni nefrologicznej dla dzieci, poradni wad postawy, poradni genetycznej przekraczał 200 dni (przypadek stabilny).		
5.6.	Demografia 1.1 , 1.4.	Demografia 1.1., 1.4.	Wzrost dostępności w ujęciu terytorialnym do poradni położniczo - ginekologicznych, w szczególności na obszarach wiejskich
5.7.	nie dotyczy	<p>Utrzymanie jakości kompleksowego leczenia jest warunkowane systematyczną modernizacją oraz wyposażeniem/wymianą istniejącej infrastruktury. Część podmiotów leczniczych zlokalizowanych jest w przestarzałych budynkach, o niefunkcjonalnym układzie i posiada wyeksploatowaną oraz przestarzałą aparaturę medyczną, co ma wpływ na działania diagnostyczne i terapeutyczne, powodując tym samym gorsze wyniki leczenia pacjentów i wydłużanie czasu hospitalizacji.</p> <p>Modernizacja istniejących podmiotów leczniczych oraz zakup nowoczesnej</p>	Zwiększenie jakości i dostępności do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych poprzez modernizację istniejącej infrastruktury

Leczenie szpitalne			aparatury przyczyni się do uzyskania lepszego efektu zdrowotnego i ekonomicznego, jak również do zapewnienia mieszkańcom województwa poprawy standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń	
	5.8.	nie dotyczy	Wyzwaniem dla dzisiejszego społeczeństwa staje się fakt zwiększenia dostępu do niektórych usług zdrowotnych. W tym kontekście konieczne jest podejmowanie działań na rzecz wsparcia infrastruktury placówek medycznych i opiekuńczych w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do wymagań osób ze szczególnymi potrzebami oraz zwiększenia podaży usług medycznych i opiekuńczych świadczonych zdalnie w formie usług e–medycyny.	Zwiększenie jakości i dostępności do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych poprzez rozwój usług z zakresu telemedycyny oraz e-zdrowia.
	6.1.	W 10 szpitalach udział hospitalizacji trwających 0 dni (wpis i wypis w tym samym dniu), niezakończonych zgonem przekroczył 15%. Z analizy wyłączono umowy realizujące świadczenia wyłącznie w trybie jednego dnia.	Wzmocnienie finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji możliwych do uniknięcia (diagnostyka i leczenie pacjentów we wczesnym etapie choroby), a także eliminacja hospitalizacji krótkich, jednodniowych (często	Skrócenie czasu pobytu w szpitalu poprzez przeniesienie ciężaru w kierunku leczenia w trybie ambulatoryjnym, gdzie koszty leczenia są niższe przy wyższym poziomie bezpieczeństwa dla pacjenta.

		diagnostycznych), których efekt można osiągnąć w leczeniu otwartym.	
6.2.	W przypadku operacji zaćmy odsetek hospitalizacji jednodniowych waha się od ok. 80% do 100%, Z analizy wyłączone umowy realizujące świadczenia wyłącznie w trybie jednego dnia.	Dane wskazują na zmianę struktury leczenia z hospitalizacji wielodniowej na świadczenia udzielane w trybie jednego dnia.	Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych w trybie jednego dnia w zakresie okulistyki, co jest wynikiem pożądanym.
6.3.	INF Z PRPZ Występuje wyraźna potrzeba koncentracji świadczeń w podmiotach leczniczych należycie przygotowanych do ich udzielania z uwagi na zaobserwowaną zależność pomiędzy taką koncentracją a obniżeniem śmiertelności pooperacyjnej.	Występuje wyraźna potrzeba koncentracji świadczeń w podmiotach leczniczych należycie przygotowanych do ich udzielania z uwagi na zaobserwowaną zależność pomiędzy taką koncentracją a obniżeniem śmiertelności pooperacyjnej. Ograniczenie finansowania oddziałów z niskim poziomem zabiegowości, udzielających podobnych świadczeń zdrowotnych, zlokalizowanych w pobliżu większych ośrodków w celu przeciwdziałania rozdrobnieniu kontraktów z NFZ oraz wzrostu poziomu finansowego szpitali. Koncentracja zabiegowości, która wpłynie na jakość udzielonych świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów.	Koncentracja zabiegowości, która wpłynie na jakość udzielonych świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów.

6.4.	<p>Wśród 16127 pacjentów z rozpoznaniem dotyczącym nowotworu, blisko 20% pacjentów było leczonych poza województwem lubelskim. Najczęściej poza swoim województwem (ponad 60% pacjentów) byli leczeni pacjenci z nowotworami złośliwymi tarczycy (87,4% z 354 pacjentów), nowotworami złośliwymi oka (83,6% z 61 pacjentów), nowotworami złośliwymi grasicy (4 z 5 pacjentów), nowotworów złośliwych innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych (77,4% z 31 pacjentów) oraz nowotworów złośliwych opon (4 z 6 pacjentów).</p> <p>Epidemiologia 2.2;2.5</p>	Epidemiologia 2.2;2.5	<p>Uwagę należy skierować na kompleksowość, koordynację oraz koncentrację udzielanych świadczeń, jak również na świadczenia onkologiczne niedostępne na terenie województwa lubelskiego, na które odnotowuje się znaczny poziom migracji pacjentów do innych województw.</p>
6.5.	Epidemiologia 2.2;2.5	Epidemiologia 2.2;2.5	<p>Poprawa skuteczności leczenia nowotworów. poprzez wdrażanie nowoczesnej diagnostyki i nowych terapii przeciwnowotworowych oraz tworzenie przyjaznych warunków dla rozwoju przedsięwzięć z zakresu innowacyjnych technologii medycznych.</p>

6.6.	Demografia 1.2.	Istnieje konieczność dostosowania opieki szpitalnej do potrzeb starzejącej się populacji mieszkańców województwa Demografia 1.2.	Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w dziedzinie geriatry.
6.7.	Demografia 1.2. Epidemiologia 2.2; 2.3; 2.4; 2.5; 2.6; 2.7;2.8;2.10; Czynniki ryzyka 3.2;	Istnieje konieczność rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych, co potwierdza sytuacja epidemiologiczna oraz prognozy zapotrzebowania na łóżka szpitalne przedstawione w uprzednich edycjach map ²³ , które zgodnie z aktualną mapą potrzeb zdrowotnych dla Polski nadal mogą stanowić punkt odniesienia.	Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresach takich jak: onkologia, kardiologia, kardiochirurgia, chirurgia naczyniowa, neurologia, neurochirurgia, diabetologia, nefrologia, urologia, reumatologia, choroby zakaźne i wysoce zakaźne endokrynologia, ortopedia, chirurgii urazowo-ortopedycznej gastroenterologia oraz gruźlicy i chorób płuc.
6.8.	Demografia 1.2.	Reumatologia wymaga zmian w dostępności do nowoczesnych form leczenia, które spowalniają rozwój	Poprawa skuteczności leczenia w dziedzinie reumatologii.

² MPZ w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. Lubelskiego (2018) http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2018/06/03_lubelskie.pdf

³ Źródło: str. 10 dokumentu pn. PRPZ dla województwa lubelskiego

<https://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zdrowie/potrzeby/CZ%C4%98%C5%9A%C4%86%20OPISOWA%20Lubelskie%20PRPZ%20-%20wersja%20ostateczna.pdf>

		niepełnosprawności i utraty zdolności do pracy.	
6.9.	<p>Choroby skóry rzadko są przyczyną bezpośrednich zgonów, ale średnio ciężki i ciężki przebieg łuszczycy jako choroby mediowanej immunologicznie przyczynia się do szybszego rozwoju miażdżycy oraz dwukrotnie wyższej zapadalności na choroby sercowo-naczyniowe, tym samym skrócenia życia o średnio 5 lat.</p> <p>Z uwagi na obserwowany wzrost zachorowań na choroby dermatologiczne mediowane immunologicznie, istotne jest umożliwienie pacjentom dostępu do nowoczesnej terapii biologicznej realizowanej w warunkach jednodniowej hospitalizacji. Prawidłowe leczenie tego rodzaju schorzeń wpłynie na zmniejszenie dezaktywizacji zawodowej.</p>	Pożądanym kierunkiem zmian w leczeniu chorób dermatologicznych jest zwiększenie dostępności do terapii w trybie stacjonarnym jednego dnia oraz do nowoczesnych form leczenia.	Poprawa skuteczności leczenia w szczególności poprzez utworzenie podmiotu lub reorganizacja już istniejącego podmiotu, zabezpieczającego dostęp do wysokospecjalistycznej diagnostyki lub leczenia.
6.10.	<p>Pod względem liczby personelu zatrudnionego w ramach leczenia szpitalnego na 100 tys. ludności województwa, lubelskie zajmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lekarze – 3 miejsce w kraju, – pielęgniarki – 2 miejsce w kraju, – położne – 4 miejsce w kraju, – fizjoterapeuci – 3 miejsce w kraju. 	Na tle Polski województwo zajmuje wysoki poziom zatrudnionego personelu.	Utrzymanie poziomu zatrudnionego personelu.

6.11.	<p>Najmniejsza dostępność świadczeń w leczeniu szpitalnym wyrażona średnim czasem oczekiwania (długością kolejki) w lutym 2020 r. dla przypadków stabilnych województwa lubelskiego występowała na oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej - 1026,9 dni (Polska 548,5 dni), kardiologicznych – 221,2 dni (Polska 113,4 dni), neurochirurgicznych – 178,8 dni (Polska 319,3 dni). Kolejki na pozostałe oddziały były równe lub krótsze niż 168 dni np. diabetologiczny – 168,0 dni (Polska 106,8), obserwacyjno-zakaźny - 125 dni (Polska - 57 dni). Średni czas oczekiwania do oddziału w tym okresie wyniósł 77,82 dni, podczas gdy w skali całej Polski było to 114,33 dni)</p> <p>Rozpatrując kolejki przypadków pilnych w lutym 2020 najdłuższe były do oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej – 311,8 dni (Polska 185,2 dni), kardiologicznych – 159,3 dni (Polska 87,8 dni), diabetologicznych - 118 dni (Polska 69,3 dni), neurochirurgiczny – 110,8 (Polska 222,6 dni) . nefrologiczny- 88,8 dni (Polska – 44,5 dni), urologiczny – 74,1 dni (Polska – 54,4 dni)</p> <p>Średnia w przekroju kolejek wynosiła 59,03 dni (dla Polski 56,37 dni).</p>	<p>Świadczenia, na które odnotowuje się najdłuższy czas oczekiwania finansowane są głównie ryczałtem PSZ (z wyjątkiem endoprotez oraz ginekologii onkologicznej, która w Lubelskim OW NFZ zakontraktowana jest poza siecią szpitali).</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych na oddziałach na których odnotowuje się najdłuższe kolejki oczekiwania poprzez zmiany organizacyjne wewnątrz szpitali na oddziałach finansowanych ryczałtem (zmiana struktury finansowania poszczególnych komórek, zwiększenie nakładów na świadczenia deficytowe);</p> <p>Zwiększenie nakładów na świadczenia płatne fee-for service, na które dostępność jest ograniczona.</p>
-------	--	---	--

6.12.	<p>Łączna liczba łóżek w oddziałach szpitalnych i innych komórkach opieki szpitalnej w województwie lubelskim w 2019 r. była niższa o 7,6 % łóżek w stosunku do 2018 r. Powyższe w szczególności wynikało z wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, co wymusiło na zarządzających szpitalami dokonanie zmian rejestrowych w tym zakresie.</p> <p>Wskaźnik łóżek szpitalnych w oddziałach szpitalnych i innych komórkach opieki szpitalnej na 100 tys. ludności województwa w 2019 r. był niższy o 43 w stosunku do 2018 r., jednakże wyższy od średniej dla Polski w 2019 r. i uplasowało województwo na 5. pozycji w kraju pod względem liczby łóżek na 100 tys. ludności.</p> <p>Najwyższy wskaźnik łóżek w oddziałach szpitalnych i innych komórkach opieki szpitalnej na 100 tys. ludności w 2019 r. był na oddziałach: wewnętrznych, psychiatrii ogólnej oraz chirurgiczny ogólny, ginekologiczno-położniczym.</p> <p>W oddziałach szpitalnych i innych komórkach opieki szpitalnej średnie obłożenie łóżek wynosiło 85% tj. o 4 punkty procentowe więcej niż w 2018 r. (81%). Średnia dla Polski w 2019 r. wynosiła 83%.</p>	Dane wskazują na oddziały szpitalne na których odnotowuje się wysokie oraz niskie obłożenie łóżek.	Reorganizacja w liczbie i strukturze łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych z uwzględnieniem zwiększenia dostępności do łóżek gdzie odnotowuje się najwyższe obłożenie przy jednoczesnym ograniczaniu łóżek na oddziałach o niskim poziomie obłożenia.
-------	---	--	--

	<p>Najwyższe średnie obłożenie łóżek (powyżej 90%) odnotowano w: powiecie kraśnickim (124%), łukowskim (120%), puławskim (102%), m. Zamość (98%), m. Biała Podlaska (97%), powiecie radzyńskim (92%).</p> <p>Najwyższe średnie obłożenie łóżek (powyżej 90%) odnotowano na oddziałach: onkologii klinicznej/chemioterapii (148%), neurologii (138%), leczenia jednego dnia (134%), chirurgii onkologicznej (120%), rehabilitacji psychiatrycznej (107%), alergologii (105%), hematologia (100%), endokrynologia (98%), nefrologia (96%), kardiochirurgia (94%), neurochirurgia (91%), detoksykacji (89%).</p> <p>Najniższe średnie obłożenie łóżek (do 50%) odnotowano w oddziałach: dermatologii dziecięcej (9%, jednak we wszystkich 4 województwach, w których takie oddziały funkcjonują, ich obłożenie nie przekraczało 65%), okulistyki dziecięcej (36%), chirurgii plastycznej (39%), immunologii (41%, z czego było to najwyższe obłożenie spośród 3 województw w których takie oddziały funkcjonują), transplantologiczny (43%), położniczo-ginekologiczny (49%).</p> <p>Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej w województwie w przeliczeniu na 100 tys.</p>		
--	---	--	--

	<p>ludności (26,28) była nieznacznie wyższa od średniej dla Polski (25,82).</p> <p>Liczba inkubatorów w województwie w przeliczeniu na 100 tys. ludności (6,69) była nieznacznie wyższa od średniej dla Polski (6,27), co plasuje województwo na 5 pozycji w kraju pod względem liczby inkubatorów na 100 tys. ludności.</p>		
6.13.	<p>Programy lekowe realizowane były w 14 z 24 powiatów z czego najwięcej w m. Lublin oraz m. Zamość.</p> <p>W programach lekowych leczyło się 6 575 mieszkańców województwa. W porównaniu z 2018 r. nastąpił wzrost liczby pacjentów z województwa o 10%.</p> <p>Liczba programów lekowych w Polsce wyniosła 89, z czego w województwie realizowano 78.</p>	<p>Pomimo, iż nastąpił wzrost liczby pacjentów objętych świadczeniem w zakresie programów lekowych, w województwie występuje zróżnicowanie regionalne w tym zakresie. Brak dostępu na terenie województwa do wszystkich programów realizowanych w kraju.</p>	<p>Poprawa dostępu do programów lekowych w powiatach w których nie były realizowane oraz dążenie do jak największej liczby realizowanych programów spośród tych realizowanych w Polsce.</p>
6.14.	<p>Według wartości zakażeń szpitalnych leczonych stacjonarnie w przeliczeniu na 100 tys. ludności, województwo zajmowało 4. miejsce w kraju (powyżej wartości dla Polski).</p> <p>Liczba zgonów spowodowanych zakażeniem szpitalnym na 100 tys. ludności była niższa niż średnia wartość dla kraju (2,47 vs. 4,05). Pod względem śmiertelności z powodu zakażeń</p>	<p>W województwie zaobserwowano wzrost liczby zakażeń szpitalnych leczonych stacjonarnie w stosunku do 2018 r.</p> <p>Pomimo faktu, że wszystkie szpitale województwa opracowały procedurę dotyczącą pobierania badań przesiewowych w kierunku CPE u pacjentów przyjmowanych do szpitali, u</p>	<p>Organizacja udzielania świadczeń w sposób pozwalający na minimalizację czynników ryzyka zakażeń szpitalnych i występowania ognisk epidemicznych (bieżąca aktualizacja procedur, nadzór nad ich przestrzeganiem przez</p>

	szpitalnych województwo zajmowało 12. miejsce w Polsce.	których stwierdzono czynniki ryzyka takie jak pobyt w innych szpitalach, długotrwała antybiotykoterapia, pobyt w ZOL, DPS, czy w innej placówce na terenie województwa i kraju, to jednak w wielu podmiotach nie jest ona przestrzegana ⁴ . Analiza zapadalności i śmiertelności związanych z sepsą prowadzi do wniosku, że województwo lubelskie jest pod tym względem w dobrej sytuacji w stosunku do innych województw	personel medyczny, stałe szkolenie personelu).
6.15.	nie dotyczy	Utrzymanie jakości kompleksowego leczenia jest warunkowane systematyczną modernizacją oraz wyposażeniem/wymianą istniejącej infrastruktury. Część podmiotów leczniczych zlokalizowanych jest w przestarzałych budynkach, o niefunkcjonalnym układzie i posiada wyeksploatowaną oraz przestarzałą aparaturę medyczną, co ma wpływ na działania diagnostyczne i terapeutyczne, powodując tym samym gorsze wyniki	Poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez modernizację istniejącej infrastruktury.

⁴ <https://www.lublin.uw.gov.pl/wojew%C3%B3dzki-zesp%C3%B3%C5%82-ds-monitorowania-i-zwalczania-zaka%C5%BCe%C5%84-patogenami-opornymi-na-antybiotyki-kluczowe>

		<p>leczenia pacjentów i wydłużanie czasu hospitalizacji.</p> <p>Modernizacja istniejących podmiotów leczniczych oraz zakup nowoczesnej aparatury przyczyni się do uzyskania lepszego efektu zdrowotnego i ekonomicznego, jak również do zapewnienia mieszkańcom województwa poprawy standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń</p>	
6.16.	nie dotyczy	<p>Wyzwaniem dla dzisiejszego społeczeństwa staje się fakt zwiększenia dostępu do niektórych usług zdrowotnych. W tym kontekście konieczne jest podejmowanie działań na rzecz wsparcia infrastruktury placówek medycznych i opiekuńczych w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do wymagań osób ze szczególnymi potrzebami oraz zwiększenia podaży usług medycznych i opiekuńczych świadczonych zdalnie w formie usług e–medycyny.</p> <p>Telemedycyna zwiększa dostęp do świadczeń zdrowotnych. Skrócenie kolejek do specjalistów, ograniczenie wizyt nieuzasadnionych medycznie,</p>	<p>Poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez rozwój i wdrażanie rozwiązań z zakresu e-zdrowia w tym: tele-medycyny (np. tele-monitoring, tele-rehabilitacja, tele-radiologia, tele-opieka), cyfryzacji ochrony zdrowia oraz wzmocnienie infrastruktury informatycznej w szpitalach, w tym rozwój nowoczesnych kanałów informacyjnych dla pacjenta.</p>

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień			szybsze reagowanie na zaostrzenia choroby, niwelowanie barier geograficznych, oszczędność czasu i usprawnienie pracy lekarzy, pielęgniarek i przedstawicieli innych osób wykonujących zawody medyczne Przekłada się także na oszczędności finansowe na poziomie podmiotu leczniczego	
	7.1.	Na terenie województwa funkcjonowały dwa Centra Zdrowia Psychicznego z siedzibą w Radzynie Podlaskim i Chełmie, które swoim zasięgiem obejmowały 3 powiaty. Epidemiologia: 2.9	Mieszkańcy pozostałych regionów nie byli zabezpieczeni w taką formę leczenia. Epidemiologia: 2.9	Tworzenie ośrodków oferujących kompleksowe świadczenia z zakresu psychiatrii (Centra Zdrowia Psychicznego), jako nowych wieloprofilowych jednostek organizacyjnych.
	7.2.	W województwie funkcjonowały: - oddziały szpitalne psychiatryczne (ogólne) w dwóch miastach na prawach powiatu (Lublin, Chełm) oraz w pięciu powiatach (trzech ze sobą sąsiadujących: radzyńskim, łukowskim i parczewskim oraz zamojskim i janowskim), - oddział rehabilitacji psychiatrycznej w m. Lublin, - oddział psychogeriatryczny w m. Lublin oraz powiecie janowskim, - oddział psychiatryczny dla przewlekle chorych	Mieszkańcy województwa nie mieli dostępu do świadczeń psychiatrycznych dla chorych somatycznie oraz chorych na gruźlicę realizowanych w ramach oddziałów szpitalnych. Ponadto podane dane wskazują na ograniczoną dostępność do świadczeń w oddziale rehabilitacji psychiatrycznej oraz leczenia zaburzeń nerwicowych. Demografia: 1.2	Zabezpieczenie mieszkańców województwa w świadczenia psychiatryczne całodobowe poprzez tworzenie oddziałów szpitalnych przy szpitalach ogólnych, aby umożliwić pacjentom leczenie psychiatryczne oraz somatyczne.

	<p>w powiecie zamojskim,</p> <p>- oddział leczenia zaburzeń nerwicowych w m. Lublin.</p> <p>W województwie brak oddziału psychiatrycznego dla chorych somatycznie oraz oddziału psychiatrycznego dla chorych na gruźlicę.</p> <p>Liczba łóżek na 100 tys. ludności w oddziale rehabilitacji psychiatrycznej oraz oddziale zaburzeń nerwicowych w województwie była poniżej wartości dla kraju.</p> <p>Liczba pacjentów na 100 tys. ludności powyżej 18 roku życia w województwie w oddziale rehabilitacji psychiatrycznej wynosiła 6, co daje 11. miejsce w stosunku do innych województw zaś w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych wynosiła 13 - 10 miejsce wśród województw.</p> <p>Demografia: 1.2</p>	Epidemiologia: 2.9	
7.3.	<p>W województwie funkcjonowały</p> <p>- oddział dzienny psychiatryczny (ogólny) w trzech miastach na prawach powiatu (Chełm, Biała Podlaska, Lublin) oraz powiatach radzyńskim, puławskim i kraśnickim,</p> <p>- oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny w dwóch miastach na prawach powiatu (Lublin,</p>	<p>Rozmieszczenie podmiotów realizujących świadczenia dziennej opieki psychiatrycznej wskazuje na ograniczoną dostępność mieszkańców województwa do tej formy opieki.</p> <p>Demografia:1.2</p> <p>Epidemiologia: 2.9</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń dziennej opieki psychiatrycznej poprzez zwiększenie liczby oddziałów realizujących te świadczenia.</p>

	<p>Zamość),</p> <p>- oddział dzienny psychogeriatryczny w mieście Lublin oraz w dwóch powiatach (sąsiadujących ze sobą bialskim i włodawskim),</p> <p>-oddział dzienny zaburzeń nerwicowych w m. Lublin i powiecie puławskim.</p>		
7.4.	<p>Zakłady/oddział opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne funkcjonowały w m. Chełm, m. Lublin, pow. parczewski, pow. łukowski, pow. puławski, pow. zamojski.</p> <p>Przeciętny czas oczekiwania (stan na luty 2020 r.) do zakładu lub oddziału opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego dla przypadku stabilnego wynosił 305 dni.</p> <p>W województwie brak zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego.</p>	<p>Przedstawione dane potwierdzają niską dostępność do zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych o profilu psychiatrycznym w województwie.</p> <p>Brak dostępu mieszkańców do świadczeń realizowanych w ramach zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego.</p> <p>Epidemiologia: 2.9</p>	<p>Zwiększenie dostępności do zakładu opiekuńczo-leczniczego o profilu psychiatrycznym poprzez zwiększenie liczby podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w tym zakresie lub zwiększenie liczby łóżek w podmiotach istniejących. Utworzenie zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego.</p>
7.5.	<p>W województwie lubelskim funkcjonował jeden hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>	<p>Należy dążyć do zwiększenia dostępności do tej formy opieki w województwie lubelskim, celem poprawy jakości życia i codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia umiejętności społecznych osobom z zaburzeniami psychicznymi.</p>	<p>Tworzenie hosteli dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>

7.6.	<p>Na terenie województwa funkcjonowały:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poradnie zdrowia psychicznego, które były dostępne prawie w każdym powiecie (z wyjątkiem powiatów zamojskiego i chełmskiego, przy czym powiat chełmski objęty jest obszarem odpowiedzialności Centrum Zdrowia Psychicznego znajdującego się w Chełmie), - poradnia leczenia nerwic (m. Lublin) - poradnie psychologiczne w czterech miastach na prawach powiatu (Biała Podlaska, Chełm, Lublin, Zamość) i siedmiu powiatach (łukowskim, puławskim, kraśnickim, biłgorajskim, tomaszowskim, włodawskim, łęczyńskim) <p>W województwie brak było poradni psychogeriatrycznej.</p> <p>Demografia:1.2 Epidemiologia: 2.9</p>	<p>Należy zapewnić dostęp do poradni mieszkańcom powiatów, gdzie brak zabezpieczenia w tego rodzaju świadczenia.</p> <p>Demografia:1.2 Epidemiologia: 2.9</p>	<p>Utworzenie poradni sprofilowanych, w szczególności poradni psychogeriatrycznych, mając na względzie demografię województwa.</p>
7.7.	<p>Zaburzenia lękowe oraz zaburzenia nastroju były najczęstszymi rodzajami zaburzeń zdiagnozowanymi u pacjentów dorosłych województwa.</p> <p>Wskaźnik liczby pacjentów z zaburzeniami nastroju na 100 tys. ludności dla województwa był</p>	<p>Niski udział psychoterapii indywidualnej oraz porad psychologicznych wskazuje, że nie wszyscy pacjenci wymagający takiej formy pomocy byli nią objęci.</p>	<p>Zapewnienie psychoterapii pacjentom wymagającym tej formy leczenia.</p>

	<p>wyższy od średniej dla kraju.</p> <p>W województwie sprawozdano najwięcej porad lekarskich (58,93%) przy niskim udziale psychoterapii indywidualnej (22,09%), porad psychologicznych (17,07%).</p>		
7.8.	<p>Zespoły leczenia środowiskowego funkcjonowały w czterech miastach na prawach powiatu (Biała Podlaska, Chełm, Lublin, Zamość) oraz w sześciu powiatach (czterech ze sobą sąsiadujących: radzyńskim, bialskim, parczewskim i łęczyńskim oraz puławskim, kraśnickim).</p>	<p>Najbardziej ograniczony dostęp do tej formy leczenia mieli pacjenci zamieszkujący południową część województwa</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w ramach zespołu leczenia środowiskowego w południowej części województwa.</p>
7.9.	<p>W województwie brak było oddziałów dziennych uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz uzależnień niescharakteryzowanych. Pacjenci mieli utrudniony dostęp do oddziałów dziennych uzależnień od alkoholu ze względu na ich rozmieszczenie. Podmioty te funkcjonowały w powiecie łukowskim, parczewskim, krasnostawskim, m. Chełm, m. Lublin.</p> <p>Przeciętny czas oczekiwania (stan na luty 2020) do oddziału rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w przypadku stabilnym wynosił 20 dni i był dłuższy niż jego wartość obliczona dla całego kraju (7 dni).</p> <p>Na terenie województwa brak było poradni</p>	<p>Barierą ograniczającą dostępność do świadczeń w zakresie leczenia uzależnień dla dorosłych było nierównomierne rozmieszczenie lub brak podmiotów realizujących świadczenia w tym zakresie.</p> <p>Mieszkańcy mieli również znacznie ograniczony dostęp do świadczeń w zakresie leczenia uzależnień z powodu długiego czasu oczekiwania na świadczenie.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie leczenia uzależnień dla dorosłych poprzez tworzenie podmiotów leczniczych realizujących te świadczenia.</p>

	<p>antynikotynowej. Pacjenci mieli ograniczony dostęp do poradni ogólnych leczenia uzależnień, które zlokalizowane były w powiatach łukowskim, łęczyńskim, kraśnickim, janowskim, m. Lublin, m. Zamość i m. Chełm oraz poradni uzależnień od substancji psychoaktywnych funkcjonujących z terenie powiatu kraśnickiego, puławskiego, tomaszowskiego, m. Chełm i m. Lublin.</p> <p>W województwie lubelskim brak jest hosteli dla osób uzależnionych od alkoholu oraz substancji psychoaktywnych.</p>		
7.10.	<p>Wskaźnik migracji pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze pomiędzy powiatami w województwie lubelski, łącznie dla opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, jest bardzo zróżnicowany i wyniósł od 0% (powiat chełmski) do 94,75% (m. Lublin), dla 5 powiatów wskaźnik ten wyniósł poniżej 50%, dla 4 powiatów pomiędzy 50% a 70%, dla 9 powiatów pomiędzy 70% a 80%, a dla 6 powyżej 80%.</p>	<p>Migracje pacjentów wskazują na zróżnicowanie regionalne w dostępie do świadczeń.</p>	<p>Priorytetowym działaniem w skali województwa jest wypełnienie „białej plamy” na mapie zasobów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dorosłych w subregionach i powiatach.</p>
7.11.	<p>Liczba lekarzy psychiatrów w województwie wynosiła 236, wskaźnik liczby lekarzy na 100 tys. ludności wyniósł 11,2 - zgodnie z rekomendacjami wskaźnik ten powinien wynosić 20.</p>	<p>Niewystarczająca liczba kadr medycznych skutkuje spadkiem dostępności i jakości usług opieki zdrowotnej i znacznie dłuższym czasem oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego, co</p>	<p>Zwiększenie liczby lekarzy psychiatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży, pielęgniarek psychiatrycznych, pracowników socjalnych oraz terapeutów środowiskowych,</p>

		<p>Wskaźnik pokazujący liczbę kadr (ogółem) w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień na 100 tys. ludności w województwie wynosił 52,7 (4. pozycja w kraju).</p>	<p>pływa bezpośrednio na skuteczność opieki medycznej i stan zdrowia populacji.</p>	<p>psychoterapeutów (w tym specjalistów psychoterapii uzależnień), psychologów (w tym psychologów klinicznych) poprzez tworzenie mechanizmów motywujących (w tym finansowych oraz lepszych warunków pracy) do podejmowania szkolenia specjalizacyjnego, oraz podjęcia i utrzymania pracy w tych zawodach na terenie województwa lubelskiego.⁵</p>
7.12.	nie dotyczy		<p>Utrzymanie jakości kompleksowego leczenia jest warunkowane systematyczną modernizacją oraz wyposażeniem/wymianą istniejącej infrastruktury. Część podmiotów leczniczych w województwie lubelskim zlokalizowanych jest w przestarzałych budynkach, o нефункциональным układzie i posiada wyeksploatowaną oraz przestarzałą aparaturę medyczną, co ma wpływ na działania diagnostyczne</p>	<p>Modernizacja istniejących podmiotów leczniczych oraz zakup nowoczesnej aparatury przyczyni się do uzyskania lepszego efektu zdrowotnego i ekonomicznego, jak również do zapewnienia mieszkańcom województwa poprawy standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń.</p>

⁵ Informacja z rocznego raportu za 2019 r. Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii

		i terapeutyczne, powodując tym samym gorsze wyniki leczenia pacjentów i wydłużanie czasu hospitalizacji.	
7.13.	Brak w województwie Centrów Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz Ośrodka Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, które mają powstać zgodnie z założeniami reformy w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.	Brak dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.	Tworzenie ośrodków oferujących kompleksowe świadczenia z zakresu psychiatrii (np. Centra Zdrowia Psychicznego), jako nowych wieloprofilowych jednostek organizacyjnych.
7.14.	Na terenie województwa funkcjonował 1 oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci (m. Lublin), 1 pododdział dzienny dla dzieci i młodzieży (m. Lublin), 2 oddziały dzienne dla osób z autyzmem dziecięcym (m. Lublin, m. Chełm). ⁶	Barierą ograniczającą dostępność do świadczeń w opiece psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą w warunkach opieki dziennej jest zbyt mała liczba odpowiednich placówek, nierównomiernie rozmieszczonych, w większości scentralizowanych w m. Lublin.	Zapewnienie adekwatnego do potrzeb mieszkańców dostępu do świadczeń dziennej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, mając na względzie obecne nierównomierne rozmieszczenie podmiotów funkcjonujących w tym zakresie.
7.15.	W województwie brak oddziałów specjalistycznych dla dzieci i młodzieży, takich jak np. oddział leczenia zaburzeń nerwicowych.	Brak dostępu do tych świadczeń dla mieszkańców poniżej 18 roku życia. Ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego dzieci i młodzieży	Tworzenie oddziałów dziennych oraz całodobowych w szczególności: leczenia: zaburzeń nerwicowych.

⁶ Dane pochodzą z LOW NFZ, potwierdzone na dzień 31.12.2019 r.

		z zaburzeniami psychicznymi powoduje, że dzieci z tymi problemami leczone są na innych oddziałach dziecięcych (pediatria, neurologia dziecięca), co nie jest zjawiskiem korzystnym dla pozostałych pacjentów.	
7.16.	W województwie lubelskim nie funkcjonował zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny dla dzieci i młodzieży oraz zakład/oddział pielęgnacyjno - opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci i młodzieży.	Brak dostępu do tych świadczeń dla mieszkańców poniżej 18. roku życia.	Utworzenie zakładu opiekuńczo-leczniczych o profilu psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży oraz zakładu/oddziału pielęgnacyjno - opiekuńczego psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży.
7.17.	W województwie lubelskim nie funkcjonował hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci i młodzieży.	Brak dostępu do tych świadczeń dla mieszkańców poniżej 18 roku życia.	Utworzenie hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla dzieci i młodzieży na terenie województwa.
7.18.	W województwie lubelskim funkcjonowało 7 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (m. Lublin, m. Zamość, m. Chełm), 5 poradni dla osób z autyzmem dziecięcym (powiat bialski, biłgorajski, m. Chełm, m. Lublin). ⁷	Niewystarczająca dostępność do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla dzieci i młodzieży.	Utworzenie poradni sprofilowanych w szczególności tych rodzajów, w których odnotowuje się najdłuższy czas oczekiwania.

⁷ Dane pochodzą z LOW NFZ, potwierdzone na dzień 31.12.2019 r.

	Przeciętny czas oczekiwania (stan na luty 2020) na poradę w poradni dla osób z autyzmem dziecięcym wynosi 140 dni.		
7.19.	Zgodnie z założeniami reformy w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w zakresie realizacji świadczeń w ramach Ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny funkcjonuje Poradnia psychologiczna dla dzieci i młodzieży w ramach I poziomu referencyjnego. ⁸	Zabezpieczenie w tego rodzaju świadczenia mieszkańców województwa poniżej 18. roku życia.	Utworzenie poradni psychologicznej dla dzieci i młodzieży w ramach I poziomu referencyjnego, w których takie poradnie jeszcze nie funkcjonują.
7.20.	W województwie pacjentom poniżej 18 roku życia sprawozdano najwięcej porad lekarskich (71,36%), przy niskim udziale porad psychologicznych (24,55%) i psychoterapii indywidualnej (4,06%), oraz prawie zerowym udziale oddziaływań grupowych/rodzinnych (0,01%). Udział porad lekarskich w województwie był wyższy niż średnio dla Polski (62,42%), dużo niższy niż średnio dla Polski był udział psychoterapii indywidualnej (województwo - 4,06%, Polska – 13,78%). W województwie lubelskim wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności był wyższy od	Niski udział psychoterapii indywidualnej oraz porad psychologicznych wskazuje, że nie wszyscy pacjenci wymagający takiej formy pomocy byli nią objęci.	Zapewnienie psychoterapii pacjentom wymagającym tej formy leczenia.

⁸ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-prac-nad-reforma-w-systemie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy>;
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001641/O/D20201641.pdf>

	<p>średniej dla Polski dla grup zaburzeń: zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną, zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia emocji młodzieży, zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania, tiki.</p>		
7.21.	<p>W województwie brak opieki realizowanej w formie zespołu leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży.</p>	<p>Brak dostępu do tej formy opieki dla mieszkańców województwa poniżej 18. roku życia.</p>	<p>Podjęcie działań zmierzających do zabezpieczenia mieszkańców województwa poniżej 18. roku życia w świadczenia realizowane w ramach zespołu leczenia środowiskowego.</p>
7.22.	<p>Nie realizowano żadnej formy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w powiatach: radzyńskim, łukowskim, chełmskim, krasnostawskim, włodawskim, lubartowskim, parczewskim, lubelskim, świdnickim, łęczyńskim, ryckim, opolskim, kraśnickim, janowskim, zamojskim, hrubieszowskim, tomaszowskim, puławskim oraz m. Biała Podlaska</p>	<p>W większości powiatów brak dostępności do jakiegokolwiek formy opieki psychiatrycznej</p>	<p>Zapewnienie adekwatnego do potrzeb mieszkańców dostępu do świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w województwie. Konieczne jest zwiększenie i wyrównanie różnic regionalnych w dostępie do świadczeń opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży na terenie województwa.</p>

7.23.	W województwie brak oddziału toksykologicznego dla dzieci i młodzieży ⁹ .	Ze względu na rosnącą liczbę młodzieży wymagającej hospitalizacji po spożyciu środków odurzających można wnioskować, że wzrośnie zapotrzebowanie na świadczenia w tym zakresie.	Utworzenie oddziału toksykologicznego dla dzieci i młodzieży.
7.24.	Na terenie województwa lubelskiego funkcjonowały 1 poradnia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży (m. Lublin.), 1 Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (powiat puławski). ¹⁰	W województwie lubelskim barierą ograniczającą dostępność do świadczeń w zakresie leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży była zbyt mała liczba podmiotów realizujących świadczenia w tym zakresie.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży poprzez tworzenie podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w tym obszarze.
7.25.	Wskaźnik migracji pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze łącznie dla opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, pomiędzy powiatami w województwie lubelskim, jest bardzo zróżnicowany i wyniósł od 0% (powiat chełmski, lubartowski, lubelski, parczewski, zamojski), 0,39% (pow. świdnicki), 0,64% (pow. krasnostawski) do 95,41% (m. Lublin). Dla 13 (z 24) powiatów wskaźnik ten wyniósł poniżej 30%.	Migracje pacjentów do 18. roku życia wskazują na zróżnicowanie regionalne pod względem dostępności do świadczeń.	Priorytetowym działaniem w skali województwa jest wypełnienie „białej plamy” na mapie zasobów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dzieci i młodzieży w subregionach i powiatach.

⁹ Dane pochodzą z LOW NFZ, potwierdzone na dzień 31.12.2019 r.

¹⁰ Dane pochodzą z LOW NFZ, potwierdzone na dzień 31.12.2019 r.

7.26.	Liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w województwie wynosiła 16, a wskaźnik liczby lekarzy na 100 tys. ludności wyniósł 0,8, choć zgodnie z rekomendacjami wskaźnik ten powinien wynosić 2. W porównaniu do wszystkich województw, w województwie lubelskim było najwięcej lekarzy w wieku emerytalnym (56%).	Barierą ograniczającą dostępność do świadczeń w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży jest zbyt mała liczba specjalistów w tej dziedzinie. Niewystarczająca liczba kadr medycznych skutkuje spadkiem dostępności i jakości usług opieki zdrowotnej i znacznie dłuższym czasem oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego, co wpływa bezpośrednio na skuteczność opieki medycznej i stan zdrowia populacji.	Zwiększenie liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży poprzez tworzenie mechanizmów motywujących (w tym finansowych oraz lepszych warunków pracy) do podejmowania szkolenia specjalizacyjnego, oraz podjęcia i utrzymania pracy w tych zawodach na terenie województwa lubelskiego.
7.27.	nie dotyczy	Utrzymanie jakości kompleksowego leczenia jest warunkowane systematyczną modernizacją oraz wyposażeniem/wymianą istniejącej infrastruktury. Część podmiotów leczniczych w województwie lubelskim zlokalizowanych jest w przestarzałych budynkach, o niefunkcjonalnym układzie i posiada wyeksploatowaną oraz przestarzałą aparaturę medyczną, co ma wpływ na działania diagnostyczne i terapeutyczne, powodując tym samym gorsze wyniki leczenia pacjentów i wydłużanie czasu hospitalizacji.	Modernizacja istniejących podmiotów leczniczych oraz zakup nowoczesnej aparatury przyczyni się do uzyskania lepszego efektu zdrowotnego i ekonomicznego, jak również do zapewnienia mieszkańcom województwa poprawy standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń.

Rehabilitacja medyczna	<p>8.1. Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji stacjonarnej przypadających na 100 tys. ludności był wyższy o 16% w stosunku do średniej dla Polski, co daje 4. miejsce w kraju. Z rehabilitacji stacjonarnej skorzystało 0,3% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) była o 8% poniżej średniej dla kraju, co daje 10. miejsce w Polsce.</p> <p>Dostępność do świadczeń rehabilitacji stacjonarnej w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ogólnym na 100 tys. ludności była o 6% poniżej średniej, co daje 8 miejsce w Polsce,• Kardiologii na 100 tys. ludności była o 18% powyżej średniej, co daje 5 miejsce w Polsce,• Neurologii na 100 tys. ludności była o 19% poniżej średniej, co daje 14 miejsce w Polsce. <p>Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych w przypadku stabilnym w lutym 2020 r.</p>	Pomimo wysokiego wskaźnika liczby ośrodków rehabilitacji stacjonarnej, który jest powyżej średniej krajowej pozostałe dane potwierdzają niewystarczającą dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji stacjonarnej w szczególności neurologicznej, kardiologicznej poprzez zwiększenie liczby podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w tych zakresach lub zwiększenie liczby łóżek w podmiotach już istniejących.
------------------------	---	---	---

	<p>wynosił 394 dni). Przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 15,7 dni.</p> <p>Na koniec 2019 r. w rehabilitacji stacjonarnej liczba łóżek na 100 tys. ludności była o 29% poniżej średniej dla kraju.</p>		
8.2.	<p>Liczba pacjentów na 100 tys. mieszkańców w wieku 0-17 (wg miejsca udzielania świadczeń) wynosi 3,1 i jest o 91% poniżej średniej dla Polski.</p> <p>Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową oddział rehabilitacyjny dla dzieci w warunkach stacjonarnych w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 135 dni)</p>	<p>Niewystarczającą dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych dla dzieci</p>	<p>Zwiększenie liczby podmiotów realizujących świadczenia w zakresie rehabilitacji stacjonarnej dla dzieci lub zwiększenie liczby łóżek. Zwiększenie liczby świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci</p>
8.3.	<p>Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji dziennej przypadających na 100 tys. ludności był o 34% wyższy w stosunku do średniej dla Polski, co daje 3. miejsce w kraju.</p> <p>Z rehabilitacji dziennej skorzystało 11,9% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej w 2019 r.</p>	<p>Pomimo zadowalającego wskaźnika liczby ośrodków rehabilitacji dziennej odnotowujemy zbyt niską liczbę miejsc pobytu dziennego co przekłada się na długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia</p> <p>Popyt na świadczenia przewyższa podaż</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji dziennej poprzez zwiększenie liczby podmiotów lub liczby łóżek pobytu dziennego w podmiotach oraz zwiększenie liczby udzielanych świadczeń</p>

	<p>Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) była powyżej średniej dla kraju o 24%, co daje 2. miejsce w Polsce.</p> <p>Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania do zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 176 dni).</p> <p>Na koniec 2019 r. liczba miejsc pobytu dziennego na 100 tys. ludności była poniżej średniej dla kraju o 43%.</p>		
8.4.	<p>Świadczenia z rehabilitacji dziennej dla dzieci były udzielane w m. Lublin, m. Biała Podlaska, m. Chełm, m. Zamość oraz powiatach łukowskim, ryckim, lubartowskim, łęczyńskim, puławskim, opolskim, biłgorajskim, tomaszowskim, hrubieszowskim. Przewiętny czas oczekiwania do zakładu/ośrodka rehabilitacji dziennej dla dzieci wynosi 37,9 dni.</p> <p>Liczba pacjentów na 100 tys. mieszkańców w wieku 0-17 (wg miejsca udzielania świadczeń) wynosi 14 i jest o 58% poniżej średniej dla Polski.</p>	Niewystarczającą dostępność do świadczeń z rehabilitacji dziennej dla dzieci	Zwiększenie liczby podmiotów realizujących świadczenia w zakresie rehabilitacji dziennej dla dzieci lub zwiększenie liczby łózek. Zwiększenie liczby świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci.
8.5.	Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej przypadających na 100 tys.	Pomimo zadowalającego wskaźnika liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej	Zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji

	<p>ludności był na poziomie średniej dla Polski, co daje 9. miejsce w kraju.</p> <p>Z rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało 89,5% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej.</p> <p>Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) była o 4% powyżej średniej dla kraju, co daje 8. miejsce w Polsce.</p> <p>Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na fizjoterapię ambulatoryjną w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 120 dni).</p>	<p>odnotowujemy zbyt długi czas oczekiwania na udzielone świadczenie.</p> <p>Popyt na świadczenia zdrowotne przewyższa podaż</p>	<p>ambulatoryjnej poprzez zwiększenie finansowania.</p>
8.6.	<p>Świadczenia w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej ogólnej w grupie wiekowej 0-17 (wg lokalizacji świadczeniodawcy) udzielane były we wszystkich powiatach.</p> <p>Przeciętny czas oczekiwania do poradni rehabilitacyjnej dla dzieci w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił -28,2 dni.</p> <p>Świadczenia w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej ogólnej w grupie wiekowej 0-17 liczba pacjentów na 100 tys. ludności województwa w wieku 0-17 wynosi 546 i jest o 9% poniżej wartości dla kraju.</p>	<p>niewystarczającą dostępność do świadczeń z rehabilitacji ambulatoryjnej dla dzieci</p>	<p>Zwiększenie liczby świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci.</p>

8.7.	<p>Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji domowej przypadających na 100 tys. ludności był wyższy o 3% w stosunku do średniej dla Polski.</p> <p>Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na fizjoterapię domową w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 41 dni).</p>	<p>Pomimo zadowalającego wskaźnika liczby ośrodków rehabilitacji domowej odnotowujemy zbyt długi czas oczekiwania na udzielone świadczenie.</p>	<p>Zwiększenie liczby świadczeń fizjoterapeutycznych w ramach rehabilitacji domowej.</p>
8.8.	<p>Saldo migracji pacjentów wymagających rehabilitacji w województwie lubelskim było ujemne i wyniosło -2 652. Jest to wartość przedstawiona dla wszystkich rodzajów świadczeń łącznie. Najwyższe saldo migracji było w miastach Lublin, Zamość, Biała Podlaska oraz Chełm, a najniższe w powiatach lubelskim, zamojskim i bialskim. Obserwuje się bardzo wyraźną migrację pacjentów do miast na prawach powiatu z ich obrzeży.</p> <p>Ośrodków rehabilitacji stacjonarnej nie było w 4 powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w mieście Lublin i powiecie puławskim. W odniesieniu do 2016 r. przybył 1 świadczeniodawca.</p> <p>Ośrodki rehabilitacji dziennej były we wszystkich powiatach. Dużą koncentrację</p>	<p>Migracje pacjentów są wynikiem niedostatecznej dostępności do świadczeń rehabilitacji medycznej.</p> <p>Występuje zróżnicowanie regionalne do świadczeń rehabilitacyjnych.</p>	<p>Współmierne do potrzeb mieszkańców rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji medycznej.</p>

Opieka. długo-terminowa		<p>ośrodków widać w mieście Lublin. W odniesieniu do 2016 r. przybyło 3 świadczeniodawców.</p> <p>Ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej były we wszystkich powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w mieście Lublin. W odniesieniu do 2016 r. przybyło 20 świadczeniodawców.</p> <p>Ośrodków rehabilitacji domowej nie było w 1 powiecie. Dużą koncentrację ośrodków widać w powiatach lubelskim i hrubieszowskim.</p>		
	8.9.	<p>Głównymi rozpoznaniem w rehabilitacji medycznej (we wszystkich rodzajach świadczeń łącznie) były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (70,1%) oraz choroby układu nerwowego (21,5%).</p> <p>Choroby układu mięśniowo-szkieletowego były główną przyczyną rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, stacjonarnych i dziennych, natomiast w przypadku rehabilitacji prowadzonej w warunkach domowych głównym rozpoznaniem były choroby układu nerwowego.</p>	Z uwagi na rozpoznania oraz grupę najczęstszych chorób kwalifikujących do rehabilitacji należy poprawić dostępność do świadczeń po urazach, zabiegach operacyjnych i udarach.	Wzrost udziału świadczeń rehabilitacyjnych dla osób po urazach, zabiegach operacyjnych i udarach.
	9.1.	Liczba pacjentów, która skorzystała ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej ogółem w przeliczeniu na 100 tys. ludności była zbliżona do średniej w Polsce. W rozbiu na rodzaje świadczeń, w przypadku	Przedstawione dane potwierdzają niewystarczającą dostępność do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych.	Dostosowanie infrastruktury opieki długoterminowej do aktualnych potrzeb.

	<p>opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń skorzystało więcej o 4% w stosunku do średniej dla Polski pacjentów/100 tys. ludności, w przypadku opieki stacjonarnej mniej o 5% w stosunku do średniej dla Polski pacjentów/100 tys. ludności.</p>		
9.2.	<p>Województwo posiadało najwyższe w kraju saldo migracji - wartość wskaźnika w 2018 r. osiągnęła - 205, zaś w 2019 r. - 234, co wskazuje na tendencję rosnącą i oznacza na ograniczony dostęp do świadczeń opieki długoterminowej.</p>	<p>Migracje pacjentów są wynikiem niedostatecznej dostępności do świadczeń opieki długoterminowej</p>	<p>Zapewnienie adekwatnego do potrzeb mieszkańców dostępu do świadczeń opieki długoterminowej stacjonarnej</p>
9.3.	<p>W województwie odnotowano kolejki o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania w przypadku stabilnym (stan na luty 2020 r.) do zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego (239 dni) oraz zakładu/oddziału opiekuńczo-leczniczych (307 dni). Czas ten był dłuższy w województwie niż średni czas w Polsce w obu przypadkach.</p>	<p>Przedstawione dane potwierdzają niską dostępność do świadczeń opieki długoterminowej na tle innych województw</p>	<p>Przy planowaniu i realizacji działań na rzecz poprawy sytuacji osób starszych i niesamodzielnych należy dążyć do rozbudowa sektora instytucjonalnej opieki długoterminowej (ZOL/ZPO).</p>
9.4.	<p>Średnia liczba łóżek przypadająca na 1 mln ludności wynosiła poniżej średniej wartości wskazanej dla Polski o 33% i tym samym województwo lubelskie uplasowało się na 14 miejscu wśród wszystkich województw.</p>	<p>Dostępność do łóżek opieki długoterminowej jest niewystarczająca do zapewnienia aktualnych i przyszłych potrzeb wynikających z demografii oraz epidemiologii.</p>	<p>Zwiększenie liczby podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w zakresie opieki długoterminowej stacjonarnej lub zwiększenie liczby łóżek w podmiotach już istniejących.</p>

9.5.	W powiecie: ryckim, lubartowskim, włodawskim, zamojskim, chełmskim, krasnostawskim nie funkcjonowały zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze/opiekuńczo-lecznicze	Dostęp do tej formy opieki najbardziej utrudniony mieli mieszkańcy powiatu krasnostawskiego, ryckiego oraz lubartowskiego, z uwagi na wysokie ujemne saldo migracji pacjentów oraz położenie geograficzne tych powiatów (odległość do powiatów, w których saldo migracji jest dodatnie).	Utworzenie zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego/opiekuńczo-leczniczego w ramach nowego podmiotu leczniczego lub komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego w powiecie krasnostawskim, ryckim oraz lubartowskim
9.6.	Świadczenia opieki zdrowotnej w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie realizowało 4 podmioty zlokalizowane w m. Lublin i powiatach łukowskim oraz radzyńskim.	Znacznie ograniczony dostęp dla pacjentów zamieszkujących południową część województwa.	Utworzenie zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego/opiekuńczo-leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w południowej części województwa. oraz podjęcie działań zmierzających do równomiernego rozmieszczenia podmiotów leczniczych na terenie województwa
9.7.	Nie funkcjonowały zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze/opiekuńczo-lecznicze dla dzieci i młodzieży jako w jednym z siedmiu województw w Polsce. Z sąsiadujących województw jedynie województwo mazowieckie posiadało 1 ośrodek,	Brak dostępu do tych świadczeń dla mieszkańców województwa do 18 roku życia.	Utworzenie zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego/opiekuńczo-leczniczego dla dzieci i młodzieży.

	gdzie wartość wskaźnika liczby ośrodków na 100 tys. ludności wynosiła 0,02.		
9.8.	Nie funkcjonowały zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze/opiekuńczo-lecznicze dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie	Brak dostępu do tych świadczeń dla mieszkańców województwa do 18 roku życia.	Utworzenie zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego/opiekuńczo-leczniczego dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie
9.9.	Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w odniesieniu do miejsca zamieszkania i w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 27,65. Wartość ta była drugą najwyższą w porównaniu do innych województw oraz wyższa o 51% od wartości w stosunku do Polski. Ponadto wszystkie ośrodki realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie zlokalizowane były w m. Lublin i powiecie ryckim.	Brak zabezpieczenia w południowej i wschodniej części województwa.	Utworzenie ośrodka realizującego świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz podjęcie działań zmierzających do równomiernego rozmieszczenia podmiotów leczniczych na terenie województwa, mając na względzie potrzeby mieszkańców wszystkich powiatów.
9.10.	Ośrodki udzielające świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie znajdowały się tylko w powiecie ryckim i m. Lublin.	Brak zabezpieczenia w południowej i wschodniej części województwa	Utworzenie ośrodka realizującego świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci

Op. paliatyw. i hospicyjna		Liczba ośrodków na 100 tys. ludności w województwie wynosi 0,09 i jest poniżej wartości dla PL o 25% (PL 0,12).		wentylowanych mechanicznie oraz podjęcie działań zmierzających do równomiernego rozmieszczenia podmiotów leczniczych na terenie województwa, mając na względzie potrzeby pacjentów do 18. roku życia wszystkich powiatów.
	9.11.	Demografia 1.2.	Wsparcie w opiece dla osób niesamodzielných, w szczególności powyżej 65 roku życia, które ze względu na stan zdrowia wymagają świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, ale nie wymagają hospitalizacji na oddziale szpitalnym i nie kwalifikują się do objęcia opieką w ZOL ze względu na ocenę w skali Barthel powyżej 40 punktów, są DDOM.	Wskazany jest rozwój dziennych form opieki, takich jak np. DDOM.
	10.1.	Ze świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej skorzystało o 21% mniej pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności w stosunku do średniej dla Polski, co daje 15. miejsce w kraju.	Przedstawione dane potwierdzają niewystarczającą dostępność do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.	Dostosowanie infrastruktury opieki paliatywnej i hospicyjnej do aktualnych potrzeb.

10.2.	Beneficjentem opieki paliatywnej w 92,8% byli pacjenci z rozpoznaniem nowotworów w. Wśród pacjentów ogółem przeważają nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (15,9%) oraz nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy (11,5%). Zgodnie z prognozą zapotrzebowanie na liczbę miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa wyniesie 9,4 tys. w 2030 r., 10,3 tys. w 2040 r. i 10,8 tys. w 2050 r.	Stały wzrost zachorowań na choroby nowotworowe i zwiększający się odsetek zgonów oraz starzenie się społeczeństwa powodują, że zapotrzebowanie na opiekę paliatywną i hospicyjną w najbliższych latach będzie wzrastać.	Systematyczne zwiększanie dostępności świadczeń paliatywnych i hospicyjnych na terenie województwa.
10.3.	Wg wskazań Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej w sprawie standardów i norm dla opieki paliatywnej w Europie w województwie nie zapewniono minimalnej liczby łóżek w opiece stacjonarnej. Wartość wskaźnika wyniosła 78,74/1 mln ludności (zalecane jest 100).	Niższa niż zalecana wartość wskaźnika oznacza niedobór łóżek w szpitalnych oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych.	Zwiększenie bazy łóżkowej w stacjonarnej opiece paliatywnej i hospicyjnej.
10.4.	W powiatach: białskim, biłgorajskim, chełmskim, hrubieszowskim, janowskim, krasnostawskim, lubelskim, łęczyckim, łukowskim, parczewskim, radzyńskim, ryckim, świdnickim i tomaszowskim nie funkcjonowały oddziały medycyny paliatywnej/hospicja w warunkach stacjonarnych, przez co dostęp do tej formy opieki najbardziej utrudniony mieli mieszkańcy powiatu: łukowskiego, krasnostawskiego, świdnickiego i hrubieszowskiego, z uwagi na wysokie ujemne	Dostępność do świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych ogranicza niewystarczająca liczba placówek oraz niewspółmierne do potrzeb mieszkańców ich rozmieszczenie	Dążenie do zapewnienia opieki w warunkach stacjonarnych na terenie powiatów: łukowskiego, krasnostawskiego, świdnickiego i hrubieszowskiego, gdzie jego mieszkańcy mają najbardziej utrudniony dostęp do tej formy opieki.

	saldo migracji pacjentów (poniżej wartości dla województwa wynoszącej -33) oraz położenie geograficzne tych powiatów (odległość do powiatów, w których saldo migracji jest dodatnie).		
10.5.	Dostępność do świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych była ograniczona przez niewystarczającą liczbę poradni - 4. Wartość wskaźnika w zakresie liczby poradni w województwie na 100 tys. ludności była niższa w stosunku do Polski o 52%, co uplasowało województwo lubelskie na 13. miejscu w kraju.	Mieszkańcy województwa mieli znacznie ograniczony dostęp do poradni.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych dla osób dorosłych
10.6.	W przypadku świadczeń paliatywnych i hospicyjnych w warunkach domowych nie było dostępności do hospicjów domowych w powiatach: bialskim, lubelskim, parczewskim, radzyńskim, świdnickim	Występuje zróżnicowanie regionalne w dostępie do świadczeń w tym zakresie	Zapewnienie dostępu do świadczeń paliatywnych i hospicyjnych w warunkach domowych we wszystkich powiatach województwa.
10.7.	Wpływ na dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej ma miejsce zamieszkania. Ze świadczeń korzystało o ponad 30% mniej pacjentów z gmin wiejskich niż miejskich. Blisko 80% sięgała różnica liczby pacjentów w	Mieszkańcy województwa lubelskiego mieli jeden z najtrudniejszych dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej ¹¹ .	Poprawa dostępności do świadczeń stacjonarnych i ambulatoryjnych, udzielanych

¹¹ Źródło: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,21371,vp,24011.pdf>

Państwowe Ratownictwo Medyczne		poszczególnych województwach (na 10 tys. ludności).		w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta.
	10.8.	Wskaźnik nakładów na ubezpieczonego w tym rodzaju świadczeń zdrowotnych postawiło województwo lubelskie na 15. miejscu w kraju (17,71 PLN - 77,43% średniej krajowej) ¹² .	Zbyt niski wskaźnik nakładów na ubezpieczonego w stosunku do innych województw.	Zwiększenie nakładów finansowych na opiekę paliatywną i hospicyjną.
	11.1.	Świadczeń opieki zdrowotnej w ramach całodobowej gotowości do udzielania świadczeń osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia udzielało 17 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), spośród których 4 (w tym dziecięcy) zlokalizowane w Lublinie Planowane są do uruchomienia 3 SOR-y, z czego 1 w Lublinie (1. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką), a pozostałe 2 przy Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Lubartowie oraz Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie.	nie dotyczy	Należy dążyć do zapewnienia równomiernego rozłożenia szpitalnych oddziałów ratunkowych.
	11.2.	W szpitalnych oddziałach ratunkowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego przyjęto ogółem (bez podziału ze względu na wiek) w 2019	Przedstawione dane wskazują na dysfunkcję NiŚOZ i POZ w zakresie diagnostyki pacjentów oraz kierowanie	Zwiększenie działań ukierunkowanych na informację o możliwości uzyskania pomocy w NiŚOZ i POZ.

¹² Opracowanie własne Lubelskiego OW NFZ na podstawie danych ujętych w planie zakupu świadczeń na 2019 r.

	<p>r. więcej o 5,98% pacjentów w stosunku do 2017 r. i o 5,54 % w stosunku do 2018 r.</p> <p>Procent pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przekazanych do SOR przez ZRM (tj. liczba pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego do liczby ogółem pacjentów przyjętych w SOR w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego) wynosił w 2018 r. – 25,90%, 2019 r. – 27,74%.</p>	<p>pacjentów nie będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do SOR.</p>	
11.3.	<p>Średnio na 100 tys. mieszkańców przypadało 5,066 ambulansu (6. miejsce w skali kraju pod względem liczby zespołów ratownictwa medycznego).</p> <p>Liczba ludności, ukształtowanie terenu oraz rozkład sieci dróg powodują zagrożenie dostępności do świadczeń w południowej części województwa (powiaty: tomaszowski, hrubieszowski oraz biłgorajski) oraz w północnej części powiatu bialskiego przy granicy z województwem mazowieckim. Okresowa analiza danych czasu dojazdu ZRM do osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wskazuje, że na osiągnięcie wartości ustawowych wpływają także prowadzone prace remontowe oraz wytyczanie nowych szlaków, przecinających istniejącą sieć drogową.</p>	<p>Zbyt niska liczba ambulansów przypadających na 100 tys. ludności.</p> <p>Negatywny wpływ na czasy dotarcia ma również zbyt długi czas przekazania pacjenta przez ZRM w szpitalu.</p>	<p>Zwiększenie liczby ambulansów oraz dyslokacja istniejących lub tworzenie nowych ZRM, co powinno być poprzedzone analizą wyjazdów do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz dostosowana do zmieniającego się układu komunikacyjnego z uwzględnieniem warunków terenowych i gęstości zaludnienia.</p> <p>Sezonowe uruchamianie tzw. zespołów czasowych w miejscach o dużym natężeniu ruchu turystycznego.</p>

	<p>W mieście powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano 95,56% wezwań z czasem dojazdu do 15 minut oraz 4,45% wezwań powyżej 15 minut, co daje 6. miejsce w skali całego kraju.</p> <p>Poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano 80,29% wezwań z czasem dojazdu do 20 minut oraz 19,09% wezwań powyżej 20 minut, co daje 11. miejsce w skali całego kraju.</p>		
11.4.	<p>W okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r. województwo zajmowało 7. miejsce w skali kraju z liczbą 146 966 wezwań ZRM, średnie obciążenie ZRM wyniosło 1 373,51.</p>	<p>Liczba wezwań zespołów ratownictwa medycznego jest wysoka.</p>	<p>Zwiększenie działań ukierunkowanych na informację o roli ZRM w świadczeniach dla osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia.</p>
11.5.	<p>Spośród 107 ambulansów włączonych do systemu, 25 pojazdów jest starszych niż 5 lat.</p>	<p>Stan ambulansów może mieć wpływ na właściwe funkcjonowanie zespołów ratownictwa medycznego i ich dotarcie do miejsca zdarzenia, a następnie na przetransportowanie poszkodowanego do najbliższego SOR, w jak najkrótszym czasie.</p>	<p>Należy dążyć do sukcesywnej wymiany aktualnie użytkowanego taboru ambulansów, jak również doposażyć zespoły ratownictwa medycznego w sprzęt medyczny, w tym w urządzenia do kompresji klatki piersiowej, które powinny znaleźć się na wyposażeniu wszystkich zespołów ratownictwa</p>

Kadry				medycznego zarówno typu P jak i S.
	12.1.	<p>Wartości liczby lekarzy ogółem na 100 tys. ludności i lekarzy specjalistów były wyższe od średniej dla kraju (odpowiednio 400,1 vs 341,8 i 298,2 vs 259,4). Ponadto województwo lubelskie zajmowało 3. miejsce spośród wszystkich województw, które posiadały największą liczbę lekarzy ogółem i lekarzy specjalistów na 100 tys. ludności. Najmniej lekarzy pracuje w powiecie chełmskim.</p> <p>W miastach na prawach powiatu oraz w powiecie puławskim liczba lekarzy specjalistów na 100 tys. ludności była powyżej wartości wskazanej dla województwa lubelskiego. W samym m. Lublinie była duża koncentracja lekarzy specjalistów.</p>	Pomimo wysokiej wartości liczby lekarzy i lekarzy specjalistów występuje zróżnicowanie regionalne w tym zakresie.	<p>Stworzenie i wprowadzenie planu działań zachęcających lekarzy do odbywania specjalizacji w mniejszych ośrodkach, głównie w szpitalach powiatowych, gdzie braki kadrowe są największe.</p> <p>Niezbędne jest wsparcie dla młodej kadry medycznej zachęcające do podejmowania nauki, osiedlania się i pracy w województwie lubelskim oraz poprawa dostępności do płatnych lub niskopłatnych warsztatów i szkoleń dla personelu medycznego.</p>
12.2.	<p>Liczba lekarzy specjalistów była znacznie niższa niż rekomendowana w szczególności w dziedzinach, gdzie wartość procentowa zabezpieczenia wynosiła: 4% farmakologia kliniczna; 21% medycyna paliatywna; 24% immunologia kliniczna; 24% geriatrya; 26% diagnostyka laboratoryjna; 27% pediatria metaboliczna; 28% endokrynologia i diabetologia dziecięca; 29% kardiologia dziecięca;</p>	Mieszkańcy województwa lubelskiego mieli znacznie ograniczony dostęp do specjalistów w wybranych dziedzinach.	Utworzenie większej liczby nowych miejsc specjalizacyjnych oraz wprowadzenie programu zachęcającego młodych lekarzy do podejmowania specjalizacji w dziedzinach, w których liczba lekarzy specjalistów była znacznie niższa niż	

	<p>35% mikrobiologia lekarska, 36% urologia dziecięca; 37% medycyna pracy; 39% psychiatria dzieci i młodzieży; 51% genetyka kliniczna; 52% nefrologia dziecięca; 54% medycyna sportowa (cywilna); 55% neurologia dziecięca; 56% psychiatria; 59% chirurgia onkologiczna.</p> <p>W województwie odnotowano niewielkie zainteresowanie lekarzy wyborem takich specjalizacji jak np. geriatryka, choroby zakaźne, chirurgia ogólna, transfuzjologia kliniczna, patomorfologia¹³.</p>		<p>rekomendowana przez konsultantów krajowych oraz w poprzednich latach brakowało chętnych do podejmowania się tych specjalizacji.</p>
12.3.	<p>Do 2024 r. liczba lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, wyniesie 1 085, zaś liczba lekarzy, którzy mogą ukończyć szkolenie specjalizacyjne, oszacowano na 1 406. Dodatnia różnica pomiędzy tymi wartościami sygnalizuje pogłębiający się niedobór specjalistów w szczególności w dziedzinie chorób wewnętrznych, pediatrii, medycynie rodzinnej, chirurgii ogólnej, otorynolaryngologii, chorobach płuc, położnictwie i ginekologii, jak również endokrynologii.</p> <p>Uwzględniając rekomendacje oraz wymienialność pokoleniową największe zapotrzebowanie na nowe miejsca specjalizacyjne oszacowano w</p>	<p>Istotnym problemem jest starzenie się kadr medycznych oraz duży udział kadr w wieku emerytalnym.</p>	<p>Uruchamianie w najbliższych latach większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach deficytowych, celem zmniejszenia różnicy pomiędzy lekarzami specjalistami osiągniętymi wiekiem emerytalny a lekarzami uzyskującymi tytuł specjalisty oraz zaspokajania zapotrzebowania na lekarzy specjalistów wskazanego w rekomendacjach.</p>

¹³ źródło: dane własne Wydziału Zdrowia LUW w Lublinie na podstawie SMK – sesja: jesienna 2019 – wiosenna 2020

	dziedzinach: chorób wewnętrznych, medycyny pracy, psychiatrii, pediatrii oraz geriatrici.		
12.4.	Epidemiologia: 2.2., 2.4., 2.5., 2.6., 2.7., 2.9., 2.10.	Epidemiologia: 2.2., 2.4., 2.5., 2.6., 2.7., 2.9., 2.10.	Alokacja miejsc specjalizacyjnych na obszarze powiatów województwa lubelskiego adekwatnie do potrzeb zdrowotnych mieszkańców, mając na względzie sytuację demograficzną i epidemiologiczną.
12.5.	<p>Wartości liczby lekarzy dentystów ogółem na 100 tys. ludności i lekarzy dentystów posiadających specjalizację były wyższe od średniej dla kraju. Województwo lubelskie zajmowało 6 i 2 miejsce spośród wszystkich województw, które posiadały największą liczbę lekarzy dentystów ogółem i lekarzy dentystów posiadających specjalizację na 100 tys. ludności. Najmniej lekarzy dentystów na 100 tys. ludności pracuje w powiecie chełmskim oraz bialskim.</p> <p>W miastach na prawach powiatu liczba lekarzy dentystów posiadających specjalizację była większa niż średnia wojewódzka. W samym m. Lublinie była duża koncentracja lekarzy</p>	Pomimo wysokiej wartości liczby lekarzy dentystów występuje zróżnicowanie regionalne w tym zakresie.	Skupienie się na poprawie dostępności do lekarzy dentystów w nielicznych powiatach, gdzie wciąż wyraźnie odbiega ona od pozostałych regionów, w szczególności w powiecie chełmskim i bialskim.

	<p>dentystów posiadających specjalizację.</p> <p>W odniesieniu do całego województwa najtrudniejszą sytuację odnotowano w powiecie chełmskim, gdzie liczba lekarzy dentystów posiadających specjalizację na 100 tys. ludności wynosi zaledwie 11,5 a udział tych lekarzy w wieku emerytalnym jest wysoki, tj. 40%.</p>		
12.6.	<p>Liczba pielęgniarek na 100 tys. ludności była wyższa od średniej dla kraju. Województwo lubelskie zajmowało 3 miejsce spośród wszystkich województw, które posiadały największą liczbę pielęgniarek na 100 tys. Ludności.</p> <p>Wartość liczby pielęgniarek powyżej 59 roku życia 100 tys. ludności w województwie była wyższa od średniej dla Polski. W porównaniu do wszystkich województw, województwo lubelskie zajmowało 7. miejsce w kraju.</p> <p>Odnosząc się do 2019 r. i prognoz na 2029 r. w województwie lubelskim liczba pielęgniarek w wieku 25-59 zmniejszy się o 33%.</p>	<p>Pomimo wysokiej wartości liczby pielęgniarek w stosunku do innych województw, pielęgniarki w wieku powyżej 50 lat stanowiły 50% ogółu, dlatego należy stwierdzić, że w przyszłości wystąpią braki w zabezpieczeniu kadrowym.</p>	<p>Konieczność podjęcia działań zmierzających do zwiększenia liczby młodych pielęgniarek.</p> <p>Wskazane jest zwiększenie liczby miejsc na kierunku pielęgniarstwo oraz stworzenie systemu motywującego do podejmowania studiów pielęgniarzkich. Podjęcie działań motywujących do wykonywania zawodu pielęgniarki osób, które zrezygnowały z jego wykonywania.</p>
12.7.	<p>Wartość liczby położnych na 100 tys. ludności była wyższa od średniej dla kraju. Województwo lubelskie zajmowało 4 miejsce spośród wszystkich województw, które posiadały największą liczbę położnych na 100 tys. ludności.</p>	<p>Pomimo wysokiej wartości liczby położnych w stosunku do innych województw, położne w wieku 50 lat i więcej stanowiły 43%, dlatego należy</p>	<p>Konieczność podjęcia działań zmierzających do zwiększenia liczby młodych położnych.</p> <p>Wskazane jest zwiększenie liczby miejsc na kierunku</p>

Sprzęt medyczny		<p>Wartość liczby położnych powyżej 59 roku życia na 100 tys. ludności była niższa od średniej dla Polski. W porównaniu do wszystkich województw, województwo lubelskie zajmowało 15 miejsce w kraju.</p> <p>Odnosząc się do 2019 r. i prognoz na 2029 r. w województwie lubelskim liczba położnych spadnie o 24%.</p>	stwierdzić, że w przyszłości wystąpią braki w zabezpieczeniu kadrowym.	położnictwa oraz stworzenie systemu motywującego do podejmowania studiów położnictwa. Podjęcie działań motywujących do wykonywania zawodu położnej osób, które zrezygnowały z jego wykonywania.
	12.8.	<p>Fizjoterapeuci stanowią dość liczną (174 na 100 tys. ludności vs 172 w Polsce) i młodą grupę specjalistów (średni wiek wynosi 36 lat). Odnosząc się do 2020 r. oraz prognoz na 2030 r. liczba fizjoterapeutów zwiększy się o 50% i będzie to wartość wyższa niż dla Polski (43%).</p>	Liczba fizjoterapeutów utrzymuje się na dobrym poziomie.	Utrzymanie przyrostu absolwentów kierunku fizjoterapia oraz rozszerzanie możliwości przez tą grupę zawodową.
	13.1.	<p>Akceleratory zlokalizowane były w dwóch powiatach (m. Lublin, m. Zamość). Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mieli mieszkańcy powiatu bialskiego (84 km) oraz powiatu włodawskiego (83 km).</p> <p>Liczba sprzętów na 100 tys. ludności była nieznacznie wyższa od wartości referencyjnej (0,40) i wynosiła 0,47 (średnia wartość dla Polski 0,44).</p>	Pomimo wyższego od wartości referencyjnej wskaźnika liczby sprzętów, dostęp do radioterapii dla pacjentów z powiatów najbardziej oddalonych jest znacznie utrudniony.	Zwiększenie dostępności do akceleratorów dla pacjentów z powiatów najbardziej oddalonych, poprzez wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny oddziałów szpitalnych.

13.2.	<p>Średni wiek akceleratorów w obydwu powiatach nie przekraczał 7 lat. Stosunkowo niski wiek sprzętów oraz średnia roczna liczba wykonywanych procedur nie przekraczająca 527, przekładają się na to, że 7 na 10 akceleratorów miało niski priorytet do wymiany, zaś 3 średni. Szacuje się, że do 2023 r. 4 akceleratorów w m. Lublin osiągną wiek powyżej 10 lat i zostaną zaliczone do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty, natomiast do 2028 r. 80% obecnie posiadanych akceleratorów będzie wymagało wymiany tj. 5 w m. Lublin, 3 w m. Zamość.</p>	<p>W województwie można wskazać akceleratorów, które posiadają średni i niski priorytet do wymiany.</p>	<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.3.	<p>Angiografy zostały rozmieszczone w pięciu powiatach - m. Lublin, m. Zamość, m. Chełm, m. Biała Podlaska, pow. Puławskim. Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym jest co najmniej 1 angiograf, był powiat parczewski (58 km).</p> <p>Liczba sprzętów na 100 tys. ludności była niższa od wartości referencyjnej (1,24) i wynosiła 0,9 (średnia wartość dla Polski 0,97).</p>	<p>Ze względu na lokalizację oraz wartość referencyjną należy dążyć do zapewnienia dostępu do sprzętu dla mieszkańców powiatów najbardziej oddalonych.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do angiografów poprzez wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny podmiotów leczniczych.</p>
13.4.	<p>Średni wiek aparatów wahał się od 2 do 12 lat. Najstarsze angiografy były w m. Lublin, m. Zamość, m. Biała Podlaska. 26,3% aparatów miało powyżej</p>	<p>W województwie można wskazać angiografy o wysokim i niskim priorytecie do wymiany.</p>	<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki</p>

	<p>10 lat, w tym najstarszy 23 lata, zaś 73,7% angiografów to sprzęt „młody”.</p> <p>26,3% angiografów miało wysoki priorytet do wymiany, pozostałe 73,7% znajduje się w bazie sprzętu o niskim priorytecie do wymiany. Do 2023 r. 52,63% angiografów osiągnie wiek predysponujący do wymiany na nowy sprzęt. W perspektywie 2028 r. wszystkie obecnie posiadane angiografy będą się zaliczały do sprzętów starych, wymagających wymiany.</p>		<p>priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.5.	<p>Uwagę zwraca nierównomierny rozkład eksploatacji angiografów (najniższa średnia roczna liczba wykonywanych badań w m. Lublin – 524,75, najwyższa w m. Biała Podlaska - 2 091). Wysokie wykorzystanie sprzętu związane było z liczbą sprzętu na 100 tys. ludności, zaś nie wynikało z jego średniego wieku.</p>	<p>Część sprzętów nie jest optymalnie wykorzystana.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p>
13.6.	<p>Województwo posiadało 2 aparaty do brachyterapii zlokalizowane w m. Lublin, w którym funkcjonuje ośrodek onkologiczny. Największa odległość do aparatu do brachyterapii mieli mieszkańcy: pow. hrubieszowskiego 135 km oraz pow. tomaszowskiego 138 km. Liczba sprzętu na 100 tys. ludności była niższa od wartości</p>	<p>Ze względu na lokalizację oraz wartość referencyjną należy dążyć do zapewnienia dostępu do sprzętu dla mieszkańców powiatów najbardziej oddalonych.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do aparatów do brachyterapii poprzez wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny podmiotów leczniczych.</p>

	referencyjna (0,14) i wynosiła 0,09 (średnia wartość dla Polski 0,14).		
13.7.	Średni wiek aparatów do brachyterapii to 11,5 lat, w związku z czym w chwili obecnej znajdują się one w bazie zapotrzebowania na nowe sprzęty, obydwa aparaty uzyskały średni priorytet do wymiany. Według prognoz zapotrzebowania, 1 aparat powinien zostać wymieniony do 2020 r., zaś drugi do 2021 r.	W województwie można wskazać aparaty do brachyterapii o średnim priorytecie do wymiany.	W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).
13.8.	Aparaty ECMO, służące do pozaustrojowego utlenowania krwi, zlokalizowane są w m. Lublin, w m. Zamość oraz w m. Biała Podlaska. Odległość od najbliższego aparatu jest największa dla mieszkańców pow. łukowskiego (81 km). Liczba sprzętów na 100 tys. ludności była wyższa od wartości referencyjnej (0,17) i wynosiła 0,33 (wartość wskaźnika dla Polski 0,17).	Pomimo wysokiego stopnia zabezpieczenia w dostępie do sprzętu występuje zróżnicowanie regionalne w tym zakresie.	Skupienie się na poprawie sytuacji w powiatach, gdzie wciąż wyraźnie ona odbiega od pozostałych regionów - należy dążyć do zapewnienia równomiernego rozłożenia.
13.9.	Aparaty ECMO miały od 0 do 18 lat. Średni priorytet do wymiany posiadał 1 aparat, co stanowi 14,3% sprzętu, zaś niski priorytet posiadało 6 aparatów, co stanowi 85,7%.	W województwie można wskazać aparaty ECMO o średnim i niskim priorytecie do wymiany.	W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty

	Według prognoz zapotrzebowania ponad połowa posiadanych aparatów ECMO będzie musiała być wymieniona do 2023 r., natomiast 85,71% do 2028 r.		stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).
13.10.	Rozkład eksploatacji aparatów ECMO w województwie jest nierównomierny i waha się od 0 do 5,5 procedur w ciągu roku. Nie jest to wysoki wskaźnik, ale terapia ECMO może mieć zastosowanie w leczeniu najcięższych przypadków COVID-19, w sytuacjach, gdy użycie respiratora jest niewystarczające, co jest istotne w związku z pandemią COVID-19.	Część sprzętów nie jest optymalnie wykorzystana.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.
13.11.	Gammakamery zlokalizowane były jedynie w pow. lubelskim. Największą odległość do gammakamer mają mieszkańcy pow. hrubieszowskiego (135 km) oraz pow. tomaszowskiego (121 km). Liczba sprzętów na 100 tys. ludności była niższa od wartości referencyjnej (0,42) i wynosiła 0,33 (wartość wskaźnika dla Polski 0,42).	Ze względu na lokalizację oraz wartość referencyjną należy dążyć do zapewnienia dostępu do sprzętu dla mieszkańców powiatów najbardziej oddalonych.	Zwiększenie dostępności do gammakamer poprzez wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny podmiotów leczniczych.
13.12.	Wiek gammakamer wynosił w przypadku 3 szt. od 1 do 7 lat oraz 4 sztuk od 12 do 30 lat. Wysoki priorytet do wymiany posiadały 4 jednostki sprzętowe, co stanowi 57,1% ogółu	W województwie można wskazać gammakamery o wysokim i niskim priorytecie do wymiany.	W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty

	<p>sprzętu, natomiast niski priorytet posiadały 3 aparaty, co stanowi 42,9%.</p> <p>Według prognoz zapotrzebowania do 2023 r. 5 posiadanych gammakamer będzie musiała być wymieniona, zaś do 2028 r. liczba ta wynosić będzie 6.</p>		<p>stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.13.	<p>Mammografy stacjonarne miały od 5,45 do 22 lat. Średni wiek sprzętu w ośmiu powiatach wynosił 10 i więcej lat.</p> <p>Wysoki priorytet do wymiany posiadało 14 mammografów, co stanowi 31,8% ogółu sprzętu, natomiast średni priorytet posiadały 2 mammografy co stanowi 4,5%.</p> <p>Według prognoz zapotrzebowania 52,27% posiadanych mammografów stacjonarnych będzie musiała być wymieniona do 2023 r., zaś 95,45% do 2028 r.</p>	<p>W województwie można wskazać mammografy, których priorytet do wymiany jest w kategorii wysokiej i średniej.</p>	<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.14.	<p>Stacjonarne mammografy działały w 11 powiatach: pow. hrubieszowskim, pow. janowskim, pow. kraśnickim, pow. łukowskim, pow. puławskim, pow. ryckim, pow. świdnickim, oraz w czterech powiatach grodzkich (Lublin, Zamość, Chełm i Biała Podlaska).</p>	<p>Rozmieszczenie mammografów, wsparte aparatami mobilnymi, odpowiada za dobrą dostępność do badań, jednak część sprzętu nie jest optymalnie wykorzystana.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p>

	Średnia eksploatacja sprzętu w powiatach była zróżnicowana: od 0 do 2 599 badań/rok. Wysokie wykorzystanie sprzętu związane było z liczbą sprzętu na 100 tys. ludności, zaś nie wynikało z jego średniego wieku.		
13.15.	Aparaty PET zlokalizowane były w m. Lublin oraz w m. Zamość. Gęstość tych urządzeń była niższa od wartości referencyjnej tego wskaźnika (0,09 vs 0,2) oraz nieco wyższa od średniej dla kraju (0,09 vs 0,08), przy czym należy zaznaczyć, że PET zlokalizowany w m. Zamość nie wykonuje świadczeń finansowanych ze środków publicznych.	Ze względu na lokalizację oraz wartość referencyjną należy dążyć do zapewnienia adekwatnego do potrzeb dostępu do sprzętu dla mieszkańców województwa.	Zwiększenie dostępności do aparatów PET poprzez wykonywanie świadczeń finansowanych w środków publicznych w m. Zamość
13.16.	Średni wiek aparatów PET wynosi 5,5 lat – w m. Lublin 7 lat, w m. Zamość – 4 lata. Zgodnie z rekomendacjami, obydwa urządzenia PET w woj. lubelskim mają obecnie niski priorytet do wymiany. Prognozuje się, że aparat zlokalizowany w m. Lublin osiągnie wiek predysponujący go do wymiany w 2023 r., zaś w m. Zamość w 2026 r.	W województwie można wskazać aparaty PET, których priorytet do wymiany jest w kategorii niskiej.	W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).
13.17.	Rezonanse magnetyczne zlokalizowane są w 9 powiatach: pow. hrubieszowskim, pow. krasnostawskim, pow. puławskim, pow. radzyńskim, pow. tomaszowskim, oraz w czterech powiatach grodzkich (Lublin, Zamość, Chełm	Ze względu na lokalizację oraz wartość referencyjną należy dążyć do zapewnienia dostępu do sprzętu dla mieszkańców powiatów najbardziej oddalonych.	Zwiększenie dostępności do rezonansów magnetycznych poprzez wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny podmiotów leczniczych.

	<p>i Białą Podlaską). 15 powiatów nie posiada na swoim terenie rezonansów magnetycznych, ich odległość do najbliższego urządzenia wynosi ok. 30 km. Największą odległość do rezonansu posiadały pow. biłgorajski (48 km) oraz pow. włodawski (51 km).</p> <p>Liczba sprzętu na 100 tys. ludności była niższa od wartości referencyjnej (1,57) i wynosiła 1,09 (średnia wartość dla Polski 1,05).</p>		
13.18.	<p>Rezonanse magnetyczne miały od 0 do 20 lat, z czego 7 z nich 10 lat i więcej. Średnia roczna wykonywana liczba procedur w większości powiatów nie przekraczała 2,5 tys., jedynie 1 rezonans (wiek 14 lat) zlokalizowany w m. Lublin wykonał 4 059 badań rocznie. Duży udział sprzętu w średnim wieku i powyżej, o stosunkowo małej liczbie badań wykonywanych rocznie, sprawia, że 82,6% aparatów ma niski priorytet do wymiany, a tylko 3 aparaty znalazły się w grupie o wysokim priorytecie do wymiany (m. Lublin, pow. Puławski), co stanowi 13% ogółu sprzętu.</p> <p>Powyższe nie zmienia faktu, że w perspektywie 2023 r. 60,87% rezonansów magnetycznych przekroczy wiek 10 lat i zostanie zaliczona do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty. W 2028 r.</p>	<p>W województwie można wskazać rezonanse magnetyczne o wysokim i niskim priorytecie do wymiany.</p>	<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>

	91,30% obecnych zasobów będzie się kwalifikowało do wymiany.		
13.19.	Średni wiek aparatów RTG w powiatach wynosił od 6,92 do 14,09 lat. Wysoki priorytet do wymiany posiadało 23,6% aparatów z ogółu sprzętu, natomiast średni priorytet posiadało 0,6%. Według prognoz zapotrzebowania 379 posiadanych aparatów RTG będzie musiała być wymieniona do 2023 r., natomiast 583 do 2028 r.	W województwie można wskazać aparaty RTG, które posiadają wysoki i średni priorytet do wymiany.	W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).
13.20.	Aparaty RTG to bardzo rozpowszechnione urządzenia diagnostyczne, dostępne we wszystkich powiatach. Średnia eksploatacja sprzętu w powiatach była zróżnicowana od 62 (pow. chełmski) do 1 894 (powiat łukowski) badań/rok.	Pomimo dostępu do aparatów RTG w każdym powiecie, część sprzętu nie jest optymalnie wykorzystana.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.
13.21.	Średni wiek aparatów TK w powiatach wynosił od 0 do 18 lat. Wysoki priorytet do wymiany posiadało 25,5% tomografów z ogółu sprzętu, natomiast średni priorytet posiadało 17% ogółu. Prognozuje się, że do 2023 r. 28 aparatów TK osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań, a w perspektywie 2028 r. 93,62% obecnie posiadanych tomografów będzie	W województwie można wskazać tomografy komputerowe, których priorytet do wymiany jest wysoki i średni.	W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).

	zaliczać się do sprzętów starych, wymagających wymiany.		
13.22.	<p>Tomografy komputerowe zlokalizowane były w większości powiatów poza powiatami: lubelskim, chełmskim, świdnickim i zamojskim. Gęstość tomografów była wyższa od wartości referencyjnej tego wskaźnika (2,23 vs 2,19) oraz od średniej dla kraju (2,23 vs 2,02). Pod względem dostępności TK województwo zajmowało trzecią pozycję w kraju.</p> <p>Średnie wykorzystanie aparatów wahało się od 343 procedur/rok (pow. bialski) do 8 678 (m. Łuków).</p>	Pomimo zadowalającej dostępności do tomografów komputerowych w województwie, część sprzętu nie jest optymalnie wykorzystana.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.
13.23.	<p>Aparaty USG to bardzo rozpowszechnione urządzenia diagnostyczne, dostępne we wszystkich powiatach za wyjątkiem pow. chełmskiego.</p> <p>Liczba sprzętu na 100 tys. ludności była niższa od wartości referencyjnej (36,74) i wynosiła 30,74 (średnia wartość dla Polski 36,86).</p>	Ze względu na wartość referencyjną aparatów USG należy dążyć do zapewnienia adekwatnego do potrzeb dostępu do sprzętu dla mieszkańców województwa.	Zwiększenie dostępności do aparatów USG poprzez wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny podmiotów leczniczych.
13.24.	Średni wiek aparatów USG w powiatach wynosił od 6,22 do 15,8 lat (w większości powiatów wynosił ponad 10 lat).	W województwie można wskazać aparaty USG, których priorytet do wymiany jest w kategorii wysokiej i średniej.	W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki

	<p>Wysoki priorytet do wymiany posiadało 62,7% aparatów USG z ogółu sprzętu, natomiast średni priorytet posiadało 1,9% aparatów USG.</p> <p>Według prognoz zapotrzebowania na 2023 r. 539 posiadanych aparatów USG będzie musiała być wymieniona, natomiast 648 będzie musiało być wymienione do 2028 r.</p>		<p>priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.25.	<p>Eksploatacja aparatów USG w powiatach jest nierównomierna i waha się od 0 do 1 186 badań/rok.</p>	<p>Część sprzętów nie jest optymalnie wykorzystana.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p>

Załącznik 4.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubuskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	Prognoza liczby ludności do 2050 r. przewiduje wzrost liczby ludności w wieku 60 lat i więcej o 39,7% (z 255 144 osób w 2019 r. do 356 398 osób w 2050 r.), a szczególnie osób w wieku 80 lat i więcej – ponad dwukrotny wzrost (z 38 474 osób do 89 061 osób). Tym samym nastąpi znaczący wzrost udziału osób starszych w wieku 60 lat i więcej (z 25,2% do 40,6%), a osób w wieku 80 lat i więcej (z 3,8 % do 10,1%). Jednocześnie nastąpi zmniejszenie udziału dzieci i młodzieży (0-18 lat) w ogólnej liczbie ludności (z 19,0% w 2019 r. do 15,3% w 2050 r.).	Wraz ze wzrostem odsetka osób starszych wzrośnie zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne dla tej grupy osób. Nastąpi zwiększenie zapotrzebowania na lekarzy specjalistów w dziedzinach dotyczących schorzeń przewlekłych i zwyrodnieniowych, a także usług rehabilitacyjnych, przy jednoczesnym zmniejszeniu zapotrzebowania na usługi położnicze i opiekę pediatryczną.	nie dotyczy
	1.2.	Liczba zgonów (11 070) była wyższa od liczby urodzeń żywych (9 036). Według prognozy w 2050 r. liczba urodzeń zmniejszy się o 30,4% , przy jednoczesnym wzroście liczby zgonów o 2,8%. Mężczyźni umierali częściej niż kobiety - współczynnik umieralności w przypadku mężczyzn	Liczba zgonów przewyższa liczbę urodzeń żywych. Występuje nadumieralność mężczyzn oraz różnica w średniej długości życia osób zamieszkujących w miastach oraz na wsiach, z przewagą pierwszych.	nie dotyczy

	<p>wynosił 11,9 na 1 tys. mężczyzn, a kobiet – 10,0 na 1 tys. kobiet .</p> <p>Kobiety żyły dłużej o 8,1 lat niż mężczyźni, jednakże zarówno mężczyźni, jak i kobiety w województwie lubuskim żyją krócej niż średnio w kraju. Przeciętne trwanie życia kobiet zamieszkałych w miastach było wyższe niż na wsi (o 1 rok). Mężczyźni mieszkający w mieście, zarówno w Polsce, jak i w woj. lubuskim, żyli dłużej od mężczyzn zamieszkałych na wsi (o 2 lata w woj. lubuskim). Ponadto przeciętna długość życia mężczyzn mieszkających na wsi w woj. lubuskim w porównaniu z krajem była najkrótszą (16 m-ce w kraju).</p>		
1.3.	<p>Współczynnik dzietności ogólnej wynosił 1,33 (w miastach – 1,35, na wsi – 1,28) i nie zapewniał zastępowalności pokoleń (minimalny współczynnik gwarantujący zastępowalność pokoleń wynosi 2,10).</p> <p>W porównaniu do 2017 r. współczynnik dzietności zmniejszył się z 1,43 do 1,33 w 2019 r. i był poniżej średniej krajowej (1,42), co uplasowało województwo na 11 miejscu w kraju wśród innych województw. Niskiej dzietności towarzyszy przesunięcie najwyższej płodności kobiet – z grupy wieku 20-24 lata (53,62) do grupy 25-29 lat (88,67),</p>	<p>Występuje brak zastępowalności pokoleń.</p> <p>Zmniejszanie się dzietność kobiet zarówno w woj. lubuskim, podobnie jak w Polsce i krajach UE.</p> <p>Spadek liczby urodzeń oraz liczby kobiet w wieku rozrodczym.</p>	nie dotyczy

Epidemiologia i prog. epid.		<p>a także znaczący wzrost płodności wśród kobiet w wieku 30-34 lata (74,44).</p> <p>W ostatnich latach liczba kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) systematycznie się zmniejsza (2016 r. - 46,1% kobiet ogółem, 2017 r. - 45,8%, 2018 r. - 45,6%, 2019 r. - 45,3%). Prognozuje się, że w 2050 r. odsetek ten wyniesie 33,1% kobiet. W związku ze spadkiem liczby kobiet w wieku rozrodczym zmniejsza się także liczba urodzeń (2017 r.- 10 300 urodzeń, 2018 r. – 9 467, 2019 r. – 9 036, 2050 r. – 6 290).</p>		
	1.4.	<p>Prognozuje się, że do 2050 r. (w porównaniu do liczby ludności w 2019 r.) ludność ogółem zmniejszy się o 13,1%, w tym ludność miast zmniejszy się aż o 21,6%, podczas, gdy ludność wsi wzrośnie o 2,5%. W ujęciu powiatowym, liczba ludności będzie wzrastać w powiatach otaczających miasta na prawach powiatu (gorzowski, zielonogórski), a spadać w samych miastach na prawach powiatu i pozostałych powiatach.</p>	<p>Od kilku lat obserwuje się, podobnie jak w kraju, zmniejszanie odsetka ludności zamieszkałej w miastach.</p> <p>Zmianie ulegnie miejsce świadczenia usług takich jak punkty POZ, opieka dzienna nad osobami starszymi i innych usług wymagających częstej interakcji z pacjentem.</p>	nie dotyczy
	2.1.	<p>Choroby układu krążenia powodują 41% wszystkich zgonów, a nowotwory – 32%.</p> <p>Pomimo spadku wartości wskaźnika DALY od 1999 r. choroba niedokrwienna serca nadal jest najistotniejszym problemem zdrowotnym</p>	<p>Choroby układu krążenia stanowią i będą stanowić wyznawanie dla systemu ochrony zdrowia w województwie.</p>	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		<p>w województwie, stanowiąc 22% wszystkich zgonów.</p> <p>Przewiduje się, że chorobowość do 2028 r. wzrośnie o 15%, a liczba zgonów o 9%.</p>		
	2.2.	<p>Cukrzyca pod względem DALY uplasowała się ona na 5. miejscu (8. miejsce w 1999 r.). Jest to spowodowane dwukrotnym wzrostem wartości składowej DALY – YLD, odpowiadającej za liczbę lat życia w niesprawności.</p> <p>Według prognozy na lata 2020-2028 szacuje się wzrost chorobowości na poziomie 24% w porównaniu do 2019 r.</p>	Przewiduje się wzrost zapotrzebowania na świadczenia związane z leczeniem cukrzycy, które jest spowodowane prognozowanym wzrostem liczby chorych.	nie dotyczy
	2.3.	<p>Odnotowano znaczny wzrost wartości YLD dla utraty słuchu związanej z wiekiem i innymi przyczynami (o 37% w porównaniu do 1999 r.). Tendencję rosnącą zaobserwowano również w przypadku wskaźnika chorobowości.</p> <p>Prognozuje się, że do 2028 r. wartość tego wskaźnika wzrośnie o 12% w odniesieniu do 2019 r.</p>	Rosnące obciążenie społeczeństwa spowodowane utratą słuchu związaną z wiekiem oraz innymi przyczynami.	nie dotyczy
	3.1.	<p>Udział wszystkich czynników ryzyka w DALY jest wyższy niż w Polsce. Współczynnik zgonów na 100 tys. Ludności był niższy w województwie niż w kraju i wynosił 676,9 (dla Polski 690,1).</p>	Czynniki ryzyka (głównie związane ze stylem życia) mają istotny wpływ dla zdrowia i życia mieszkańców województwa.	Podjęcie działań profilaktycznych ukierunkowanych na czynniki ryzyka, które najbardziej obciążają populację

	<p>Największy wpływ na DALY oraz zgony w województwie mają czynniki ryzyka związane ze stylem życia, a szczególnie tytoń. Duży wpływ na DALY oraz zgony mają także: wysokie ciśnienie krwi, wysokie BMI, ryzyka żywieniowe), wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo, spożywanie alkoholu, wysoki poziom cholesterolu.</p>	<p>Dominującą grupą czynników ryzyka, tak jak i w kraju była grupa czynników behawioralnych, ale sytuacja w województwie pod tym względem była gorsza niż średnio w kraju.</p>	<p>Należy podjąć skuteczne działania z zakresu: profilaktyki palenia tytoniu; promowania prawidłowego sposobu odżywiania i zapobiegania nadwadze i otyłości; zapobiegania zewnętrznym przyczynom zgonów, w tym samobójstwom; zachęcania pacjentów do zwiększenia ruchu w życiu codziennym; zdrowia jamy ustnej; wdrażanie w skali województwa programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych, w tym dla osób pracujących; podnoszenie kompetencji zdrowotnych społeczeństwa, w tym: świadomości w zakresie odpowiedzialności i możliwości wpływu na zdrowie swoje oraz innych, m.in. poprzez programy edukacyjne w środkach masowego przekazu.</p>
3.2.	<p>Z zakresu działań profilaktycznych ukierunkowanych na najbardziej obciążający czynniki ryzyka tj. tytoń przeprowadzono w województwie 6 programów, a średnia liczba osób</p>	<p>W województwie występuje nierównomierny dostęp do działań z zakresu profilaktyki tytoniu.</p>	<p>Zapewnienie dostępu do działań z zakresu profilaktyki tytoniu we wszystkich powiatach.</p>

	objętych to ok. 1,6 tys. W 9 powiatach nie przeprowadzono w ogóle takich działań.		
3.3.	W kierunku raka szyjki macicy w województwie przebadano jedynie 13,9% rocznej populacji do przebadania. Było to mniej niż w całym kraju, średnia dla Polski wynosiła 17,3%. Dodatkowo należy zaznaczyć, że udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania z roku na rok maleje (z 17,4 tys. do 13,9 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania). W województwie obserwuję się wysoką liczbę kobiet badanych w etapie pogłębionej diagnostyki w przeliczeniu na 100 tys. Kobiet przebadanych ogółem (w 2019 r. była to trzecia najwyższa wartość w kraju). Wyższa niż w kraju zapadalność na nowotwór złośliwy szyjki macicy w przeliczeniu na 100 tys. kobiet (19,9 vs. 16,5 dla Polski), jak również liczba zgonów na 100 tys. kobiet (12,8 vs. 10,7 dla Polski).	Niska zgłaszalności na badania cytologiczne. Województwo wypada negatywnie na tle kraju, jeżeli chodzi o zapadalność na nowotwór złośliwy szyjki macicy.	Wzmocnienie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania cytologiczne, a także zwiększenie liczby działań z zakresu profilaktyki nowotworu szyjki macicy
3.4.	Badaniom przesiewowym w kierunku nowotworu złośliwego sutka w województwie poddało się aż 90,2% rocznej populacji do przebadania. Jest to najwyższa wartość w kraju (średnia dla Polski wyniosła 63,9%). Jednocześnie odnotowano w województwie drugą, najniższą wartość kobiet badanych w etapie pogłębionej diagnostyki, tj. ok. 2,5 tys. (na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem).	Zgłaszalność na badania mammograficzne jest wyższa niż średnio w kraju.	Wzmocnienie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania mammograficzne.

Podstawowa opieka zdrowotna	3.5.	Na dzień 31.12.2019 r. w województwie zarejestrowano 1 305 osób, które odmówiły wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych swoich dzieci.	Narasta problem odmowy szczepień u dzieci. Zważywszy na fakt, że liczba nieszczepionych dzieci rośnie, a województwo jest województwem przygranicznym, gdzie obserwuje się znaczną migrację ludności oraz znaczną liczbę napływającej w celach zarobkowych ludności zza wschodniej granicy (głównie Ukraina), stabilna dotychczas sytuacja epidemiologiczna może niekorzystnie ulec zmianie. ¹	Działania promujące szczepienia i edukacja zdrowotna społeczeństwa.
	4.1.	Podobnie jak w całej Polsce odsetek kobiet korzystających z POZ jest wyższy od tego samego wskaźnika dla mężczyzn niezależnie od wieku, jednak różnica jest najbardziej widoczna w grupie wiekowej 18-60 lat.	Mężczyźni, niezależnie od wieku zbyt rzadko korzystają z opieki POZ.	Wzmocnienie działań nakierowanych na edukację zdrowotną mężczyzn, co jest głównie zadaniem POZ oraz działania przełamujące bariery przed aktywnym korzystaniem z pomocy opieki zdrowotnej przez mężczyzn zanim nastąpi kryzys zdrowotny.
	4.2.	Ponad 86% ludności województwa lubuskiego było na listach aktywnych w POZ, o 3 punkty procentowe mniej niż w skali całej Polski. Wskaźnik jest najniższy w grupie wiekowej od 18 do 30 lat,	Wśród ludzi młodych, mniejszy odsetek przynależy do list aktywnych w porównaniu z ludźmi starszymi.	Ustalenie przyczyny tak niskiego odsetka i – o ile możliwe – jego zwiększenie.

¹ Raport dokumentujący wykonywanie zadań konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie zdrowia publicznego w 2019 r.

	gdzie wynosi 72,43% co jest wynikiem niższym prawie o 10 punktów procentowych od danych krajowych .		
4.3.	<p>Według sprawozdania MZ-11 wśród dzieci i młodzieży wykonanie profilaktycznych badań lekarskich (bilans zdrowia) wynosiło 67,5%, przy czym najniższe wskaźniki odnotowano w powiatach: słubickim (47,8%), strzelecko-drezdenecki (61,8%), krośnieńskim (62,9%).</p> <p>Z danych ankietowych zbieranych i analizowanych przez Wydział Zdrowia LUW wynika, że w 2018 r. istnieje zróżnicowanie odsetka testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki w zależności od wieku dziecka (od 96,7 % u niemowląt w 0-6 miesiącu życia do 73 % u dzieci 5-letnich).</p> <p>Położne POZ objęły opieką tylko 42,7 % kobiet rodzących. Średnio na jedną ciężarną wypadało tylko 9 wizyt na 26 wizyt finansowanych przez NFZ.</p>	Wśród wszystkich grup wiekowych odnotowano niepełne wykonanie profilaktycznych badań lekarskich, pielęgniarских i położniczych.	<p>Wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej nad pacjentem zdrowym poprzez zwiększenie działań profilaktycznych i edukacyjnych, badań przesiewowych, opieki nad pacjentem obciążonym genetycznie, z grup ryzyka.</p> <p>Wzmocnienie komunikacji między POZ, a pacjentem np. poprzez dedykowany temu portal, system powiadomień pacjenta w zakresie bilansów, szczepień.</p> <p>Działania promocyjno-aktywizujące rodziców, opiekunów oraz inne osoby odpowiedzialne w celu zwiększenia wykonania profilaktycznych badań lekarskich.</p>
4.4.	Według sprawozdania MZ-11 głównymi problemami zdrowotnymi dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat zakwalifikowanych do opieki czynnej	Występuje zróżnicowanie głównych przyczyn kwalifikowania do opieki czynnej w zależności od wieku.	Zwiększenie roli POZ w opiece nad ustabilizowanymi w AOS przewlekle chorymi pacjentami,

	<p>przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej to: zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, dychawica oskrzelowa, zniekształcenia kręgosłupa, otyłość, niedokrwistość i alergie skórne, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none">– u dzieci do 3 roku życia dominują alergie pokarmowe i skórne, niedokrwistość i dychawica oskrzelowa,– u dzieci w wieku 3-4 lata dominuje dychawica oskrzelowa, zaburzenia refrakcji i akomodacji oka oraz alergie pokarmowe i skórne oraz otyłość,– w wieku 5-9 lat najczęściej zdarzają się zaburzenia wzroku, dychawica oskrzelowa i zniekształcenia kręgosłupa oraz otyłość,– w wieku 10-18 lat obok zaburzeń wzroku i zniekształceń kręgosłupa pojawia się otyłość, a na dalszym miejscu dychawica oskrzelowa, choroby tarczycy. <p>Główne problemy zdrowotne osób dorosłych zakwalifikowanych do opieki czynnej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej to: choroby układu krążenia (głównie choroba nadciśnieniowa, niedokrwienne choroba serca oraz choroba nadciśnieniowa), choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, przewlekłe choroby układu trawiennego, choroby obwodowego układu</p>	<p>Wielu pacjentów nie wymaga bieżącej opieki specjalistycznej.</p>	<p>w tym również współpraca z lekarzem psychiatrą, geriatrą, pielęgniarką szkolną fizjoterapeutą, dietetykiem oraz zwiększenie opieki nad pacjentem w miejscu zamieszkania oraz współpracy z rodziną pacjenta przewlekle chorego. Zwiększenie współpracy podstawowej opieki zdrowotnej z ambulatoryjną opieką specjalistyczną, leczeniem szpitalnym, NIŚOZ i medycyną pracy, m.in. w zakresie wymiany (elektronicznej) dokumentacji medycznej, informacji o stanie pacjenta i jego potrzebach w związku z leczeniem specjalistycznym i hospitalizacją, badaniami na potrzeby pracodawcy.</p>
--	--	---	--

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		nerwowego, cukrzyca. Wśród ludzi młodych do 35 roku życia najwięcej rozpoznań dotyczyło chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, podczas gdy we wszystkich pozostałych grupach najczęściej rozpoznane były choroby układu krążenia.		
	4.5.	Spośród wizyt w POZ tylko 4,72% stanowiły wizyty w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.	Zachodzi potrzeba odciążenia SOR z przypadków niewymagających ratowania zdrowia i życia.	Wzmocnienie roli NiŚOZ celem poprawy zgłaszalności pacjentów do tej formy pomocy.
	5.1.	Średnia liczba poradni na 10 tys. mieszkańców i średnia liczba porad na 1 tys. mieszkańców jest niższa niż średnia krajowa. Z kolei liczba porad na 1 tys. mieszkańców jest niższa od wartości średniej dla województwa w 10 z 14 powiatów. Natomiast wskaźnik określający liczbę poradni na 10 tys. mieszkańców jest niższy od wartości średniej dla województwa w 9 z 14 powiatów. Liczba porad na 100 tys. mieszkańców dająca ostatnie miejsce w kraju ma miejsce w następujących poradniach: dermatologicznej, diabetologicznej, reumatologicznej, endokrynologicznej dla dzieci, neonatologicznej, ginekologicznej dla dziewcząt.	Znaczna liczba powiatów, u których zaobserwowano niższe wskaźniki niż wartości średnie dla województwa mogą wskazywać na nierównomierny dostęp do AOS. Biorąc pod uwagę specyfikę pacjentów korzystających z poradni nie funkcjonujących na terenie województwa, które występują co najmniej w połowie województw w kraju oraz braki specjalistycznej kadry lekarskiej - na terenie województwa lubuskiego brak możliwości, a czasami także potrzeby tworzenia wszystkich tego typu poradni.	Pozyskanie kadry specjalistycznej w deficytowych dziedzinach do pracy w poradniach specjalistycznych oraz poprawa dostępności do AOS w dziedzinach deficytowych przy zachowaniu równomiernego terytorialnie dostępu i uwzględnieniu potencjału kadrowego, a w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> – funkcjonowanie w każdym powiecie województwa lubuskiego następujących poradni: alergologicznej, chirurgii ogólnej, dermatologicznej,

	<p>Wśród poradni, których dostępność jest analizowana na poziomie powiatów - nie we wszystkich powiatach funkcjonują poradnie istotne ze względu na główne problemy zdrowotne:</p> <ul style="list-style-type: none">– alergologiczna - brak w powiecie ziemskim gorzowskim, krośnieńskim, słubickim, świebodzińskim, wschowskim;– dermatologiczna – brak w powiecie ziemskim gorzowskim, nowosolskim, wschowskim;– diabetologiczna – brak w powiecie ziemskim gorzowskim, międzyrzeckim, słubickim, wschowskim;– kardiologiczna – brak w powiecie ziemskim gorzowskim;– endokrynologiczna – brak w powiecie ziemskim gorzowskim, słubickim, strzelecko-drezdeneckim, sulęcińskim, wschowskim;– urologiczna – brak w powiecie strzelecko-drezdeneckim. <p>Nie funkcjonują następujące poradnie, które występują w co najmniej połowie województw w kraju: poradnia alergologiczna dla dzieci, gastroenterologiczna dla dzieci, reumatologiczna dla dzieci, poradnia hepatologiczna, poradnia radioterapii,</p>	<p>Występuje utrudniony dostęp do poradni, dla których liczba porad na 100 tys. mieszkańców daje ostatnie miejsce w kraju, tj. poradni dermatologicznej, diabetologicznej, reumatologicznej, endokrynologicznej dla dzieci, neonatologicznej, ginekologicznej dla dziewcząt.</p> <p>Uwzględniając trend epidemiologiczny - przy zmieniającym się klimacie i narastającym zanieczyszczeniu powietrza - należy się spodziewać wyraźnej progresji w zakresie uczuleń/wzrostu nadwrażliwości, chorób alergicznych. W związku z tym wzrasta zapotrzebowanie na konsultacje, diagnostykę i leczenie alergologiczne w wyspecjalizowanych ośrodkach.</p>	<p>diabetologicznej, ginekologiczno-położniczej, kardiologicznej, neurologicznej, okulistycznej, otolaryngologicznej, urazowo-ortopedycznej, urologicznej, endokrynologicznej;</p> <ul style="list-style-type: none">– poprawa dostępności do ambulatoryjnych świadczeń neurologicznych w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta (utworzenie przyszpitalnych poradni udarowych, chorób układu pozapiramidowego i otępień w szpitalach, w których funkcjonują oddziały neurologiczne);– poprawa dostępności do świadczeń specjalistycznych dla dzieci m.in. w celu zapewnienia kontynuacji leczenia szpitalnego (w szczególności: kardiologii dziecięcej, gastroenterologii dziecięcej, otorynolaryngologii dziecięcej,
--	---	--	--

	<p>chemioterapii, chorób metabolicznych, foniatryczna, chorób zakaźnych dla dzieci, poradnia transplantologiczna, poradnia profilaktyki chorób piersi, immunologiczna, hematologiczna dla dzieci, poradnia ginekologii onkologicznej, poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna, neurochirurgiczna dla dzieci.</p> <p>W województwie funkcjonują poradnie: chemioterapii, radioterapii, patologii ciąży oraz poradnia ginekologii onkologicznej - jednak świadczenia rozliczane są z ogólnego zakresu dla poradni onkologicznej oraz zespołu poradni położniczo-ginekologicznej.</p>		<p>reumatologii dziecięcej, ginekologii dziecięcej, zaburzeń odporności i szczepień);</p> <ul style="list-style-type: none">- w zakresie położnictwa i ginekologii - utworzenie na terenie województwa finansowanej przez NFZ poradni ginekologii onkologicznej oraz profilaktyki chorób piersi, endokrynologii ginekologicznej, poradni laktacyjnych i poradni konsultacyjnych w zakresie patologii ciąży przy oddziałach ginekologiczno - położniczych III i II stopnia referencji oraz rozwój leczenia niepłodności na bazie istniejącego potencjału opieki ambulatoryjnej oraz leczenia szpitalnego; w zakresie diagnostyki raka,- zwiększenie dostępności do badań tomografii komputerowej, zwłaszcza pacjentów objętych leczeniem ambulatoryjnym,
--	--	--	--

			poprzez zwiększenie liczby jednostek ochrony zdrowia, które mają podpisane umowy z LOW NFZ na wykonywanie badań TK.
5.2.	<p>Według stanu na luty 2020, przeciętny czas oczekiwania w przypadkach <u>pilnych</u>, najdłuższy czas oczekiwania, powyżej średniej krajowej obserwuje się w dostępności do poradni; chorób naczyń (najdłuższy czas oczekiwania w kraju – 185 dni, kraj – 111 dni), chorób zakaźnych (lubuskie – 144 dni, kraj – 125 dni), logopedyczna (lubuskie – 58 dni, kraj – 28 dni), gruźlicy i chorób płuc (lubuskie – 44 dni, kraj – 42 dni).</p> <p>W przypadkach <u>stabilnych</u>, najdłuższy czas oczekiwania, powyżej średniej krajowej obserwuje się w dostępności do poradni: chirurgii naczyniowej (najdłuższy czas oczekiwania w kraju -528 dni, kraj - 249 dni); chorób naczyń (lubuskie -250 dni, kraj - 235 dni); endokrynologii i diabetologii dziecięcej (najdłuższy czas oczekiwania w kraju -244 dni, kraj - 210 dni); chorób zakaźnych (lubuskie -209 dni, kraj - 163 dni); wad postawy (drugi najdłuższy czas oczekiwania w kraju -164 dni, kraj - 103 dni); okulistycznej dla dzieci (lubuskie - 149 dni, kraj - 129 dni); logopedycznej (lubuskie - 85 dni, kraj - 74 dni).</p>	<p>Długi czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w danym rodzaju poradni nie zawsze jest skorelowany z liczbą lekarzy udzielających świadczeń NFZ w tym rodzaju poradni. W wielu przypadkach pacjenci decydują się na dłuższe oczekiwanie pomimo dostępności placówki o krótszym czasie oczekiwania, kierując się renomą placówki, opinią na temat lekarza czy odległością od miejsca zamieszkania. Może jednak świadczyć, że rosnące potrzeby pacjentów w tych specjalnościach medycznych nie są zaspokajane w wystarczającym stopniu przez publiczny system opieki zdrowotnej. Może także powodować odwlekanie leczenia, a przez to ostatecznie prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta i konieczności hospitalizacji. Jest także jednym z głównych powodów, dla których pacjenci wybierają usługi prywatne</p>	<p>Skrócenie kolejek oczekujących, poprzez zapewnienie większego dostępu do poradni o specjalnościach charakteryzujących się długim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne - głównie poradnie: chorób naczyń, chirurgii naczyniowej, chorób zakaźnych, gruźlicy i chorób płuc, logopedycznej, genetycznej, hematologicznej, neurologicznej i neurologicznej dla dzieci, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, logopedycznej, wad postawy, chorób płuc, reumatologii, m.in. poprzez rozwój usług i świadczeń telemedycznych (teleopieki, teleterapii, telekonsultacji, telenauczania), m.in. narzędzi ułatwiających zapisywanie i wypisywanie pacjentów z kolejek</p>

		(poza NFZ). Konieczność długiego oczekiwania na świadczenia zdrowotne realizowane w ramach NFZ skłania pacjentów (szczególnie o wyższych dochodach) do korzystania z usług prywatnej opieki medycznej, co z kolei prowadzi do pogłębiania się różnic w dostępie do świadczeń zdrowotnych i przez to w stanie zdrowia i długości życia między osobami o różnym stopniu zamożności.	oraz wprowadzenie rozwiązań motywujących pacjentów do informowania podmiotów leczniczych o odwoływaniu wizyt.
5.3.	Liczba porad udzielanych osobom w wieku ponad 65 lat wzrosła w latach 2015-2018 o 3,3%, przy jednoczesnym spadku liczby wizyt pacjentów z pozostałych grup wiekowych, powodując spadek udzielanych porad ogółem na poziomie 11,3%.	Zmiany w strukturze wiekowej pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odzwierciedlają proces starzenia się społeczeństwa.	Poprawa dostępności do poradni dedykowanych dla osób starszych (m.in. geriatrycznej, kardiologicznej, neurologicznej). Mając na względzie, że ludzie starsi mają duże problemy w dojeździe do poradni rekomenduje się stworzenie sieci nawet mniejszych poradni, które objęłyby swym zasięgiem równomiernie całe województwo.

Leczenie szpitalne	6.1.	<p>Liczba zakażeń szpitalnych leczonych stacjonarnie na 100 tys. mieszkańców jest niższa niż średnio w kraju, plasując pod tym względem województwo na 14. miejscu (171,61 vs 235,55). Liczba zgonów spowodowanych zakażeniem szpitalnym na 100 tys. mieszkańców jest także niższa niż średnia krajowa (1,88 vs 4,05).</p> <p>Wg sprawozdania MZ-29 odnotowano 1 729 zakażeń szpitalnych pacjentów leczonych stacjonarnie tj. o 9,44% mniej niż w 2018 r. W 2019 r. odnotowano 19 zgonów spowodowanych zakażeniem szpitalnym tj. o prawie 30% mniej niż w 2018 r.</p>	<p>Istotnym problemem są zakażenia szpitalne.</p> <p>Wysoka liczba zakażeń w szpitalach wielospecjalistycznych może świadczyć o niewłaściwym zachowaniu standardów sanitarno-epidemiologicznych.</p>	<p>Dostosowanie oddziałów szpitalnych do standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej dot. sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, określonych przepisami prawa oraz zgodnie z wytycznymi.</p> <p>Zachodzi potrzeba zacieśnienia współpracy lekarzy zatrudnionych w szpitalach ze specjalistami transfuzjologii klinicznej.</p>
	6.2.	<p>Polska ma jeden z najwyższych w Europie wskaźników liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców (533). Woj. lubuskie znajduje się bardzo blisko tego wskaźnika (534).</p> <p>Ze sprawozdań Mz-29, MZ-29A i MZ-30 wynika, że na terenie województwa w 2018 r. średnie wykorzystanie łóżek (łącznie szpitale ogólne i psychiatryczne, ZOL, ZPO, hospicjum, hostele) wynosiło 74,8%, natomiast w 2019 r. - 77,0%.</p> <p>Pacjent w 2019 r. na oddziale leżał średnio 9,8 dnia - o 1,3 dnia dłużej w stosunku do 2018 r. (8,5 dnia).</p> <p>W ponad połowie (56,2%) rodzajów oddziałów</p>	<p>Analiza liczby łóżek i ich obłożenia może stanowić istotny element przy podejmowaniu decyzji dotyczących optymalizacji rozmieszczenia oddziałów w województwie. Należy jednak pamiętać, że przy ocenie efektywności danego oddziału powinno się uwzględniać także specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na obecną sytuację np. zasoby kadrowe, sprzętowe, zakres i poziom</p>	<p>Wskazane jest dostosowanie liczby łóżek/miejsc/stanowisk/stołów/ do faktycznych potrzeb, przy uwzględnieniu posiadanych zasobów kadrowych i sprzętowych oraz dotychczasowego doświadczenia - dążąc do zapewnienia kompleksowości i ciągłości leczenia oraz równomiernej dostępności terytorialnej</p>

	<p>wykorzystanie łóżek wynosiło pomiędzy 50% a 85%. Oddziały ze średnim obłożeniem powyżej 85% stanowiły 34,4% ogółu, natomiast oddziały obłożone poniżej 50,0% stanowiły 9,4%. Najniższe średnie wykorzystanie łóżek (poniżej 50%) na oddziałach: gastroenterologicznym (9,8%), endokrynologicznym (32,1%), neonatologicznym (46,9%), chirurgii onkologicznej (48,8%), reumatologicznym (49,7%), okulistycznym (49,9%). Najwyższe średnie wykorzystanie łóżek (powyżej 95 %) było w oddziałach: intensywnego nadzoru kardiologicznego - 290,5%, psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży – 103,8%, rehabilitacji pulmonologicznej - 100%, wieloprofilowym zachowawczym – 100%, psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu - 97,1%, rehabilitacji psychiatrycznej – 96,5%, hematologicznych - 96,2%, psychiatrycznych ogólnych – 95,7%,</p> <p>Na terenie województwa brak ośrodka zajmującego się leczeniem pacjentów z ciężkimi pourazowymi obrażeniami ośrodkowego układu nerwowego; jest także trudna dostępność do konsultacji neurochirurgicznych w trybie ostrodyżurowym dla ośrodków neurologicznych, w których nie ma oddziału neurochirurgii na miejscu.</p>	<p>świadczonych usług oraz wysokość kontraktu z NFZ.</p> <p>Część łóżek nie jest wykorzystywana efektywnie, dlatego nie w każdym przypadku zmniejszenie ich liczby przekłada się na ograniczenie dostępności do leczenia szpitalnego. Jednakże, podmioty lecznicze zmniejszają liczbę łóżek także w oddziałach deficytowych, w których obłożenie jest wysokie, a kolejki oczekujących długie. W wyniku redukcji łóżek, w strukturach szpitali pozostają kilku - lub kilkunastołożkowe oddziały, co budzi wątpliwości w zakresie rentowności ich funkcjonowania i optymalnego wykorzystania kadry medycznej, której w województwie brakuje.</p> <p>Osoby starsze wymagają innego niż internistyczne podejścia do złożonej natury problemów zdrowotnych, tym samym dostępność do świadczeń geriatrycznych na terenie województwa jest niewystarczająca.</p> <p>Wobec dynamicznego rozwoju diagnostyki i inwazyjnego leczenia</p>	<p>(diagnostyka, leczenie przedszpitalne i szpitalne, rehabilitacja, kontynuacja leczenia w opiece ambulatoryjnej i domowej).</p> <p>Zwiększenie dostępności m.in. do:</p> <ul style="list-style-type: none"> – świadczeń geriatrycznych, – konsultacji neurochirurgicznych w trybie ostrodyżurowym dla ośrodków neurologicznych, w których nie ma oddziału neurochirurgii na miejscu; – opieki audiologiczno-foniatrycznej, – leczenia interwencyjnego dla pacjentów z udarem niedokrwiennym mózgu (tzw. trombitami), – leczenia operacyjnego choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa oraz utworzenie ośrodka endowaskularnego leczenia chorób naczyń mózgu.
--	--	--	---

	<p>Zwiększa się zapotrzebowanie na opiekę audiologiczno-foniatryczną, gdyż wzrasta liczba dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym z zaburzeniami głosu, a w związku ze starzeniem się społeczeństwa wzrasta liczba osób starszych z niedosłuchem, zaburzeniami głosu oraz zaburzeniami równowagi.</p> <p>Co roku należy spodziewać się około 10 rozpoznań nowych pacjentów z chorobami metabolicznymi (wynika to z częstotliwości występowania chorób i wskaźnika urodzeń w województwie).</p> <p>Procedury z urologii dziecięcej w szpitalach w Gorzowie Wlkp. oraz Zielonej Górze są wykazywane i rozliczane w ramach chirurgii dziecięcej.</p>	<p>w zakresie kardiologii, wzrasta ilość „trudnych” pacjentów do zaopatrzenia interdyscyplinarnego – zabiegi hybrydowe w chorobie niedokrwiennej serca, zabiegi małoinwazyjne, leczenie antyarytmiczne w ramach łączonych zespołów kardiologiczno-kardiochirurgicznych.</p>	<p>Wzmocnienie roli ośrodków wczesnej interwencji dla dzieci z zaburzeniami neurologicznymi – tworzenie dziennych ośrodków rehabilitacji dla dzieci.</p> <p>W szpitalach, w których liczba porodów nie osiąga wartości progowej 400 porodów należy rozważyć zasadność funkcjonowania zarówno oddziału położniczego/ ginekologiczno-położniczych (w zakresie porodów) oraz oddziału/pododdziału neonatologicznego - wyjątek stanowi sytuacja, w której odległość pomiędzy powiatem z miejscem zamieszkania pacjentki a powiatem funkcjonowania szpitala przekracza 40 km.</p>
--	---	---	--

	<p>6.3. Rozmieszczenie oddziałów i łóżek pediatrycznych jest nierównomierne – brakuje ich na północy województwa, trzy powiaty pozbawione są oddziałów pediatrycznych, a w dwóch szpitalach w Gorzowie Wlkp. i Zielonej Górze (zabezpieczających powiaty obwarzankowe i miasta na prawach powiatu) , oddziały pediatryczne pełnią jednocześnie rolę „powiatowych” i „specjalistycznych”.</p>	nie dotyczy	<p>Pozostawienie oddziałów pediatrycznych, jeśli liczba hospitalizacji zakwalifikowanych jako ogólnopediatryczne przekracza 700 rocznie.</p> <p>Dla pozostałych szpitali rekomendacja polega na połączeniu lub przekształceniu istniejących oddziałów pediatrycznych w jednostki leczenia otwartego lub formy pośrednie.</p> <p>Dążenie do tworzenia oddziałów 24-godzinnej przedszpitalnej pomocy pediatrycznej, na bazie istniejących oddziałów pediatrycznych o małej liczbie świadczeń oraz o niepełnym zabezpieczeniu kadrowym i sprzętowym oraz zwiększenie działań edukacyjnych dla pediatrów z terenu województwa na temat chorób metabolicznych, w szczególności postępowania w stanach nagłych.</p>
--	--	-------------	---

6.4.	<p>W przypadkach stabilnych, najdłuższy czas oczekiwania w woj. lubuskim (stan na luty 2020 r.) obserwuje się w dostępności do oddziałów: wieloprofilowy zabiegowy - 219 dni (Polska 120 dni), chirurgii urazowo-ortopedycznej - 198 dni (Polska 548 dni), neurochirurgiczny - 147 dni (Polska 319 dni). Kolejki do pozostałych oddziałów były równe lub krótsze niż 143 dni.</p> <p>W przypadkach pilnych, najdłuższy czas oczekiwania (stan na luty 2020 r.) obserwuje się w dostępności do oddziałów: chirurgii naczyniowej - 132 dni (Polska 86 dni), wieloprofilowy zabiegowy - 74 dni (Polska 35 dni), chirurgii plastycznej - 61 dni (Polska 61 dni). Średnia w przekroju kolejek wynosiła 36 dni (dla Polski 56 dni).</p>	<p>W wielu przypadkach pacjenci decydują się na dłuższe oczekiwanie na zabieg, pomimo dostępności placówki o krótszym czasie, kierując się renomą placówki.</p>	<p>Działania mające na celu skrócenie kolejek oczekujących na świadczenia zdrowotne na oddziałach szpitalnych wysoko obłożonych oraz dążenie do zabezpieczenia na terenie województwa świadczeń, charakteryzujących się dużą migracją pacjentów poza województwo lubuskie.</p>
6.5.	<p>Zapotrzebowanie na usługi zdrowotne z zakresu chirurgii w najbliższych latach będzie się zwiększało, szczególnie w grupie chorych z BMI powyżej 35.</p>	<p>Jakość usług podnosi stosowanie metod małoinwazyjnych i możliwość opieki nad chorym ambulatoryjnie.</p>	<p>Skracanie czasu hospitalizacji poprzez stosowanie małoinwazyjnych metod zabiegowych oraz wprowadzenia nowoczesnych metod operacji. Umożliwienie konsultacji neurochirurgicznych dla ośrodków neurologicznych, w których nie ma oddziału neurochirurgii.</p>

6.6.	<p>W aptekach szpitali powiatowych (z oddziałami specjalistycznymi) sytuacja kadrowa jest niepokojąca i może doprowadzić do przekształcenia apteki szpitalnej w dział farmacji szpitalnej, ze znacznie zawężonymi czynnościami fachowymi, np. tylko w zakresie magazynowania leków.</p>	<p>Przekształcenie aptek szpitalnych w działy farmacji spowoduje ograniczenie dostępności do leków zgromadzonych w aptece, utrudni procedurę zamówień leków oraz doprowadzi do znacznego ograniczenia w prowadzeniu indywidualnej terapii dla pacjentów poszczególnych oddziałów szpitalnych.</p>	<p>Zwiększenie kadry aptek szpitalnych (w tym specjalistów farmacji aptecznej i farmacji szpitalnej), a także personelu pomocniczego (kwalifikowana pomoc apteczna).</p>
6.7.	<p>W 2016 r. świadczeniami objętych było 1 810 pacjentów, natomiast w roku 2019 leczono już 2 784 pacjentów (wzrost o 53%) w ramach 54 programów lekowych (w Polsce 89). Programy realizowane były przez 15 podmiotów leczniczych (w Polsce 580). W województwie lubuskim najwięcej pacjentów było objętych programami lekowymi (10 głównych) w zakresie leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) – 471 osób, – przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową – 410 osób; – dystonii ogniskowych i połowicznego kurczu twarzy – 206 osób; – stwardnienia rozsianego – 202 osoby, 	<p>Liczba świadczeń w ramach programów lekowych systematycznie rośnie, jednakże konsultanci wojewódzcy w ochronie zdrowia wskazują na potrzebę uruchomienia kolejnych programów lekowych.</p>	<p>Zwiększenie liczby iniekcji doszkliskowych lekami anty-VEGF w ramach programu lekowego leczenia AMD postaci wysiękowej. Istnieje także potrzeba stworzenia programu lekowego leczenia pacjentów z obrzękiem torbielowatym plamki w przebiegu cukrzycy.</p>

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		<ul style="list-style-type: none"> – przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B - 181 osób, – zakażenia wirusem rs u dzieci z przewlekłą chorobą płuc (dysplazją oskrzelowo – płucną) – 178 osób, – raka piersi – 148 osób, – reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym – 104 osoby, – zaawansowanego raka jelita grubego – 86 osób, – wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych – 80 osób. 		
	7.1.	<p>W województwie w ramach pilotażu funkcjonują dwa CZP: w Międzyrzeczu (obejmuje powiat międzyrzecki i sulęciński) oraz w Gorzowie Wlkp. (obejmuje m. Gorzów Wlkp.) Obszarami gotowymi do otwarcia kolejnych CZP, zgodnie z MPZ jest tylko aglomeracja powiatu zielonogórskiego i m. Zielona Góra obejmująca swym zasięgiem 177,5 tys. ludności od 18 roku życia.</p> <p>W przypadku dorosłych średnia odległość od każdej z czterech form leczenia, zapewniających kompleksową opiekę wyniosła od 0 do 41,64 km.</p>	nie dotyczy	Poprawa jakości i dostępności do usług z zakresu leczenia psychiatrycznego dla dorosłych poprzez tworzenie CZP.

	<p>7.2. Wszystkie powiaty miały na swoim terenie poradnię psychiatryczną/psychologiczną dla dorosłych.</p> <p>Oddziały dzienne psychiatryczne znajdowały się w trzech powiatach (na terenie CZP oraz w Zielonej Górze), zespoły leczenia środowiskowego znajdowały się w ośmiu powiatach, a oddziały szpitalne psychiatryczne w czterech.</p> <p>Ze sprawozdań MZ-29, MZ-29A i MZ-30 wynika, że na terenie woj. lubuskiego najwyższe średnie wykorzystanie łóżek było w oddziałach: psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży (103,8%), psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu (97,1%), rehabilitacji psychiatrycznej (96,5%), psychiatrycznych ogólnych (95,7%), zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych (95,1%).</p>	nie dotyczy	Przesunięcie świadczeń z leczenia szpitalnego do form ambulatoryjnych - dążenie do nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej stawiającego na leczenie środowiskowe i opiekę nad chorym w jego otoczeniu, otwarcie nowych placówek, bliskich miejscu zamieszkania pacjentów, m.in. zespołów leczenia środowiskowego, oddziałów dziennych.
	<p>7.3. W województwie dostępny był tylko 1 oddział psychogeriatryczny.</p>	Zabezpieczenie opieki psychogeriatrycznej z uwagi na zachodzące zmiany demograficzne - starzenie się społeczeństwa.	Utworzenie poradni psychogeriatrycznej w Gorzowie Wlkp. i w Międzyrzeczu oraz oddziału psychogeriatrycznego w północnej części województwa.

7.4.	<p>W przypadku dzieci i młodzieży średnia odległość od każdej z czterech form leczenia, zapewniających kompleksową opiekę, wyniosła więcej niż 30 km (waha się od 43,88 km do 131,72 km). Największa odległość wystąpiła w przypadku gmin: Kostrzyn nad Odrą (131,72 km), Górzycy (127,11 km), Słubice (125,24 km), Słońsk (122,69 km).</p> <p>Pacjenci mieli dostęp do poradni w 4 gminach i do jednego szpitala. Brak natomiast było oddziału dziennego i zespołu leczenia środowiskowego dla dzieci.</p> <p>3,35 tys. pacjentów poniżej 18. roku życia korzystało ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Współczynnik na 100 tys. ludności wyniósł 1.832 (kraj - 2142), co usytuowało województwo na 12. miejscu w kraju.</p> <p>W woj. lubuskim zanotowano:</p> <ul style="list-style-type: none">- 90,53% pacjentów w wieku poniżej 18. roku życia zamieszkałych i leczonych w województwie - 13 m-ce w kraju (w Polsce wartość ta wahała się od 96,75% do 85,32%), biorąc pod uwagę powiaty najwyższy procent wystąpił w m. Gorzów Wlkp. - 87,08%, m. Zielona Góra - 87,08%, powiecie żarskim - 71,35%, międzyrzeckim - 60,87%, w pozostałych powiatach było to poniżej 32% z uwagi na brak	<p>Na terenie województwa sieć poradni zdrowia psychicznego przyjmujących dzieci i młodzież nie jest równomiernie rozłożona, brak jest zespołów opieki środowiskowej, oddziałów dziennych oraz hostelu dla młodzieży. Wymienione czynniki utrudniają dostęp do kompleksowego leczenia psychiatrycznego.</p> <p>W województwie lubuskim brakuje ok. 4-5 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci - psychiatryczna pomoc ambulatoryjna dla dzieci i młodzieży i ich rodzin jest bardziej dostępna w miastach: Zielona Góra (i okolice), Gorzów Wlkp. i Żary, natomiast nie jest dostateczna w innych częściach województwa.</p>	<p>Poprawa jakości i dostępności do usług z zakresu leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży poprzez realizację wytycznych zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz standardów opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w ramach trzech poziomów referencyjnych, a w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none">- utworzenie zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży,- powstawanie równomiernie rozmieszczonych oddziałów dziennych dla dzieci i młodzieży - pierwszy oddział dzienny powinien powstać tam, gdzie jest zaplecze i wykształcona kadra, tj. w Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze, a następnie w Gorzowie Wlkp., Żarach lub Żaganiu, Nowej Soli lub Wschowie,
------	---	--	--

	<p>podstawowych form leczenia psychiatrycznego w tych powiatach;</p> <ul style="list-style-type: none">- 467 pacjentów poniżej 18 roku życia korzystało z leczenia poza obszarem zamieszkania - 14 m-ce w kraju (w Polsce wartość ta wahała się od 1 225 do 346);- Nadwyżka względna wynosiła 1,083 - tzn., że w województwie niższa była liczba pacjentów zamieszkałych i leczonych poza województwem niż pacjentów spoza województwa leczonych w woj. lubuskim (dodatnia migracja). Biorąc pod uwagę powiaty, duże nadwyżki względne wystąpiły w powiatach zielonogórskim - 2,49, m. Zielona Góra - 2,11, m. Gorzów Wlkp. - 1,53, międzyrzeckim - 1,29 i żarskim - 1,2, czyli migrowała do nich duża liczba pacjentów z innych powiatów. Pod względem wielkości nadwyżki względnej województwo lubuskie uplasowało się na 2 miejscu w kraju (w Polsce wartość ta wahała się od 1,141 do 0,946).		<p>Zielonej Górze, Międzyrzeczu, Słubicach - jeden lub dwa oddziały dzienne powinny być przeznaczone dla dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem od alkoholu i innych środków psychoaktywnych (pierwszy powinien powstać w Zielonej Górze, gdzie jest odpowiednie zaplecze i kadra),</p> <ul style="list-style-type: none">- utworzenie hostelu dla młodzieży z zaburzeniami psychicznymi- utworzenie w ogólnym szpitalu specjalistycznym pododdziału obserwacyjnego psychiatrycznego (3-5 miejsc) lub sali dla dzieci i młodzieży po próbach samobójczych i z ciężkimi objawami zaburzeń jedzenia, które wymagają monitorowania i pilnych konsultacji specjalistycznych ze względu na stan zagrożenia życia (np. w powstającym
--	--	--	---

			<p>Centrum Zdrowia Matki i Dziecka w Zielonej Górze),</p> <ul style="list-style-type: none"> - utworzenie poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w Słubicach, Wschowie, Sulęcinie i Strzelcach Krajeńskich – lub w pobliżu tych miejscowości (np. na bazie istniejących poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych lub POZ) oraz tworzenie przy poradniach zdrowia psychicznego opieki środowiskowej.
7.5.	<p>W przypadku dorosłych pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych większość porad realizowanych w poradniach psychiatrycznych i psychologicznych to porady lekarskie – 67,2%. Natomiast psychoterapia indywidualna stanowiła 15,92%, porady psychologiczne 13,25%, wizyty/porady domowe/środowiskowe 2,18%, a oddziaływania grupowe/rodzinne zaledwie 0,93%.</p> <p>W przypadku dzieci i młodzieży większość (70,27%) porad zrealizowanych w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych dla dzieci to porady lekarskie (kraj – 62,42%). Psychoterapia</p>	<p>Podobnie jak w kraju, występowała odwrotna proporcja typów udzielanych porad w stosunku do rekomendowanej.</p>	<p>Zmianę proporcji typów udzielanych porad - zmniejszenie udziału porad lekarskich, przy jednoczesnym zwiększeniu innych rodzajów porad, szczególnie porad psychologicznych, których udział w województwie jest znacznie niższy niż średnio w kraju.</p>

	<p>indywidualna (13,08%), oddziaływania grupowe/rodzinne (12,19%) i porady psychologiczne (4,46%) były realizowane w mniejszym stopniu. Udział porad psychologicznych był znacznie niższy niż w kraju (kraj - 21,39%), udział oddziaływań grupowych/rodzinych znacznie wyższy (kraj – 2,32%), a psychoterapii indywidualnej podobny.</p>		
7.6.	<p>Występuje bardzo niska liczba lekarzy ze specjalizacją w psychiatrii - 8,8 na 100 tys. ludności (12 m-ce w kraju, Polska – 10,2 na 100 tys. ludności). Udział lekarzy w wieku emerytalnym wynosi 26%.</p> <p>Liczba lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wynosiła 10, czyli 1,0 na 100 tys. ludności (wartość na 100 tys. ludności dla Polski to 1,1, a wartość rekomendowana wynosi – 2,0). Liczba lekarzy w wieku emerytalnym wynosiła 30%.</p>	<p>Występuje duża różnica między rekomendowaną wartością wskaźnika liczby lekarzy na 100 tys. ludności, a jego rzeczywistą wartością.</p>	<p>Kształcenie większej liczby lekarzy psychiatrów - dążenie do rekomendowanego wskaźnika 20 lekarzy na 100 tys. ludności; lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – dążenie do wskaźnika 2,0 lekarzy na 100 tys. ludności.</p> <p>Zwiększenie w ciągu najbliższych 2 lat o co najmniej 9-10 liczby specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarzy podejmujących szkolenie w tej dziedzinie medycyny.</p>

7.7.	<p>Na bazie poradni dla osób dorosłych jest świadczona pomoc medyczna ambulatoryjna dla młodzieży zagrożonej uzależnieniem, jest to pomoc niedostateczna i nie obejmuje dzieci, szczególnie zagrożonych uzależnieniem od alkoholu.</p> <p>Dochodzi do przedawnienia zobowiązania przez sąd do stacjonarnego leczenia odwykowego w warunkach szpitalnych.</p>	<p>Występuje niedostateczna pomoc dla dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem.</p> <p>Potrzeba poprawy dostępności do stacjonarnego leczenia odwykowego w warunkach szpitalnych.</p>	<p>Potrzeba skrócenia czasu oczekiwania na stacjonarne leczenie odwykowe w warunkach zobowiązania przez sąd.</p> <p>Utworzenie przy istniejącym oddziale o wzmożonym zabezpieczeniu w Międzyrzeczu pododdziału dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (w tym także dla dziewcząt) oraz zwiększenie liczby miejsc w oddziale leczenia z podwójną diagnozą w Nowym Dworcu.</p>
7.8.	<p>Świadczenie psychologiczne jest najczęściej przypadkiem pilnym. Zachowana jest dostępność do psychologa, ale niemającego pełnych kwalifikacji specjalisty szczególnie dla dzieci i młodzieży (są bardzo długie terminy oczekiwania na wizytę).</p> <p>Dużym utrudnieniem jest konieczność posiadania skierowania do psychologa, co utrudnia dostęp do pomocy psychologicznej, a także specjalisty dla dzieci i młodzieży, toteż częstą praktyką jest przyjmowanie dzieci w ramach pomocy rodzicom w poradniach zdrowia psychicznego dla dorosłych.</p>	<p>Zapotrzebowanie na świadczenia specjalistów psychologii klinicznej zwiększa wzrost poziomu frustracji społecznej i sytuacji zagrażających zdrowiu psychicznemu.</p>	<p>W każdym mieście powinna być dostępność do specjalisty z psychologii klinicznej, szczególnie w ramach pomocy ambulatoryjnej.</p>

Rehabilitacja medyczna	8.1.	<p>We wszystkich formach rehabilitacji łącznie liczba pacjentów na 100 tys. ludności (8 538) jest niższa niż średnia krajowa (8 695), natomiast liczba ośrodków na 100 tys. ludności (9,29) jest wyższa niż średnia krajowa (8,37).</p> <p>Wg danych krajowych w rehabilitacji ambulatoryjnej wykonuje się zbyt wiele zabiegów fizykoterapii (68,3%) względem kinezyterapii (23,4%), podczas gdy skuteczność kinezyterapii jest silnie udokumentowana.</p>	<p>Niższa niż średnia krajowa liczba pacjentów na 100 tys. ludności przy wyższej liczbie ośrodków na 100 tys. ludności może świadczyć o zbyt małej liczbie pacjentów (limitach) przyjmowanych w ośrodkach rehabilitacyjnych.</p> <p>Dostępność do rehabilitacji ambulatoryjnej jest niska, głównie do poradni rehabilitacyjnych, które znajdują się w większości w dużych aglomeracjach, a w powiatach występuje ich niedobór.</p> <p>Priorytetem dla osób starszych jest rehabilitacja, która zapewnia utrzymanie człowieka starszego w jak najlepszej i jak najdłuższej sprawności, a co za tym idzie samodzielności.</p>	<p>Dążenie do zapewnienia kompleksowości i ciągłości leczenia i rehabilitacji, przy uwzględnieniu równomiernej dostępności terytorialnej oraz tworzenie interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych składających się z grona specjalistów w zależności od potrzeb pacjenta (uwzględniając dowóz na rehabilitację oraz objęcie opieką również opiekunów pacjentów), w szczególności w odniesieniu do dzieci i młodzieży.</p> <p>Łączenie fizykoterapii, kinezyterapii, zaopatrzenia ortopedycznego, edukacji oraz zaspokajania potrzeb psychologicznych.</p> <p>Uruchomienie nowego produktu NFZ jakim jest rehabilitacja geriatryczna. Z uwagi na starzenie się społeczeństwa, w tym także osób aktywnych zawodowo, będzie u tych osób rosła z wiekiem liczba problemów</p>
------------------------	------	--	---	---

				<p>zdrowotnych i spadek wydolności fizycznej - aby utrzymać sprawność populacji pracującej na dobrym poziomie, niezbędne jest połączenie działań z zakresu medycyny pracy (prewencja zaburzeń zdrowotnych, będących skutkiem wykonywanej pracy) z działaniami z zakresu rehabilitacji medycznej (naprawianie zaburzeń zdrowotnych, których nie da się uniknąć działaniami prewencyjnymi) oraz rehabilitacji społeczno-zawodowej (wsparcie dla możliwości przekwalifikowania zawodowego, czy dostosowania stanowisk pracy do zmieniających się możliwości psychofizycznych pracowników).</p>
8.2.		<p>Choroby układu mięśniowo-szkieletowego były główną przyczyną rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, w przypadku rehabilitacji prowadzonej w warunkach domowych głównym rozpoznaniem były choroby układu nerwowego, natomiast w przypadku rehabilitacji prowadzonej w warunkach</p>	<p>W związku z procesami starzenia się oraz coraz większą dominacją obciążeń statycznych układu ruchu, zwiększać się będzie rozpowszechnienie przeciążeniowych schorzeń układu ruchu wśród pracujących.</p>	<p>Działania mające na celu zachęcenie pacjentów do zwiększenia ruchu w życiu codziennym.</p> <p>Rozpowszechnianie edukacji pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie</p>

	dziennych głównym rozpoznaniem były zaburzenia psychiczne.		skutecznym i niskokosztowym elementem rehabilitacji.
8.3.	<p>Według sprawozdania MZ-11 za 2018 r. w jednym z głównych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat zakwalifikowanych do opieki czynnej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej są zniekształcenia kręgosłupa.</p> <p>W 6 powiatach odnotowano wskaźnik na 10 tys. ludności powyżej średniej wojewódzkiej (269,34), tj. w powiatach: gorzowskim, zielonogórskim, żagańskim, sulęcińskim, mieście Gorzowie Wlkp., międzyrzeckim.</p>	Poważnym problemem zdrowotnym dzieci i młodzieży są schorzenia kręgosłupa.	Wdrażanie w skali województwa programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych dla dzieci, młodzieży, osób pracujących.
8.4.	<p>Liczba miejsc pobytu dziennego w rehabilitacji dziennej wynosi 6,62 na 100 tys. ludności, a liczba osobodni w rehabilitacji dziennej wynosi 8 873 na 100 tys. ludności</p> <p>Liczba ośrodków rehabilitacji dziennej na 100 tys. ludności wynosi 1,09.</p> <p>Przeciętny czas oczekiwania (stan na luty 2020 r.) dla przypadków pilnych wynosił: 171 dni do zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej (śr. krajowa 176 dni), 18 dni do zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci (śr. krajowa 65 dni).</p>	<p>Liczba miejsc pobytu dziennego, liczba osobodni oraz liczba ośrodków rehabilitacji dziennej jest najniższa w Polsce.</p> <p>Nie udziela się świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie zaburzeń wzroku.</p>	<p>Utworzenie oddziałów rehabilitacji dziennej i rozwój rehabilitacji domowej jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjentów, przy zachowaniu równomiernego terytorialnie dostępu.</p> <p>Zakontraktowanie przez NFZ świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie zaburzeń wzroku.</p>

	<p>Przeciętny czas oczekiwania (stan na luty 2020 r.) dla przypadków stabilnych wynosił: 247 dni do zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej (śr. krajowa 310 dni), 70 dni do zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci (śr. krajowa 128 dni).</p> <p>Występuje ujemne saldo migracji w rehabilitacji dziennej (-281).</p>		
8.5.	<p>Liczba osobodni w rehabilitacji stacjonarnej wynosi 16 302 na 100 tys. ludności (średnia krajowa 15 920).</p> <p>Liczba ośrodków rehabilitacji stacjonarnej wynosi 1,29 na 100 tys. ludności (średnia krajowa 1,15).</p> <p>Liczba łóżek w rehabilitacji stacjonarnej na 100 tys. ludności wynosi 66,83 (średnia krajowa 95,25).</p> <p>Występuje dodatnie saldo migracji (109).</p> <p>Według danych z MZ-29 najwyższy wskaźnik wykorzystania łóżek był na oddziałach rehabilitacji pulmonologicznej (śr. wojewódzka -100,0 %).</p> <p>Przeciętny czas oczekiwania (stan na luty 2020 r.) dla przypadków pilnych wynosił: 99 dni do rehabilitacji ogólnoustrojowej (śr. krajowa 160 dni), 4 dni do rehabilitacji neurologicznej (śr. krajowa 84</p>	<p>Przerwa od czasu hospitalizacji do momentu dostania się na oddział rehabilitacji powoduje, że pewnych zmian nie da się już odwrócić, albo dużo trudniej jest odwrócić niekorzystne zmiany, co uniemożliwia optymalny powrót do zdrowia pacjenta. Pacjent, który nie będzie dobrze rehabilitowany może nie wrócić do pracy i nie będzie dobrze pełnił swoich ról społecznych.</p>	<p>Poprawa dostępności do szybkiej rehabilitacji od razu po pobycie pacjenta na oddziale, w szczególności w zakresie: neurologii, chirurgii urazowo-ortopedycznej, kardiologii i kardiochirurgii, reumatologii, onkologii.</p>

Rehabilitacja medyczna		<p>dni), na bieżąco - przyjmowani byli pacjenci do rehabilitacji psychiatrycznej (śr. krajowa 13 dni).</p> <p>Przeciętny czas oczekiwania (stan na luty 2020 r.) dla przypadków stabilnych wynosił: 577 dni do rehabilitacji ogólnoustrojowej (śr. krajowa 1 193 dni), 777 dni do rehabilitacji neurologicznej (śr. krajowa 601 dni), 109 dni na oddział rehabilitacji psychiatrycznej (śr. krajowa 148 dni).</p>		
	8.6.	<p>Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w świadczeniach rehabilitacji domowej wynosi 111 (średnia krajowa 126).</p> <p>Liczba porad lekarskich na 100 tys. ludności w ramach rehabilitacji domowej wynosi 11 (średnia krajowa 22).</p> <p>Liczba wizyt fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności w ramach rehabilitacji domowej wynosi 247 (średnia krajowa 205).</p> <p>Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności w ramach rehabilitacji domowej wynosi 15 376 (średnia krajowa 20 682).</p> <p>W każdym powiecie (lipiec 2020 r.) funkcjonuje ośrodek rehabilitacji domowej.</p>	<p>Liczba pacjentów, porad lekarskich oraz zabiegów fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności w świadczeniach rehabilitacji domowej jest niższa niż dla kraju.</p>	<p>Upowszechnianie telerehabilitacji - rozwiązanie korzystne szczególnie dla pacjentów, których stan zdrowia utrudnia dojazd do miejsca udzielania tradycyjnych świadczeń, a ponadto niweluje ryzyko rozprzestrzeniania chorób zakaźnych.</p> <p>Stworzenie form pomocy psychologicznej dla opiekunów dzieci niepełnosprawnych oraz rozpowszechnianie edukacji opiekunów w zakresie opieki w domu nad dzieckiem niepełnosprawnym.</p>

8.7.	<p>Liczba pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi 7 707 (średnia krajowa 7 795).</p> <p>Liczba porad lekarskich w rehabilitacji ambulatoryjnej na 100 tys. ludności wynosiła 867 (średnia krajowa 5 269).</p> <p>Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności wynosiła 402 792 (średnia krajowa 327 086).</p> <p>Województwo charakteryzuje się dodatnim saldem migracji w rehabilitacji ambulatoryjnej (1 425).</p> <p>Przeciętny czas oczekiwania (stan na luty 2020 r.) na rehabilitację ambulatoryjną dla przypadków pilnych wynosił: 68 dni na fizjoterapię ambulatoryjną (śr. krajowa 102 dni), 18 dni do poradni rehabilitacyjnej (śr. krajowa 69 dni), natomiast dla przypadków stabilnych: 110 dni na fizjoterapię ambulatoryjną (śr. krajowa 151 dni), 91 dni do poradni rehabilitacyjnej (śr. krajowa 98 dni).</p> <p>W maju 2020 r. liczba wszystkich fizjoterapeutów zarejestrowanych w KIF (125 na 100 tys. ludności) była niższa niż średnia w kraju (172), co plasuje województwo lubuskie na ostatnim miejscu wśród województw. Liczba ludności na fizjoterapeutę udzielającego świadczeń rehabilitacji w ramach NFZ</p>	<p>Liczba pacjentów na 100 tys. ludności jest niższa od średniej krajowej.</p> <p>Występuje najniższa w kraju liczba porad lekarskich na 100 tys. ludności.</p> <p>Brak poradni rehabilitacyjnej lekarskiej funkcjonującej w ramach środków publicznych w następujących powiatach: krośnieńskim, nowosolskim, słubickim, strzelecko-drezdeneckim, żarskim.</p>	<p>Zapewnienie dostępności do poradni rehabilitacyjnej na terenie każdego powiatu, mając na względzie starzenie się społeczeństwa i zwiększające się zapotrzebowanie na rehabilitację osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych oraz wymagających rehabilitacji z związku z przebytą chorobą lub urazem - szybka rehabilitacja gwarantuje lepsze wyniki terapeutyczne i zapobiega pogłębianiu się dysfunkcji i samodzielności w codziennym funkcjonowaniu.</p> <p>Zwiększenie dostępności do leczenia logopedycznego, poprzez utworzenie gabinetów logopedycznych przy oddziałach szpitalnych, zapewniając kontynuację leczenia pacjentom opuszczającym oddziały szpitalne (dzieciom i dorosłym) oraz zapewnienie kontynuacji leczenia logopedycznego pacjentom niepełnosprawnym, którzy</p>
------	--	--	---

Opieka długoterminowa		w 2019 r. (1 732) była wyższa od średniej krajowej (1 393).		kończąc edukację szkolną opuszczają ośrodki rehabilitacji dziennej i przechodzą do innych placówek. Podejmowanie działań w kierunku pozyskania większej liczby fizjoterapeutów udzielających świadczeń w ramach kontraktów z NFZ na terenie województwa lubuskiego.
	9.1.	Brak ZOL/ZPO dla dzieci i młodzieży na terenie województwa. Część pacjentów zamieszkałych w województwie lubuskim otrzymała tego rodzaju świadczenia w innych województwach.	Brakuje stacjonarnej opieki długoterminowej dla dzieci.	Utworzenie miejsc w opiece długoterminowej stacjonarnej dla dzieci i młodzieży.
	9.2.	Liczba osób objętych opieką długoterminową w systemie ochrony zdrowia w populacji osób w wieku 65 i więcej lat w grupach wiekowych wynosiła 1,2% (w tym stacjonarną 0,5%), natomiast w Polsce - 1,34% (w tym stacjonarną 0,6%), podczas gdy średnia dla 25 krajów OECD to 10,8%.	Starzejące się społeczeństwo oznacza wzrost liczby osób przewlekle chorych oraz osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, co stawia przed systemem ochrony zdrowia wyzwanie związane z zapewnieniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.	Rozwój usług zdrowotnych nakierowanych na potrzeby zdrowotne osób starszych oraz zapewnienie adekwatnego do potrzeb dostępu do opieki długoterminowej dla ludności w wieku 65+ we wszystkich formach opieki.

9.3.	Udział opieki domowej w opiece długoterminowej wynosi 58,3%, a na poziomie całego kraju jest to 61,2%, podczas gdy średnia dla 20 krajów OECD to 67,5 %.	Niski udział opieki domowej w opiece długoterminowej na tle kraju oraz krajów OECD	Zwiększenie liczby pacjentów leczonych w warunkach domowych.
9.4.	Według prognoz współczynnik potencjału pielęgnacyjnego będzie mała z około 265 w 2019 r. do 180 w 2030 r. Współczynnik pielęgnacyjny dla Polski wynosił w 2019 r. 227, a w 2030 będzie wynosił 177. Na chwilę obecną współczynnik jest wyższy od krajowego, ale już w 2030 r. będzie on porównywalny.	Brakuje innowacyjnych form pomocy z zakresu telemedycyny oraz w ramach polityki pomocy dla opiekunów nieformalnych. Wsparcie ma szczególne znaczenie ze względu na fakt, że opiekunowie nieformalni niejednokrotnie już należą, bądź niebawem będą należeć, do grupy osób starszych. Wraz ze zmniejszającym się współczynnikiem pielęgnacyjnym zjawisko to będzie narastać. Prognoza zmiany współczynnika pielęgnacyjnego oznacza szybkie starzenie się mieszkańców województwa przełoży się na wzrost liczby osób przewlekle chorych oraz osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, co stawia przed systemem ochrony zdrowia wyzwanie związane z zapewnieniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz powoduje zwiększenie zapotrzebowania	Stworzenie form pomocy dla opiekunów nieformalnych i podniesienie kompetencji opiekunów w zakresie opieki nad osobami starszymi i z niepełnosprawnościami (np. prowadzenie szkoleń, udzielenie wsparcia psychologicznego oraz profesjonalnych informacji i porad dotyczących schorzeń jakimi dotknięci są ich podopieczni).

		na pozaszpitalne formy opieki dziennej i środowiskowej.	
9.5	O niezaspokajanych potrzebach w opiece długoterminowej w świadczy również ujemny wskaźnik migracji (–37). Nie można liczyć na województwa sąsiednie, w których występuje ujemne saldo migracji: zachodniopomorskie (–89), dolnośląskie (–161), a tylko województwo wielkopolskie ma dodatnie saldo migracji (+100).	Obecna infrastruktura jest niewystarczająca i nieodpowiednia do zaspokojenia aktualnych i przyszłych potrzeb osób wymagających opieki długoterminowej. Nie wszyscy pacjenci, którzy potrzebowali opieki długoterminowej mieli ją zapewnioną. Część pacjentów korzysta ze świadczeń w prywatnych domach opieki.	Zwiększenie dostępności do pozaszpitalnych form opieki dziennej i środowiskowej, tj. specjalistycznych form opieki długoterminowej w ramach środków publicznych (ZOL, ZPO, wentylacji mechanicznej pacjentów w warunkach domowych i stacjonarnych, sieci poradni geriatrycznych, leczenia bólu, domowej opieki długoterminowej, rehabilitacji domowej, opieki pielęgniarskiej i usług opiekuńczych, ze szczególnym uwzględnieniem równomiernego rozmieszczenia i kompleksowości oferowanych usług.
9.6	Istnieje zróżnicowanie w dostępie do świadczeń opieki długoterminowej pomiędzy powiatami. W 2019 r. najmniej leczonych według miejsca udzielania świadczeń było w powiecie słuwickim (90	Sprawy opieki i zabezpieczenia pacjentów są na różnych poziomach w różnych miastach województwa. Obowiązki przejmują często fundacje i stowarzyszenia, jednak	Wyrównanie dostępu do opieki długoterminowej w powiatach o najniższym współczynniku leczenia pacjentów.

Opieka paliatywna i hospicyjna		pacjentów na 100 tys. ludności) i nowosolskim (100), natomiast najwięcej w świebodzińskim (348).	zapotrzebowanie rośnie dość gwałtownie. Opieka społeczna również nie jest w stanie wywiązać się z obowiązków.	
	9.7	Najwięcej usług opieki długoterminowej jest opartych na opiece domowej lub opiece nieformalnej wykonywanej przez rodzinę.	Na skutek zmian tradycyjnego modelu rodziny i stylu życia społeczeństwa a także z uwagi na sytuację ekonomiczną niektórych rodzin, opieka nieformalna w przyszłości stanie się mniej dominującą formą opieki nad osobami zależnymi niż obecnie, co przełoży się na zwiększone zapotrzebowanie usług finansowanych ze środków publicznych.	Organizacja różnych form opieki nad ludźmi starszymi w warunkach domowych.
	10.1.	W 2019 r. ze świadczeń paliatywno-hospicyjnych skorzystało 295,87 pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności (4. miejsce w kraju, +18% w stosunku do średniej dla Polski). Do 2050 r. spodziewane zapotrzebowanie na liczbę miejsc w paliatywnej opiece stacjonarnej i domowej wzrośnie w województwie z 3 784 miejsc w 2020 r. do 5 231 miejsc w 2050 r. (w tym 88 miejsc opiece stacjonarnej oraz 5 143 miejsca z opiece domowej).	W związku z rosnącą liczbą osób starszych wzrośnie zapotrzebowanie na liczbę miejsc w paliatywnej opiece stacjonarnej i domowej oraz specjalistyczną kadrę lekarską i pielęgniarską w opiece paliatywnej i hospicyjnej.	Zapewnienie odpowiedniego do potrzeb dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej poprzez zwiększanie liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych.
	10.2.	W województwie 29,2% wszystkich pacjentów pochodziło z obszarów wiejskich (Polska 32,2%).	Występują różnice w liczbie pacjentów korzystających ze świadczeń	Wyrównanie różnic w ich dostępie pomiędzy powiatami

	Największe różnice zaobserwowano w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, w tym przypadku osoby zamieszkujące tereny wiejskie stanowiły 26,9% wszystkich pacjentów (Polska 25,0%).	paliatywnych i hospicyjnych w zależności od miejsca zamieszkania (miasto-wieś).	w szczególności w zakresie ambulatoryjnej opieki paliatywnej i hospicyjnej.
10.3.	Nie zapewniono rekomendowanego przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej wskaźnika łóżek opieki paliatywnej i hospicyjnej (100 łóżek na 1 mln mieszkańców) – który na koniec roku wynosił 74,14. Czas oczekiwania do hospicjum stacjonarnego/stacjonarnego ośrodka opieki paliatywnej w przypadkach pilnych wynosił (stan na luty 2020 r.): 0 dni (śr. krajowa 42 dni), zaś w przypadkach stabilnych 15 dni (śr. kraj. 17 dni).	W przypadku tak specyficznego rodzaju świadczeń jak opieka paliatywna i hospicyjna, czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum stacjonarnego jest zbyt długi. Ze względu na postępujące zmiany demograficzne i epidemiologiczne oraz długi czas oczekiwania na świadczenia istotny element stanowi zwiększanie bazy łóżkowej w opiece paliatywnej i hospicyjnej.	Zwiększenie dostępności do świadczeń paliatywnych i hospicyjnych realizowanych w warunkach stacjonarnych, w szczególności na terenie powiatów słubickiego, strzelecko-drezdeneckiego i nowosolskiego.
10.4.	W ramach umów z NFZ działało 5 poradni medycyny paliatywnej (0,49 na 100 tys. ludności, 6. miejsce w kraju). Świadczenia paliatywne w warunkach ambulatoryjnych były udzielane na terenie 5 z 14 powiatów głównie w północnej części województwa i w Zielonej Górze. Według stanu na luty 2020, w przypadkach stabilnych powyżej średniej krajowej obserwuje się	Dostępność poradni medycyny paliatywnej jest ograniczona.	Zwiększenie dostępności do poradni medycyny paliatywnej.

	w dostępności do poradni: medycyny paliatywnej (lubuskie najdłuższy czas oczekiwania w kraju - 11 dni, kraj - 3 dni).		
10.5.	Brak zakontraktowanych świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.	Brak odpowiedniej opieki z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej zmusza pacjentki wraz z rodziną migrować do sąsiednich województw.	Zakontraktowanie przez NFZ na terenie województwa zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.
10.6.	W 13 z 14 powiatów funkcjonowało 15 hospicjów domowych (1,48 na 100 tys. ludności, 9. miejsce w kraju, +1% w stosunku do średniej dla Polski). Świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych nie udzielano jedynie na terenie powiatu zielonogórskiego, ale chorzy byli objęci opieką przez powiaty sąsiadujące np. Zieloną Górę.	Nie we wszystkich powiatach został zapewniony dostęp do domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej.	Dążenie do zapewnienia opieki paliatywno-hospicyjnej w warunkach domowych w każdym powiecie.
10.7.	Czas oczekiwania do hospicjum domowego/zespołu domowej opieki paliatywnej w przypadkach pilnych wynosił (stan na luty 2020 r.): 20 dni (śr. krajowa 24 dni), a w przypadkach stabilnych 30 dni (śr. krajowa 20 dni).	W przypadku tak specyficznego rodzaju świadczeń jak opieka paliatywna i hospicyjna, czas oczekiwania na wizytę zespołu domowej opieki paliatywnej jest zbyt długi – część pacjentów umiera przed pierwszą wizytą zespołu.	Skrócenie czasu oczekiwania na wizytę zespołu domowej opieki paliatywnej oraz zapewnienie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych na terenie powiatu zielonogórskiego.

Kadry	10.8.	Liczba lekarzy medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi 0,9, a średni wiek lekarzy to 55 lat. Wskaźnik dostępności lekarzy powinien wynosić 3,0/100 ludności.	Zabezpieczenie w kadrę medyczną jest na terenie województwa niewystarczające.	Zwiększenie liczby wyspecjalizowanej kadry medycznej lekarskiej i pielęgniarskiej.
	12.1.	<p>Liczba lekarzy na 100 tys. ludności w województwie wynosiła 248 i była to najniższa wartość w kraju. Średni wiek lekarza wynosił 51 lat i była to najwyższa wartość w kraju.</p> <p>W województwie występuje najwyższy w kraju odsetek lekarzy w wieku emerytalnym (26%).</p> <p>W województwie istotną grupę (50% i więcej) wśród lekarzy w wieku emerytalnym stanowili lekarze specjaliści w dziedzinie: diagnostyki laboratoryjnej, gastroenterologii dziecięcej, chirurgii plastycznej, balneologii i medycyny fizykalnej, epidemiologii, higieny, zdrowia publicznego, medycyny pracy, urologii dziecięcej, audiologii i foniatry, alergologii, reumatologii, neonatologii, medycyny sportowej.</p> <p>Największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych wskazano w następujących dziedzinach: choroby wewnętrzne (736), medycyna rodzinna (231), psychiatria (114), medycyna pracy (83), geriatrya (73) oraz medycyna ratunkowa (52).</p>	<p>Kadra lekarska z wielu dziedzin przechodząc na emeryturę nie będzie zastępowana nowym personelem.</p> <p>Występuje niewielkie zainteresowanie lub brak chętnych do specjalizowania się lekarzy w niektórych dziedzinach.</p>	<p>Zwiększenie liczby miejsc na kierunku lekarskim na terenie województwa.</p> <p>Zwiększenie liczby placówek o funkcji kliniczno-dydaktycznej w obrębie województwa, w celu umożliwienia odbywania praktyk studentom kierunków medycznych oraz kadrze medycznej w trakcie specjalizacji w możliwie jak największym zakresie na terenie województwa.</p> <p>Utworzenie i propagowanie systemu motywującego do pracy lekarzy w województwie np. atrakcyjne oferty pracy, zapewnienie mieszkania, stworzenie stypendiów dla części studentów, którzy zobowiążą się do pracy w zawodzie</p>

	<p>W województwie jest niewielkie zainteresowanie lub brak chętnych do specjalizowania się lekarzy w dziedzinie: chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, geriatrici, medycyny rodzinnej, neonatologii, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, radioterapii.</p>		<p>w województwie przez określony czas.</p> <p>Poprawa warunków pracy poprzez dostosowanie placówek do wymagań higieniczno-sanitarnych oraz poprawę ergonomii na stanowiskach pracy (odpowiedni sprzęt i wyposażenie).</p> <p>Zwiększenie zatrudnienia oraz szkolenie asystentów, opiekunów medycznych, opiekunów osób starszych oraz przekazanie im części zadań niewymagających wykształcenia medycznego.</p> <p>Zwiększenie liczby miejsc akredytowanych w deficytowych dziedzinach oraz kumulacja wyszkolonego personelu w ośrodkach o wyższej liczbie świadczonych usług w danej dziedzinie oraz doposażenie jednostek szkolących, w celu spełnienia warunków do uzyskania lub utrzymania akredytacji.</p>
--	---	--	---

			Tworzenie i propagowanie systemu zachęt do kształcenia podyplomowego w zakresie deficytowych specjalizacji w szczególności, w których brakowało chętnych do odbywania specjalizacji.
12.2.	<p>W województwie liczba lekarzy dentystów na 100 tys. ludności wynosiła 76, co uplasowało województwo na 13 miejscu w kraju.</p> <p>Wśród lekarzy dentystów w wieku emerytalnym największą grupę stanowili specjaliści w dziedzinie: zdrowia publicznego, protetyki stomatologicznej, stomatologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncją, chirurgii stomatologicznej.</p>	Wyzwaniem dla województwa jest poprawa dostępności do kadry lekarsko-dentystycznej.	<p>Poprawa warunków pracy poprzez dostosowanie placówek do wymagań higieniczno-sanitarnych oraz poprawę ergonomii na stanowiskach pracy (odpowiedni sprzęt i wyposażenie).</p> <p>Utworzenie i propagowanie systemu motywującego do pracy lekarzy dentystów w województwie, np. atrakcyjne oferty pracy, zapewnienie mieszkania, stworzenie stypendiów dla części studentów, którzy zobowiążą się do pracy w zawodzie w województwie przez określony czas.</p>

	<p>12.3. W województwie liczba pielęgniarek na 100 tys. ludności wynosiła 541 i była to najniższa wartość w kraju.</p> <p>Prognozowany jest spadek liczby pielęgniarek. Według prognozy całkowita liczba pielęgniarek aktywnych zawodowo, przy zachowaniu obecnych trendów, w wieku 25-59 w 2029 r. w porównaniu do 2019 r. będzie niższa o 38% (w Polsce o 33%).</p>	<p>Wyzwaniem dla województwa jest poprawa dostępności do kadry pielęgniarskiej oraz zabezpieczenie w kadrę pielęgniarską w perspektywie starzejącego się społeczeństwa oraz wysokiego ryzyka spadku liczby pielęgniarek.</p>	<p>Zwiększenie liczby miejsc na kierunku pielęgniarstwo na terenie województwa.</p> <p>Utworzenie i propagowanie systemu motywującego do pracy pielęgniarek w województwie, np. atrakcyjne oferty pracy, zapewnienie mieszkania, stworzenie stypendiów dla części studentów, którzy zobowiążą się do pracy w zawodzie w województwie przez określony czas.</p> <p>Poprawa warunków pracy poprzez dostosowanie placówek do wymagań higieniczno-sanitarnych oraz poprawę ergonomii na stanowiskach pracy (odpowiedni sprzęt i wyposażenie).</p> <p>Podjęcie działań mających na celu zachęcenie do powrotu do wykonywania zawodu pielęgniarki /położnej osoby, które zrezygnowały z jego wykonywania przed przejściem na emeryturę.</p>
--	---	--	---

	<p>12.4. W województwie liczba położnych na 100 tys. ludności wynosiła 68, co uplasowało województwo na przedostatnim miejscu w kraju. Średni wiek położnych wynosił 52 lata (średnia krajowa - 47 lat).</p> <p>Położne powyżej 59 roku życia stanowiły 22% aktywnych zawodowo położnych (najwyższy odsetek w kraju, Polska - 15%).</p>	<p>Wyzwaniem dla województwa jest poprawa dostępności do kadry położniczej oraz zabezpieczenie w kadrę położniczą w perspektywie wysokiego ryzyka spadku liczby położnych.</p>	<p>Utworzenie i propagowanie systemu motywującego do pracy położnych w województwie, np. atrakcyjne oferty pracy, zapewnienie mieszkania, stworzenie stypendiów dla części studentów, którzy zobowiążą się do pracy w zawodzie w województwie przez określony czas.</p> <p>Poprawa warunków pracy poprzez dostosowanie placówek do wymagań higieniczno-sanitarnych oraz poprawę ergonomii na stanowiskach pracy (odpowiedni sprzęt i wyposażenie).</p> <p>Podjęcie działań mających na celu zachęcenie do powrotu do wykonywania zawodu położnej osoby, które zrezygnowały z jego wykonywania przed przejściem na emeryturę.</p>
--	---	--	--

12.5.	W województwie liczba fizjoterapeutów na 100 tys. ludności wynosiła 125 i była to najniższa wartość w kraju.	Wyzwaniem dla województwa jest poprawa dostępności do kadry fizjoterapeutycznej.	Utworzenie i propagowanie systemu motywującego do pracy fizjoterapeutów w województwie, np. atrakcyjne oferty pracy, zapewnienie mieszkania, stworzenie stypendiów dla części studentów, którzy zobowiążą się do pracy w zawodzie w województwie przez określony czas.
12.6.	W województwie liczba diagnostów laboratoryjnych pracujących w ramach NFZ na 100 tys. ludności wynosiła 1,9, co uplasowało województwo na 12 miejscu w kraju. Potrzeby w tym zakresie wynoszą 50-60 diagnostów (w 2019 r. w ramach umów z NFZ było 19 diagnostów).	Wyzwaniem dla województwa jest poprawa dostępności do kadry diagnostów laboratoryjnych.	Utworzenie i propagowanie systemu motywującego do pracy diagnostów laboratoryjnych w województwie, np. atrakcyjne oferty pracy, zapewnienie mieszkania, stworzenie stypendiów dla części studentów, którzy zobowiążą się do pracy w zawodzie w województwie przez określony czas.
12.7.	Według sprawozdania MZ-88 województwo charakteryzowało się niskim wskaźnikiem zatrudnienia farmaceutów w kraju (wsk. pracujących na 100 tys. ludności 3,5 – 15 miejsce w kraju).	Wyzwaniem dla województwa jest wzrost zatrudnienia kadry farmaceutów w szpitalach.	Utworzenie i propagowanie systemu motywującego do pracy farmaceutów w szpitalach w województwie, np. atrakcyjne oferty pracy, zapewnienie mieszkania, stworzenie

Sprzęt medyczny				stypendiów dla części studentów, którzy zobowiążą się do pracy w zawodzie w województwie przez określony czas.
	12.8.	Na terenie województwa, w niektórych jednostkach występują braki techników elektroradiologii.	Wyzwaniem dla województwa jest poprawa dostępności do kadry techników elektroradiologii.	Utworzenie i propagowanie systemu motywującego do pracy w województwie, np. atrakcyjne oferty pracy, zapewnienie mieszkania, stworzenie stypendiów dla części studentów, którzy zobowiążą się do pracy w zawodzie w województwie przez określony czas.
	13.1.	Liczba akceleratorów wynosiła 5. 3 aparaty zlokalizowane są w m. Zielona Góra oraz 2 w m. Gorzów Wlkp. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu słubickiego (65 km) i żarskiego (61 km). Liczba akceleratorów/100 tys. ludności w województwie wynosi 0,49 przy śr. krajowej 0,44, co oznacza, że dostępność jest na poziomie średniej krajowej. Aktualnie średni wiek akceleratorów w województwie wynosi 3 lata, w tym: 5 lat w m. Zielona Góra oraz 1 rok w m. Gorzów Wlkp. - obecnie nie podlegają one wymianie ze względu na wiek. Według prognozy	Wiek znaczącej części sprzętów medycznych jest odpowiedni do tego, aby umożliwiać efektywną eksploatację, natomiast średnie wykorzystanie sprzętów pokazuje, że w większości powiatów posiadana infrastruktura ma bardzo duży potencjał do tego, aby wykonywać więcej badań niż dotychczas. Na terenie województwa odnotowano niższą niż średnio w kraju dostępność na 100 tys. ludności do następujących sprzętów: angiografów, ECMO,	Przede wszystkim należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego. W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki i średni priorytet do wymiany, a także, w uzasadnionych przypadkach, do zwiększenia liczby sprzętów medycznych, aby na terenie województwa

	<p>zapotrzebowania, w 2023 r. 1 aparat będzie wymagał wymiany.</p> <p>Liczba angiografów wynosiła 3. Aparaty rozmieszczone są po jednym w m. Zielona Góra oraz w powiatach nowosolskim i żarskim. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatów: gorzowskiego (106 km), strzelecko-drezdeneckiego (99 km), słubickiego (89 km), sulęcińskiego (83 km), międzyrzeckiego (82 km). Liczba angiografów/100 tys. ludności wynosi 0,3 przy śr. krajowej 0,97 – jest to najniższy wskaźnik w kraju. Aktualnie, średni, wiek angiografów w województwie wynosi 12 lat, w tym: 14 lat w m. Zielona Góra, 13 lat w powiecie nowosolskim oraz 8 lat w powiecie żarskim. 2 angiografy wymagają wymiany ze względu na wiek (powyżej 10 lat) – priorytet wysoki. Według prognozy zapotrzebowania - w 2023 r. wszystkie 3 aparaty będą wymagały wymiany. Średnia liczba wykonywanych procedur w powiatach waha się od 0 do ponad 3 tys. a w powiecie nowosolskim, gdzie wykonuje się najwięcej badań.</p> <p>W województwie w 2019 r. liczba aparatów do brachyterapii wynosiła 1. Aparat zlokalizowany jest w m. Zielona Góra. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatów: strzelecko-drezdeneckiego (118 km) i gorzowskiego</p>	<p>aparatów do brachyterapii, rezonansów magnetycznych, tomografów komputerowych, RTG, USG.</p> <p>Aktualnie wysoki priorytet do wymiany w województwie lubuskim dotyczy: 95% mammografów, 67% angiografów, 53% aparatów USG, 22% aparatów RTG, 17% gammakamer, 6% tomografów komputerowych. Natomiast w perspektywie do 2023 r., wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań osiągnie: 100% rezonansów magnetycznych, angiografów, mammografów, 76% aparatów USG, 66% gammakamer, 61% aparatów RTG, 50% tomografów komputerowych.</p> <p>Należy wspomnieć, że w latach 2020 – 2021 w związku ze zwalczaniem pandemii COVID-19 wiele szpitali zostało doposażonych w sprzęt, co również powinno być uwzględnione przy planowaniu nowych inwestycji w przyszłości.</p>	<p>lubuskiego osiągnąć dostępność na 100 tys. ludności co najmniej na poziomie średniej krajowej. Aktualnie dotyczy to:</p> <ul style="list-style-type: none"> – angiografu (gorsza dostępność w północnej części województwa), – aparatu do brachyterapii dla gorzowskiego szpitala. – rezonansu magnetycznego (gorsza dostępność w północnej części województwa), – RTG.
--	---	---	--

(106 km). Liczba aparatów do brachyterapii/100 tys. ludności wynosi 0,1 przy śr. krajowej 0,13, co oznacza, że dostępność jest nieco niższa niż średnia krajowa. Aktualny wiek aparatu do brachyterapii w województwie wynosi 4 lata i aktualnie nie podlega wymianie ze względu na wiek. Według prognozy zapotrzebowania, w 2023 r. aparat nie będzie jeszcze wymagał wymiany. Aparat był słabo eksploatowany – w 2019 r. wykonał tylko 140 procedur.

W województwie w 2019 r. żaden ze szpitali nie posiadał ECMO. W związku ze zwalczaniem pandemii COVID-19 dla pozyskano 3 ECMO.

Liczba gammakamer wynosiła 6. 4 aparaty zlokalizowane są w m. Gorzów Wlkp. oraz 2 w powiecie żarskim. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatów: wschowskiego (89 km), świebodzińskiego (71 km), nowosolskiego (71 km), zielonogórskiego (67 km). Liczba gammakamer/100 tys. ludności wynosi 0,59, przy śr. krajowej 0,40, co oznacza, że dostępność jest lepsza niż w kraju. Aktualnie średni wiek aparatów w województwie to 10 lat, w tym 16,5 lat w powiecie żarskim oraz 7 lat w m. Gorzów Wlkp. - jeden aparat wymaga wymiany ze względu na wiek (powyżej 10 lat) – priorytet wysoki. Według prognozy zapotrzebowania w 2023 r. - 4

gammakamery będą wymagały wymiany. W powiecie żarskim, gdzie sprzęt jest starszy wykonuje się średnio więcej procedur (1000 wykonanych procedur w 2019 r.), niż w Gorzowie Wielkopolskim (700 wykonanych procedur w 2019 r.), gdzie średnia wieku jest niższa.

Liczba mammografów wynosiła 20. 13 aparatów zlokalizowanych jest w m. Zielona Góra, 3 w m. Gorzów Wlkp. oraz po 2 w powiatach żarskim i nowosolskim. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu słubskiego (65 km). Liczba mammografów/100 tys. ludności wynosi 1,98 przy śr. krajowej 1,97, co oznacza, że dostępność jest na poziomie średniej krajowej. Średni, wiek aparatów w województwie to 13 lat, w tym – 16,5 lat w powiecie żarskim, 15,5 lat w powiecie nowosolskim, 13 lat w m. Zielona Góra oraz 10 lat w m. Gorzów Wlkp. Obecnie 19 aparatów wymaga wymiany ze względu na wiek (powyżej 10 lat) – priorytet wysoki. Według prognozy zapotrzebowania w 2023 r. wszystkie aparaty będą wymagały wymiany, tj. 100%.

W 2019 r. w ramach kontraktu z NFZ działał jeden PET w gorzowskim szpitalu. Ponadto wg sprawozdania MZ-11 w Gorzowie Wlkp. funkcjonuje komercyjnie dodatkowo jeszcze jeden PET (bez kontraktu z NFZ). Oba aparaty zlokalizowane są

w m. Gorzów Wlkp. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatów: żagańskiego (154 km), żarskiego (150 km) i nowosolskiego (132 km). Liczba zakontraktowanych przez NFZ PET/100 tys. ludności wynosi 0,1, przy śr. krajowej 0,08 – co oznacza dostępność na poziomie średniej krajowej. Aktualny wiek aparatu zakontraktowanego przez NFZ w województwie to 2 lata i obecnie nie wymaga on wymiany ze względu na wiek. Według prognozy zapotrzebowania, w 2023 r. aparat nie będzie jeszcze wymagał wymiany.

Liczba rezonansów wynosiła 7. 2 urządzenia zlokalizowane są w m. Gorzowie Wlkp., 3 w m. Zielona Góra oraz po 1 w powiecie żarskim oraz nowosolskim. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy pow. słubickiego (65 km). Liczba rezonansów/100 tys. ludności w województwie wynosi 0,69 przy śr. krajowej 1,05 - jest to najniższy wskaźnik w kraju. Aktualnie średni wiek urządzeń w województwie wynosi 7 lat. Obecnie rezonanse magnetyczne nie wymagają wymiany ze względu na wiek. Według prognozy zapotrzebowania, w 2023 r. wszystkie rezonanse magnetyczne będą wymagały wymiany. W 2020 r. zakupiono rezonans dla szpitala w Świebodzinie (który posiada w swojej strukturze oddział

neurologiczny). Niektóre szpitale nie dysponują skanerami do badania rezonansu magnetycznego w miejscu udzielania świadczeń i pacjenci muszą być transportowani do odległych o kilkadziesiąt kilometrów pracowni. Może to uniemożliwiać wykonanie tego badania u pacjentów w cięższym stanie, u których byłoby to możliwe, gdyby aparatura znajdowała się na miejscu.

Liczba RTG wynosiła 164. Wszystkie powiaty mają dostęp do RTG - 36 aparatów zlokalizowanych jest w m. Zielona Góra, 26 w m. Gorzów Wlkp., 20 w powiecie nowosolskim, 18 w żarskim, 10 w świebodzińskim, po 9 w słubickim i żagańskim, po 6 w gorzowskim i wschowskim, po 5 w strzelecko-drezdeneckim, krośnieńskim, międzyrzeckim i sulęcińskim, 4 w zielonogórskim. Liczba RTG/100 tys. ludności wynosi 16,21 przy śr. krajowej 22,30. Aktualny średni wiek urzędzeń w województwie to 10 lat, w tym najstarsze to: 15 lat w powiecie strzelecko-drezdeneckim, 14,5 lat w powiecie gorzowskim, 12 lat w powiecie międzyrzeckim, 11 lat w powiatach nowosolskim, wschowskim, słubickim i zielonogórskim, 10 lat w m. Gorzów Wlkp. oraz w powiecie żarskim. Aktualnie 36 (22%) aparatów RTG wymaga wymiany ze względu na wiek (powyżej 10 lat) – priorytet wysoki. Według prognozy zapotrzebowania, w 2023 r. 100 aparatów

	<p>RTG będzie wymagało wymiany, tj. 61%. Średnia liczba wykonywanych procedur waha się od 466 w powiecie wschowskim do 2 400 w powiecie sulęcińskim.</p> <p>Liczba tomografów komputerowych wynosiła 18. Wszystkie powiaty mają dostęp do tomografu komputerowego w niedalekiej lokalizacji, najdalej ma powiat krośnieński (48 km). Po 3 urządzenia zlokalizowane są w m. Zielona Góra, w m. Gorzów Wlkp. i w powiecie świebodzińskim, po 2 urządzenia w powiecie nowosolskim, żarskim i sulęcińskim, oraz po 1 w powiecie zielonogórskim, międzyrzeckim i słubickim. Liczba tomografów/100 tys. ludności w województwie wynosi 1,78 przy śr. krajowej 2,02, co oznacza dostępność niższą niż średnia w kraju. Aktualny średni wiek urządzeń w województwie wynosi 6 lat, w tym najstarsze urządzenia to: 8 lat w m. Gorzów Wlkp., m. Zielona Góra i w powiecie zielonogórskim. Najwięcej procedur wykonuje się w Gorzowie Wielkopolskim, średnio 7 tys. w 2019 r., a najmniej w pow. Zielonogórskim - 300 wykonanych procedur. Aktualnie jeden tomograf komputerowy wymaga wymiany ze względu na wiek (powyżej 10 lat) – priorytet wysoki. Według prognozy zapotrzebowania w 2023 r. 9 tomografów</p>		
--	---	--	--

	<p>komputerowych będzie wymagało wymiany, tj. 50%.</p> <p>Liczba aparatów USG wynosiła 364. 83 urządzenia zlokalizowane są w m. Zielona Góra, 77 w m. Gorzów Wlkp., 33 w powiecie żarskim, 28 w powiecie nowosolskim, 23 w powiatach świebodzińskim i krośnieńskim, 19 w powiecie międzyrzeckim, 17 w powiatach zielonogórskim i wschowskim, 13 w powiecie żagańskim, 11 w powiecie słubickim, 9 w powiecie gorzowskim, 7 w powiecie sulęcińskim, 4 w powiecie strzelecko-dreźnieckim. Liczba USG/100 tys. ludności w województwie wynosi 35,98 przy śr. krajowej 36,78. Aktualnie średni wiek urządzeń w województwie wynosi 9 lat, w tym najstarsze urządzenia to: 13 lat w powiecie sulęcińskim, 12 lat w powiecie żagańskim i międzyrzeckim, 11 lat w powiatach zielonogórskim i strzelecko-dreźnieckim, 10 lat w powiatach żarskim, słubickim i wschowskim. Najwięcej procedur wykonuje się w powiecie strzelecko-dreźnieckim – średnio prawie 1700 wykonanych procedur w 2019 r., a najmniej w pow. Żarskim 540 procedur. Aktualnie 53,3% aparatów USG kwalifikuje się do wymiany – priorytet wysoki i 4,7% -priorytet średni. Według prognozy zapotrzebowania, w 2023 r. 277 aparatów USG będzie wymagało wymiany, tj. 76%.</p>		
--	--	--	--

Państwowe Ratownictwo Medyczne	14.1.	Głównymi powodami wezwań ZRM są: złe samopoczucie, urazy/obrażenia, duszność, zasłabnięcie, ból w klatce piersiowej, zaburzenia psychiczne.	W SOR udzielane są świadczenia pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.	Należy odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, poprzez dążenie do poprawy dostępności do diagnostyki i świadczeń udzielanych w ramach POZ, AOS oraz Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej.
	14.2.	Według danych będących w dyspozycji Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego występują trudności w zapewnieniu pełnej obsady lekarskiej w ambulansach specjalistycznych w związku z ogólnym brakiem specjalistycznej kadry medycznej na rynku pracy i z wysokimi kosztami pozyskania lekarzy.	Istnieje konieczność urealnienia tej sytuacji dot. obsady ZRM.	Przekształcenie 8 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego (ZRM S) w podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (ZRM P) oraz uruchomienie dodatkowych ZRM pozyskanych z przekształcenia ZRM S, co wpłynie na możliwość płynnego zarządzania zespołami, powodując poprawę czasu dotarcia do pacjenta w miejscach trudno dostępnych.

Pozostałe obszary	14.3.	<p>Występują przekroczone czasy dotarcia w obszarze przygranicznym, peryferyjnym i miejscowościach wypoczynkowych, a także w Zielonej Górze, szczególnie w miesiącach letnich ze względu na duże natężenie ruchu.</p>	<p>Istnieje potrzeba skrócenia czasów dotarcia ZRM do pacjenta.</p> <p>W przypadku Nagłego Zatrzymania Krążenia, podjęcie RKO przez świadków zdarzenia znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.</p>	<p>Uruchomienie motoambulansu wspierającego specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego stacjonujący w Zielonej Górze oraz wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, przynajmniej w zakresie prowadzenia bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.</p>
	15.1.	<p>Występuje niższa niż w kraju dostępność do świadczeń specjalistycznych z zakresu periodontologii.</p> <p>Według stanu na luty 2020, wg przeciętnego czasu oczekiwania) w przypadkach pilnych, powyżej średniej krajowej obserwuje się w dostępności do poradni: protetyki stomatologicznej (lubuskie drugi najdłuższy czas oczekiwania w kraju - 123 dni, kraj - 105 dni, a w przypadkach stabilnych - do poradni chirurgii stomatologicznej (lubuskie - 98 dni, kraj - 92 dni).</p>	<p>Dostępność do specjalistycznych świadczeń stomatologicznych jest nierównomierna.</p>	<p>Zwiększenie liczby kontraktów z NFZ na świadczenia zdrowotne w periodontologii, zwłaszcza w południowej części województwa oraz protetyki stomatologicznej.</p>

Załącznik 5.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa łódzkiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	20,1% ogółu mieszkańców regionu stanowiły osoby w wieku, co najmniej 65 lat (wobec 18,1% dla Polski). Udział osób najmłodszych (do 14 roku życia) w populacji wyniósł 14,4% (w porównaniu z 15,3% dla Polski).	Województwo należy do najszybciej starzejących się regionów w Polsce, a prognozy demograficzne pokazują, że proces starzenia się społeczeństwa będzie się pogłębiał. Spowoduje to ogólny wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej dedykowane osobom starszym.	nie dotyczy
	1.2.	Województwo cechuje najwyższy w kraju współczynnik feminizacji (liczba kobiet przypadająca na 100 mężczyzn), który wyniósł 110 (wartość dla Polski: 107).	Przewaga kobiet w strukturze ludności jest efektem zjawiska nadumieralności mężczyzn obserwowanego niemal we wszystkich grupach wieku.	nie dotyczy
	1.3.	Województwo cechuje najniższe w kraju przeciętne dalsze trwanie życia; dla noworodków płci męskiej wynosiło ono 72,5 lat, dla noworodków płci żeńskiej 81 lat (przy wartościach dla Polski 74,1 lat i 81,8 lat odpowiednio).	Niekorzystna sytuacja w zakresie dalszego przeciętnego trwania życia jest ściśle skorelowana z niekorzystną sytuacją demograficzną i epidemiologiczną w regionie, ale również z czynnikami	nie dotyczy

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna			socjoekonomicznymi.	
	1.4.	W województwie odnotowano największą w skali kraju liczbę zgonów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców: 1 244,2 (wskaźnik dla Polski: 1 067,3).	<p>Na wysokie wskaźniki dotyczące zgonów wpływ ma szereg czynników m. in. uwarunkowania demograficzne i epidemiologiczne.</p> <p>W ogólnej liczbie zgonów mieszkańców 76% to zgony osób powyżej 65 roku życia, a region należy do najszybciej starzejących się w Polsce.</p> <p>Liczba zgonów powodowanych np. przez nowotwory, czy choroby układu krążenia jest wysoka i prognozuje się jej dalszy wzrost.</p>	nie dotyczy
	2.1.	<p>Najważniejszym problemem zdrowotnym w województwie jest choroba niedokrwienna serca. Zarówno wartość wskaźnika DALY, jak i liczba zgonów spowodowana tą chorobą znacznie przewyższały wartości dla pozostałych problemów zdrowotnych.</p> <p>Drugim problemem zdrowotnym w rankingu utraty DALY jest udar. Stanowi on także drugą najczęstszą przyczynę zgonów i do 2028 r. sytuacja ta nie ulegnie zmianie.</p>	Problemami zdrowotnymi przyczyniającymi się do największej utraty DALY są: choroba niedokrwienna serca oraz udar.	nie dotyczy
2.2.	Choroby nowotworowe stanowią istotny problem	Prognozowana tendencja wzrostowa w	nie dotyczy	

	<p>ze względu na powodowaną przez nie liczbę zgonów (28% całkowitej liczby zgonów). Wśród nich najwięcej zgonów w województwie było spowodowanych nowotworem złośliwym tchawicy, oskrzeli i płuc, nowotworem złośliwym jelita grubego i odbyticy oraz nowotworem sutka.</p> <p>Szacuje się, że liczby zgonów spowodowanych tymi chorobami wzrosną do 2028 r. odpowiednio o 11,08%, 8,7% i 2,64%.</p> <p>Szacuje się, że do 2028 r. liczba chorych na nowotwory na 100 tys. ludności wzrośnie o 13,33% (wzrost dla Polski 4,2%). W przypadku zapadalności przewiduje się wzrosty na poziomie ok. 2%.</p>	zakresie zachorowań na nowotwory spowoduje wzrost zapotrzebowania na świadczenia onkologiczne.	
2.3.	<p>Od 1990 r. wartość DALY dla choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych wzrosła o 42%. Podobną tendencję odnotowano dla pozostałych wskaźników - liczby zgonów, zapadalności oraz chorobowości.</p> <p>Prognozuje się wzrost liczby zgonów z powodu chorób układu nerwowego o 15,64% w 2028 r. w porównaniu do 2019 r., w tym szczególnie na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne (o 18,3%).</p>	Przewiduje się wzrost znaczenia chorób układu nerwowego w tym choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych w województwie.	nie dotyczy
2.4.	W ostatnich dwudziestu latach w przypadku cukrzycy wskaźnik YLD wzrósł prawie dwa razy.	Cukrzyca jest istotnym problemem zdrowotnym w kontekście wpływu na	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		<p>Ponadto, rozpatrując wartości wskaźnika DALY, cukrzyca była piątym najważniejszym problemem zdrowotnym w województwie, przy czym odnotowana wartość była o 8% większa od wartości przeciętnej dla Polski.</p> <p>Prognozuje się, że do 2028 r. chorobowość wzrośnie o 21% i będzie to najwyższy przyrost spośród wszystkich problemów zdrowotnych.</p>	<p>niesprawność. Choroba ta, przyczynia się także do większej utraty DALY niż średnio w Polsce. Co więcej, prognozowany jest wysoki przyrost w zakresie chorobowości w najbliższych latach.</p>	
	2.6.	<p>Porównując wartości wskaźnika DALY dla najważniejszych problemów zdrowotnych zaobserwowano, że województwo wypada najgorzej pod względem marskości wątroby i innych przewlekłych chorób wątroby, samookaleczeń, udarów, urazów w zdarzeniach drogowych oraz zaburzeń związanych z piciem alkoholu.</p>	<p>Problemy zdrowotne związane z bezpośrednio lub pośrednio z nadużywaniem alkoholu lub innymi zachowaniami ryzykownymi są w województwie łódzkim wyraźniej zaznaczone w porównaniu do innych regionów.</p>	nie dotyczy
	3.1.	<p>W województwie czynniki ryzyka mają bardzo istotny, w porównaniu z resztą kraju, wpływ na DALY oraz zgon. Uwzględniając wszystkie czynniki ryzyka (behawioralne, metaboliczne i środowiskowe/zawodowe), region zajmował pierwsze miejsce w rankingu województw, jeżeli chodzi o wskaźnik DALY/100 tys. ludności (20,1 tys. vs. 17,0 tys. dla Polski, odchylenie 18,41% od średniej wartości dla kraju). Podobnie było w przypadku współczynnika zgonów/100 tys. ludności</p>	<p>Przedstawione dane pokazują w jak dużym stopniu czynniki ryzyka wpływają na utratę lat przeżytych w zdrowiu oraz na prawdopodobieństwo zgonu mieszkańców województwa.</p>	<p>Niezbędna jest poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia oraz ograniczenie negatywnego wpływu czynników ryzyka na DALY i zgony poprzez intensyfikację działań edukacyjnych (kampanie informacyjne, promowanie udziału w programach</p>

	(820,1 vs. 690,1 dla Polski, odchylenie 18,84% od średniej wartości dla kraju).		profilaktycznych, włączenie mediów), zwiększenie dostępności do programów profilaktycznych oraz zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców regionu.
3.2.	Województwo miało najwyższy w skali kraju udział czynników behawioralnych zarówno w DALY/100 tys. ludności (14 tys. vs. 11,8 tys. dla Polski, odchylenie 19,05%), jak i w zgonach/100 tys. ludności (545,7 vs. 460,3 dla Polski, odchylenie 18,55%).	Behawioralne czynniki ryzyka, takie jak: palenie tytoniu, spożywanie nadmiernych ilości alkoholu, niewłaściwy sposób odżywiania, czy brak aktywności fizycznej należą do czynników modyfikowalnych, a więc takich, których nasilenie można zmieniać dzięki podejmowanym interwencjom (zmianie stylu życia lub odpowiedniemu leczeniu).	Skoncentrowanie działań profilaktycznych na przeciwdziałaniu behawioralnym czynnikom ryzyka poprzez intensyfikację działań edukacyjnych (kampanie informacyjne, promowanie udziału w programach profilaktycznych, włączenie mediów), zwiększenie dostępności do programów profilaktycznych oraz zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców regionu.
3.3.	W województwie za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu, dla kobiet i mężczyzn łącznie, odpowiadały takie czynniki ryzyka, jak: tytoń, wysokie ciśnienie krwi, wysoki BMI, wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo, ryzyka żywieniowe oraz spożywanie alkoholu.	Połowa z czynników odpowiadających za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu, to czynniki behawioralne, a druga połowa - czynniki metaboliczne, ale również bardzo skorelowane ze stylem życia,	Skoncentrowanie działań profilaktycznych na przeciwdziałaniu czynnikom ryzyka, które odpowiadają za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz mają

		przede wszystkim z nawykami żywieniowymi i poziomem aktywności fizycznej. Są to czynniki modyfikowalne dzięki podejmowanym interwencjom (zmianie stylu życia lub odpowiedniemu leczeniu).	znacznym udziałem w zgonach: palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysoki BMI, wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo, ryzyka żywieniowe, spożywanie alkoholu (szczególnie u mężczyzn). Profilaktyka powinna dotyczyć również takich obszarów, jak: aktywność fizyczna, czy radzenie sobie ze stresem.
3.4.	Tytoń miał ponad 2-krotnie większy wpływ na utratę DALY u mężczyzn, niż u kobiet. Jeżeli chodzi o spożywanie alkoholu, to w przypadku mężczyzn wpływ tego czynnika na utratę DALY był ponad 8-krotnie większy niż u kobiet (alkohol znajdował się na drugim miejscu wśród czynników ryzyka mających największy wpływ na DALY u mężczyzn, u kobiet było to miejsce 9.; tytoń u obu płci znajdował się na miejscu pierwszym).	W województwie, podobnie jak w całym kraju, zaznacza się wyraźnie problem nadużywania tytoniu oraz alkoholu przez mężczyzn.	Intensyfikacja działań profilaktycznych dotyczących palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu (akcje edukacyjne, programy profilaktyczne).
3.5.	Na zgony, w przypadku obu płci najistotniej wpływały takie czynniki ryzyka, jak: wysokie ciśnienie krwi, tytoń, ryzyka żywieniowe, wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo oraz wysoki BMI U mężczyzn najistotniejszym czynnikiem ryzyka	Czynniki ryzyka, które w istotnym stopniu mają wpływ na zgony są modyfikowalne poprzez wprowadzenie zmian w stylu życia (prawidłowe żywienie, zwiększenie aktywności fizycznej, utrzymywanie prawidłowej	Skoncentrowanie działań profilaktycznych na przeciwdziałaniu czynnikom ryzyka, które mają największy wpływ na zgony. Promowanie zdrowego stylu życia.

	<p>wpływającym na zgony był tytoń (ponad 2x większy wpływ niż u kobiet, u których ten czynnik ryzyka znajdował się dopiero na 5. miejscu, jeżeli chodzi o wpływ na zgony).</p> <p>U kobiet na pierwszym miejscu wśród czynników ryzyka mających największy wpływ na zgony znalazło się wysokie ciśnienie krwi (w tym przypadku wpływ był zbliżony u obu płci, u mężczyzn czynnik ten zajmował 2. miejsce, po tytoniu).</p>	<p>masy ciała, unikanie używek).</p>	
3.6.	<p>Województwo było liderem w przypadku wpływu na DALY takich czynników ryzyka, jak: tytoń (odchylenie od wartości dla PL: 17,5%), wysokie ciśnienie krwi (odchylenie od wartości dla PL: 21%), spożywanie alkoholu (odchylenie od wartości dla PL: 32,2%), nieprawidłowa temperatura otoczenia (odchylenie od wartości dla PL: 26,9%), inne zagrożenia środowiskowe (odchylenie od wartości dla PL: 22,9%), maltretowanie dzieci (odchylenie od wartości dla PL: 30,6%), zanieczyszczona woda, niska higiena i brak mycia rąk (odchylenie od wartości dla PL: 28,2%).</p>	<p>Mieszkańcy województwa tracili więcej lat życia w zdrowiu z powodu wymienionych czynników ryzyka, w porównaniu z mieszkańcami innych regionów.</p>	<p>Skoncentrowanie działań profilaktycznych na przeciwdziałaniu czynnikom ryzyka, które mają największy wpływ na DALY.</p>
3.7.	<p>W latach 1990-2019 zmniejszył się wpływ tytoniu na utratę DALY i zgony (o 23,2% oraz 18,7%, odpowiednio), przy czym u mężczyzn tendencja spadkowa była znacznie wyraźniejsza niż u kobiet</p>	<p>Zmniejszanie wpływu tytoniu na utratę DALY i zgony w populacji województwa łódzkiego na przestrzeni ostatnich dwóch dekad jest zjawiskiem</p>	<p>Intensyfikacja działań dotyczących przeciwdziałania paleniu tytoniu, uzależnieniu od alkoholu i uzależnieniu od</p>

	<p>(3x większy spadek wpływu tytoniu na DALY u mężczyzn niż u kobiet, 5x większy spadek wpływu tytoniu na zgony).</p> <p>W odniesieniu do pozostałych uzależnień obserwuje się tendencję wzrostową, jeżeli chodzi o ich wpływ na utratę DALY i zgony: spożywanie alkoholu (wzrost o 36,5% oraz 47,9%, odpowiednio), używanie narkotyków (wzrost o 48,5% oraz 71,4%, odpowiednio).</p>	<p>pozytywnym, ale należy mieć na uwadze, że w dalszym ciągu w regionie traci się najwięcej DALY z powodu palenia tytoniu. U mężczyzn czynnik ten jest również wiodący, jeżeli chodzi o wpływ na zgony.</p> <p>Tendencja wzrostowa, jeżeli chodzi o wpływ spożywania alkoholu oraz narkotyków na utratę DALY i zgony świadczy o wzroście używania tych substancji.</p>	<p>narkotyków (akcje edukacyjne, programy profilaktyczne).</p>
3.8.	<p>Najwięcej programów profilaktycznych (100 działań) dotyczyło profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych - średnio działaniami z tego zakresu objęto około 18 tys. Osób. Z zakresu palenia tytoniu sprawozdano tylko jedno działanie. Nie jest to wynik zadowalający, zważywszy na fakt, że w województwie traci się najwięcej DALY z powodu palenia tytoniu, a w województwach, w których wpływ tytoniu na utratę DALY jest zdecydowanie niższy przeprowadzono więcej działań.</p>	<p>Dostępność do programów profilaktycznych jest niewystarczająca. Oferta programów powinna obejmować obszary związane z czynnikami ryzyka, które odpowiadają za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz mają znaczny udział w zgonach, a także zakresy profilaktyki dotyczące chorób istotnych pod względem epidemiologicznym.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do programów profilaktycznych, w szczególności odnoszących się do takich obszarów, jak: palenie tytoniu, problemy alkoholowe, używanie narkotyków i substancji psychoaktywnych, promocja zdrowego stylu życia oraz aktywności fizycznej, choroby nowotworowe, choroby układu sercowo-naczyniowego oraz zaburzenia psychiczne.</p>
3.9.	<p>Badaniom przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy poddało się jedynie 14,7% rocznej populacji do przebadania (średnia dla Polski - 17,3%). Pod</p>	<p>Regularne badania cytologiczne pozwalają wykryć zmiany przedrakowe i raka we wczesnym – uleczalnym –</p>	<p>Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe</p>

	<p>względem zgłaszalności na badania cytologiczne region zajmował 13. miejsce w kraju. Udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania w województwie z roku na rok maleje.</p> <p>Należy podkreślić fakt, że województwo negatywnie wypada na tle kraju, jeżeli chodzi o zapadalność na nowotwór złośliwy szyjki macicy w przeliczeniu na 100 tys. kobiet (19,5 vs. 16,4 dla Polski), jak również liczbę zgonów na 100 tys. kobiet (12,7 vs. 10,7 dla Polski).</p>	<p>stadium choroby.</p> <p>Zgłaszalność na cytologię jest bardzo niska (z badań korzysta 1/7 populacji kobiet uprawnionych), co przekłada się na złe wskaźniki w zakresie zapadalności i śmiertelności.</p>	<p>w kierunku raka szyjki macicy, w tym: prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnych promujących program na terenach o najniższej zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne, udział lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ w akcjach informacyjnych, produkcja i dystrybucja materiałów informacyjnych o programach profilaktycznych.</p>
3.10.	<p>Badaniom przesiewowym w kierunku nowotworu złośliwego sutka poddało się 70,7% rocznej populacji do przebadania (średnia dla Polski - 63,9%). Pod względem zgłaszalności na badania mammograficzne region zajmował 5. miejsce w kraju. Udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania wzrósł w porównaniu z rokiem poprzednim o 8,1%.</p> <p>Za koniecznością dalszej poprawy zgłaszalności na badania mammograficzne przemawia jednak fakt, że zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w przeliczeniu na 100 tys. kobiet jest wyższa niż średnia dla kraju (111,8 vs. 93,5 dla Polski), podobnie jak liczba zgonów na 100 tys. kobiet (43,8 vs. 37,8 dla Polski).</p>	<p>Pomimo, że zgłaszalność na mammografie jest lepsza niż średnia dla Polski, to z uwagi na to, że region w dalszym ciągu prowadzi w krajowych statystykach zapadalności i śmiertelności z tej przyczyny należy dążyć do dalszej poprawy wskaźników zgłaszalności na badania mammograficzne.</p>	<p>Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania w kierunku nowotworu złośliwego sutka, w tym: prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnych promujących program na terenach o najniższej zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne, udział lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ w akcjach informacyjnych, produkcja i dystrybucja materiałów informacyjnych o programach profilaktycznych.</p>

Podstawowa opieka zdrowotna	3.11.	<p>Analizując strukturę problemów zdrowotnych wg wskaźnika DALY można zauważyć, że wśród nowotworów u mężczyzn nowotwory jelita grubego i odbyticy zajmują drugie miejsce, a wśród kobiet trzecie.</p> <p>W regionie z powodu tego nowotworu zmarły 1 333 osoby (2. miejsce po nowotworach tchawicy, oskrzeli i płuc).</p>	<p>Nowotwór jelita grubego jest istotnym problemem zdrowotnym w regionie. Kluczową rolę w profilaktyce raka jelita grubego są badania przesiewowe, które pozwalają na wykrycie choroby we wczesnym, wyleczalnym stadium.</p> <p>Problemem jest niska zgłaszalność na badania kolonoskopowe.</p>	<p>Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania w kierunku nowotworu złośliwego jelita grubego, w tym: prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnych promujących program na terenach o najniższej zgłaszalności na badania kolonoskopowe, udział lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ w akcjach informacyjnych, produkcja i dystrybucja materiałów informacyjnych o programach profilaktycznych.</p>
	4.1.	<p>Podstawowa opieka zdrowotna zabezpieczona była w każdym powiecie (ale już nie w każdej gminie - rozmieszczenie POZ wynika przede wszystkim z chęci podmiotów do podpisania umowy na świadczenia z ww. zakresu; postępowanie o zawarcie umów w ww. zakresie jest cały czas otwarte). Stosunek procentowy liczby zapisanych pacjentów do liczby mieszkańców był najniższy w powiatach: skierniewickim i piotrkowskim (61% i 66%), ale można to wytłumaczyć faktem, że są to powiaty tzw. „obwarzankowe” dla miast na prawach</p>	<p>Dostępność do świadczeń zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej w województwie jest na dobrym poziomie.</p>	<p>Utrzymanie dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej w województwie na dotychczasowym poziomie.</p>

Ambulatoryjna opieka spec.		powiatu: Skierniewic i Piotrkowa Trybunalskiego, w których procent pacjentów na listach aktywnych w stosunku do liczby mieszkańców wyniósł odpowiednio 123%i 118%. Mieszkańcy województwa, niezależnie od grupy wieku, w większym stopniu niż populacja Polski ogółem, korzystali z usług POZ.		
	4.2.	Średnia liczba wizyt w POZ wyniosła 6,12 (5. miejsce w kraju, powyżej średniej dla Polski: 5,89). W każdej grupie powyżej 6 r. ż., wśród korzystających z usług POZ przeważały kobiety.	Mężczyźni rzadziej niż kobiety korzystają z POZ. Ponadto ich oczekiwana długość życia w zdrowiu bądź przeciętne dalsze trwanie życia są niższe niż dla kobiet	Należy wzmocnić działania nakierowane na edukację zdrowotną mężczyzn oraz działania zachęcające do korzystania z POZ.
	4.3.	Województwo miało najwyższy wskaźnik w kraju, jeżeli chodzi o liczbę lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej na 100 tys. ludności (114,3), ale już w przypadku pielęgniarek zajmowało 14. pozycję w Polsce (94,1/100 tys. ludności). Dostępność położnych była wysoka (22,4/100 tys. ludności; 2. miejsce w kraju).	Sytuacja kadrowa w POZ w województwie łódzkim jest dobra, jeżeli chodzi o lekarzy POZ i położne POZ, ale w przypadku pielęgniarek POZ należałoby podjąć pilne działania w celu zwiększenia liczby pielęgniarek zatrudnionych w POZ.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie liczby pielęgniarek zatrudnionych w POZ. Utrzymanie dobrej sytuacji w zakresie liczby lekarzy POZ oraz liczby położnych.
	5.1.	Pod względem liczby poradni przypadających na 10 tys. mieszkańców, województwo szczególnie niekorzystnie wypada na tle kraju, jeżeli chodzi o następujące poradnie: hematologiczna - (0,00) najgorsza sytuacja w Polsce,	W porównaniu do reszty kraju, województwo wypada niekorzystnie jeżeli chodzi o dostępność do poradni: hematologicznej, reumatologicznej, kardiologicznej, leczenia bólu, audiologicznej, endokrynologicznej oraz	Zwiększenie dostępności do poradni: hematologicznej, reumatologicznej, kardiologicznej, leczenia bólu, audiologicznej, foniatrycznej, endokrynologicznej oraz

	<p>reumatologiczną - (0,11) - 15. miejsce w kraju, kardiologiczną - (0,26) - 12. pozycja w kraju, audiologiczną - (0,02) - 13. miejsce w kraju, endokrynologiczną - (0,15) - 11. pozycja w kraju, foniatryczna - 0,03 poradni 10 tys. mieszkańców - 11. pozycja w kraju.</p> <p>Pod względem liczby porad na tys. mieszkańców najgorzej wygląda dostępność do następujących poradni:</p> <p>poradnia leczenia bólu - (3,82) - 13. miejsce w Polsce, kardiologicznej dla dzieci - (5,33) - 13. pozycja w kraju, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci - (5,74) - 10 miejsce w Polsce.</p>	<p>kardiologicznej dla dzieci, chirurgii urazowo- ortopedycznej dla dzieci.</p>	<p>kardiologicznej dla dzieci, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci.</p>
5.2.	<p>Biorąc pod uwagę różnice w rozmieszczeniu terytorialnym poradni na obszarze województwa, nierówności w dostępie do świadczeń występują w odniesieniu do następujących poradni:</p> <p>neurologicznej - pod względem liczby poradni na 10 tys. mieszkańców najmniejsza dostępność jest w powiecie tomaszowskim, pajęczańskim, zduńskowolskim, łęczyckim i rawskim, chirurgii naczyniowej - liczba poradni na 10 tys.</p>	<p>Pod względem rozmieszczenia poradni AOS na 10 tys. mieszkańców niekorzystnie wyróżnia się południowa i wschodnia część regionu.</p>	<p>Należy zwiększyć dostępność do poradni:</p> <p>Neurologiczne j- w powiatach powiecie tomaszowskim, pajęczańskim, zduńskowolskim, łęczyckim i rawskim, w których występuje najmniejsza dostępność, chirurgii naczyniowej, chirurgii</p>

	<p>mieszkańców 0,02 (6. pozycja w kraju). poradnie chorób naczyń - liczba poradni na 10 tys. mieszkańców 0,02 (7. pozycja w kraju), W południowej i wschodniej części województwa nie ma ani jednej poradni o profilu chirurgii naczyniowej lub chorób naczyń, chirurgii ogólnej dla dorosłych - pod względem udzielonych porad na 1 tys. ludności (142,25) – 15. miejsce w kraju. Najgorsza dostępność występuje w południo-wschodniej części województwa łódzkiego, geriatrycznych - tylko 7 poradni w województwie (3 w Łodzi, po jednej w powiecie łowickim, łódzkim wschodnim, sieradzkim i m. Skierniewice). Liczba poradni na 10 tys. ludności 0,03 (3. miejsce ex equo z 6 innymi województwami); liczba porad na tys. mieszkańców 1,68 (7. miejsce).</p>		<p>ogólnej dla dorosłych – w południowej i wschodniej części województwa, geriatrycznych- w południowej części województwa.</p>
5.3.	<p>Biorąc pod uwagę liczbę poradni na 10 tys. mieszkańców, rozmieszczenie terytorialne oraz liczbę porad na tys. mieszkańców występuje dobra dostępność do poradni: dermatologicznych, okulistycznych, otorynolaryngologicznych.</p>	<p>Zabezpieczenie świadczeń w poradniach dermatologicznych, okulistycznych i otorynolaryngologicznych w regionie jest optymalne.</p>	<p>Utrzymanie dostępności na dotychczasowym poziomie do poradni: dermatologicznych, okulistycznych, otolaryngologicznych.</p>
5.4.	<p>Biorąc pod uwagę liczbę poradni na 10 tys. mieszkańców oraz liczbę porad na tys. mieszkańców, w województwie jest lepsza</p>	<p>Zabezpieczenie świadczeń w wymienionych poradniach w regionie jest dobre.</p>	<p>Utrzymanie dostępności do wymienionych poradni, co najmniej na dotychczasowym</p>

	<p>dostępność w porównaniu z innymi województwami, jeśli chodzi o poradnie: chirurgii szczękowo-twarzowej, chirurgii klatki piersiowej, kardiologiczne, otorynolaryngologiczne dla dzieci, endokrynologiczne dla dzieci, okulistyczne dla dzieci, urologiczne dla dzieci, diabetologiczne.</p>		poziomie.
5.5.	<p>Lepsza dostępność w porównaniu z innymi województwami pod względem liczby poradni na 10 tys. mieszkańców oraz liczby porad na 1 tys. mieszkańców występuje również w przypadku poradni: neurochirurgicznych, gastroenterologicznych, gastroenterologicznych dla dzieci, audiologicznych dla dzieci i neurologicznych dla dzieci, co nie oznacza jednak dobrej dostępności ogółem, ponieważ długi jest przeciętny czas oczekiwania na wizytę w tych poradniach.</p> <p>neurochirurgiczna - 148 dni w przypadkach pilnych,</p> <p>gastroenterologiczna - 70 dni w przypadkach pilnych,</p> <p>gastroenterologiczna dla dzieci - 100 dni w przypadkach stabilnych,</p> <p>neurologiczne dla dzieci - 73 dni w przypadkach</p>	<p>Pomimo lepszej dostępności do wymienionych poradni na tle innych województw, długi czas oczekiwania na wizytę sprawia, że zabezpieczenie świadczeń nie jest wystarczające.</p>	<p>Poprawa dostępności do poradni neurochirurgicznych, gastroenterologicznych, gastroenterologicznych dla dzieci, audiologicznych dla dzieci i neurologicznych dla dzieci.</p>

	<p>stabilnych,</p> <p>audiologiczne dla dzieci - 64 dni w przypadkach stabilnych.</p>		
5.6.	<p>W lutym 2020 r. kolejki o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania dla przypadków stabilnych występowały w następujących poradniach:</p> <p>poradni endokrynologicznej osteoporozy - 336,11 dni,</p> <p>poradni domowego leczenia tlenem - 291,28 dni,</p> <p>poradni endokrynologicznej - 272,78 dni,</p> <p>Na kolejnych pozycjach znalazły się poradnie: chirurgii naczyniowej, reumatologiczna dla dzieci, szczepień dla dzieci z grupy wysokiego ryzyka, neurochirurgiczna oraz hematologiczna.</p>	<p>Najdłuższy przeciętny czas oczekiwania dla przypadków stabilnych występował w porani: endokrynologicznej osteoporozy, domowego leczenia tlenem oraz endokrynologicznej.</p>	<p>Konieczna jest poprawa dostępności do poradni specjalistycznych, charakteryzujących się najdłuższym przeciętnym czasem oczekiwania.</p>
5.7.	<p>Wartość zakontraktowanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zmalała o 24,6% w stosunku do 2017 r. Nadal nakłady na ten rodzaj opieki są niewystarczające (koszty realizacji świadczeń zdrowotnych przekroczyły wartość zakontraktowanych świadczeń o 22,0%). Województwo łódzkie zajmowało szóstą pozycję w kraju, jeżeli chodzi o najniższe nakłady na świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka</p>	<p>Nakłady finansowe na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są niewystarczające.</p>	<p>Konieczne jest zwiększenie nakładów finansowych na świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.</p>

		specjalistyczna ¹ .		
Leczenie szpitalne	5.8.	W chwili obecnej na terenie województwa brak jest poradni leczenia zespołu stopy cukrzycowej z możliwością konsultacji diabetologa, chirurga naczyniowego i ortopedy ² .	Pacjenci hospitalizowani z powodu zespołu stopy cukrzycowej nie mają możliwości kontynuacji leczenia ambulatoryjnie.	Istnieje potrzeba utworzenia poradni leczenia zespołu stopy cukrzycowej na terenie województwa.
	6.1.	Choroby układu krążenia odpowiadały za 27,6% hospitalizacji, nowotwory za 18,3%, a choroby układu moczowo-płciowego za 15,4%.	Najczęstszą przyczyną pobytu w szpitalu wśród mieszkańców były choroby układu krążenia, nowotwory oraz choroby układu moczowo-płciowego.	Zapadalność na choroby układu krążenia i na nowotwory będzie w kolejnych latach wykazywała tendencję wzrostową, co zwiększy także zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne.
	6.2.	Najmniejsza dostępność świadczeń w leczeniu szpitalnym wyrażona średnim czasem oczekiwania (długością kolejki) w lutym 2020 r. dla przypadków stabilnych województwa łódzkiego występowała na oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej – 784,9 dni (Polska 548,5 dni), neurochirurgicznych – 222,4 dni (Polska 319,3 dni), otorynolaryngologicznych dla dzieci – 176,7 dni	Bardzo długie kolejki do oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgicznych oraz otorynolaryngologicznych dla dzieci.	Poprawa dostępności do oddziałów, w których występują kolejki o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania.

¹ Źródło: Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r. <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/uchwały-rady-nfz/uchwała-nr-42020iv,6534.html>

² Rekomendacja zgłoszona przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Diabetologii dla województwa łódzkiego, przygotowana na potrzeby opracowania regionalnych rekomendacji do Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.

	(Polska 211,1 dni).		
6.3.	<p>Wg danych z lutego 2020 r. najdłuższe kolejki występowały do następujących zabiegów (przypadki stabilne):</p> <p>endoprotezoplastyka stawu kolanowego - 866.8 dni (Polska 1022.6 dni),</p> <p>endoprotezoplastyka stawu biodrowego – 656,1 dni (Polska 924 dni),</p> <p>zabiegów w zakresie soczewki (zaćma) – 485,1 dni (Polska 483,7 dni).</p> <p>Średni czas oczekiwania na zabieg w tym okresie wyniósł 118,4 dni, podczas gdy w skali całej Polski było to 137,1 dni).</p>	<p>Pomimo, że średni czas oczekiwania na zabiegi w województwie jest krótszy niż średnia dla Polski, w dalszym ciągu kolejki są zbyt długie.</p> <p>Bardzo długie kolejki do części zabiegów mają negatywny wpływ na efektywność leczenia.</p>	<p>Skrócenie kolejek do zabiegów o najdłuższym czasie oczekiwania, poprzez zwiększenie dostępności do świadczeń.</p>
6.4.	<p>Najwyższy procent wykorzystania łóżek (powyżej 85%) odnotowano na oddziałach:</p> <p>rehabilitacji pulmonologicznej (115,8%),</p> <p>diabetologii dziecięcej (95,6%),</p> <p>rehabilitację psychiatryczną (95,1%),</p> <p>rehabilitacja kardiologiczna(92,0%),</p> <p>gruźlicy i chorób płuc (91,4%),</p> <p>diabetologii (90,8%),</p> <p>nefrologiczny dziecięcy (90,5%),</p>	<p>Wysoki stopień wykorzystania łóżek w wymienionych oddziałach może świadczyć o ich zbyt małej dostępności.</p>	<p>Poprawa dostępności do świadczeń w oddziałach o najwyższym wskaźniku wykorzystania łóżek szpitalnych, poprzez dostosowanie liczby łóżek do rzeczywistych potrzeb.</p>

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		chemioterapii (88,2%), medycyny paliatywnej (87,4%), nefrologiczny (87,3%), psychiatryczne (86,6%), neurologii dziecięcej (85,5%).		
	6.5.	W województwie jest tylko 1 ośrodek udzielający świadczeń w trybie stacjonarnym z zakresu rehabilitacji oddechowej i czas oczekiwania na świadczenie wynosi ponad 6 miesięcy ³ .	W województwie jest ograniczona dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji oddechowej.	Konieczna jest poprawa dostępności do rehabilitacji oddechowej w województwie oraz skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie na oddział.
	7.1.	Mieszkańcy województwa częściej niż mieszkańcy Polski ogółem byli diagnozowani i leczeni z powodu: zaburzeń lękowych (1 842,5 vs. 1 680,1), zaburzeń organicznych (1 033,7 vs. 806,9), zaburzeń nastroju (982,2 vs. 972,8), uzależnień (916,6 vs. 841,4), schizofrenii (568,5 vs. 520,2), niepełnosprawności intelektualnej (203,0 vs. 195,3), zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych (150,1 vs. 128,7). Według wariantu demograficznego	W populacji województwa zaburzenia psychiczne występują częściej niż w populacji Polski. Przewidywany wzrost zapadalności w zakresie zaburzeń organicznych wymaga podjęcia odpowiednich działań zapobiegawczych.	Realizacja działań z zakresu profilaktyki problemów zdrowia psychicznego, aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb. Istotne jest także intensyfikacja

³ Wniosek zgłoszony przez Konsultanta Wojewódzkiego z dziedziny Chorób Płuc dla woj. łódzkiego, przygotowany na potrzeby opracowania regionalnych rekomendacji do Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.

	<p>„zindywidualizowanego”, w latach 2020-2029 przewidywany jest wzrost zapadalności jedynie w zakresie zaburzeń organicznych (o ponad 3%), co ma niewątpliwie związek z nasilającym się zjawiskiem starzenia się społeczeństwa.</p>		<p>działań informacyjno-edukacyjnych oraz promocyjnych z zakresu zdrowia psychicznego oraz zwiększenie kompetencji zdrowotnych populacji, przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi, a także zwiększenie integracji społecznej z chorymi psychicznie.</p>
7.2.	<p>Rozmieszczenie form opieki psychiatrycznej dla dorosłych w regionie przedstawia się następująco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 77 poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych, rozłożonych równomiernie na terenie całego województwa (w każdym powiecie jest co najmniej jedna poradnia, w mieście Łodzi - 29), • 17 poradni psychologicznych, w tym: 11 w mieście Łodzi, 3 w powiecie pabianickim oraz po jednej w powiatach: sieradzkim, tomaszowskim i wieluńskim, • 25 oddziałów szpitalnych ogólnopsychiatrycznych, w tym: 10 w mieście Łodzi, 6 w powiecie sieradzkim, 4 w powiecie bełchatowskim, 2 w powiecie zgierskim oraz po jednym w powiatach: 	<p>W województwie występuje dość dobra dostępność do poradni zdrowia psychicznego, ale większość mieszkańców województwa pozbawiona jest możliwości korzystania z pozostałych form leczenia blisko miejsca zamieszkania. W najgorszej sytuacji są mieszkańcy północnej oraz południowo-zachodniej części województwa, gdzie brakuje oddziałów dziennych i ZLS.</p> <p>Liczba oddziałów szpitalnych ogólnopsychiatrycznych jest niewystarczająca i są one rozmieszczone nierównomiernie w regionie.</p>	<p>W odniesieniu do bazy lecznictwa dla dorosłych rekomenduje się: zwiększenie liczby miejsc w oddziałach dziennych dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, rozwijanie bazy systemu opieki psychogeriatrycznej, tworzenie oddziałów psychiatrycznych na bazie szpitali ogólnych w miejscach tzw. "białych plam"(północna oraz południowo-zachodnia część województwa), gdzie występuje najgorsza dostępność do leczenia psychiatrycznego lub jako integralnych składników</p>

		<p>łódzkim-wschodnim, pabianickim i tomaszowskim,</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 oddziały psychogeriatryczne w mieście Łodzi, • 13 zespołów leczenia środowiskowego zlokalizowanych w mieście Łodzi oraz powiatach: pabianickim, bełchatowskim, radomszczańskim, sieradzkim i łódzkim-wschodnim, • 9 oddziałów dziennych rozlokowanych podobnie jak ZLŚ. 		<p>środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego.</p> <p>Konieczny jest rozwój i tworzenie sieci hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób leczących się oraz poprawa dostępności poprzez zwiększenie liczby zespołów leczenia środowiskowego w szczególności w północnej/północno-wschodniej oraz południowo-zachodniej części województwa.</p>
	7.3.	<p>Spośród leczonych w województwie łódzkim na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych, największą liczbę osobodni generują pacjenci z następującymi rozpoznaniem: schizofrenią (33,9%), zaburzeniami organicznymi (24,4%) oraz zaburzeniami nastroju (16,8%).</p>	<p>Największą liczbę osobodni generują pacjenci z konkretnymi schorzeniami tj.: ze schizofrenią, zaburzeniami organicznymi oraz zaburzeniami nastroju.</p>	<p>Wskazane jest zróżnicowanie oferty terapeutycznej poprzez stworzenie oddziałów/ośrodków sprofilowanych na leczenie konkretnych zaburzeń (leczenie nerwic, schizofrenii, zaburzeń organicznych, leczniczo-rehabilitacyjnych itd.), w szczególności na bazie oddziałów funkcjonujących w dużych szpitalach psychiatrycznych.</p>

7.4.	Przeciętny czas oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych wynosi nieco ponad miesiąc w lutym 2020 r. ⁴	Dostępność do poradni zdrowia psychicznego w woj. łódzkim jest dobra (są zlokalizowane we wszystkich powiatach).	Należy dążyć do utrzymania na obecnym poziomie bazy poradni zdrowia psychicznego w województwie łódzkim.
7.5.	W ramach programu pilotażowego Ministerstwa Zdrowia działają trzy Centra Zdrowia Psychicznego (dla dzielnicy Widzew, Łódź-Bałuty oraz powiatu bełchatowskiego). Obecnie, kryteria wymagane do utworzenia kolejnych Centrów Zdrowia Psychicznego spełniają powiaty pabianicki i sieradzki (są to powiaty o liczebności mieszkańców nieco poniżej 100 tys. ludności i posiadają cztery formy leczenia: poradnię zdrowia psychicznego, oddział dzienny, oddział ogólnopsychiatryczny oraz zespół leczenia środowiskowego).	Na terenie województwa działają trzy Centra Zdrowia Psychicznego. Kolejne Centra należałoby utworzyć w powiatach pabianickich i sieradzkich.	Upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej poprzez rozwój Centrów Zdrowia Psychicznego.
7.6.	W opiece psychiatrycznej dedykowanej osobom dorosłym, liczba lekarzy ze specjalizacją z psychiatrii przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 13,8 (2. miejsce w kraju, wartość dla Polski: 10,2), z czego 20% byli to lekarze w wieku emerytalnym. Zgodnie z rekomendacjami Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii powinien on wynosić 20 na 100 tys. ludności.	Pomimo dobrej na tle Polski sytuacji w zakresie dostępności specjalistów psychiatrii, liczba lekarzy tej dziedziny w regionie jest zbyt niska w stosunku do potrzeb.	Należy dążyć do zwiększenia liczby lekarzy ze specjalizacją z psychiatrii.

⁴ Wg danych NFZ

	<p>7.7. Rozmieszczenie poszczególnych form leczenia uzależnień:</p> <p>Leczenie uzależnienia od alkoholu:</p> <ul style="list-style-type: none">• poradnie leczenia uzależnień od alkoholu oraz terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu - rozmieszczone na terenie całego województwa,• hostele (2 w Łodzi i 1 w Zgierzu),• 3 oddziały leczenia uzależnień od alkoholu, 5 oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja) oraz 2 oddziały świadczeń terapii uzależnienia od alkoholu; <p>Leczenie uzależnienia od środków psychoaktywnych:</p> <ul style="list-style-type: none">• 3 poradnie leczenia świadczeń terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol oraz 1 program leczenia substytucyjnego,• 3 hostele,• oddział leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych	<p>Dostępność do różnych form terapii uzależnień na terenie województwa łódzkiego jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb.</p>	<p>Konieczna jest poprawa dostępności do szpitalnych i pozaszpitalnych form terapii uzależnień od alkoholu i substancji psychoaktywnych, poprzez rozszerzenie bazy oddziałów detoksykacyjnych, oddziałów terapii dla uzależnionych od alkoholu oraz od substancji psychoaktywnych, a także pozaszpitalnych form opieki w tym zakresie.</p>
--	---	--	--

	(detoksykacja) zlokalizowany na terenie miasta Łodzi, 5 oddziałów udzielających świadczeń rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, 1 oddział dla świadczeń terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi (podwójna diagnoza) oraz 1 oddział krótkoterminowych świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych.		
7.8.	Pacjenci z chorobami i zaburzeniami psychicznymi bardzo często byli leczeni w POZ (87,8 tys. - POZ vs 87,5 tys. - opieka psychiatryczna). 24,6 tys. pacjentów skorzystało z pomocy w ramach programów pilotażowych Ministerstwa Zdrowia.	Leczenie dużej grupy pacjentów z chorobami i zaburzeniami psychicznymi w ramach POZ może wskazywać na niewystarczającą dostępność do świadczeń w opiece psychiatrycznej, ale również może wynikać z większego zaufania pacjentów do lekarza pierwszego kontaktu.	Należy dążyć do dostosowania dostępności do świadczeń w opiece psychiatrycznej do rzeczywistych potrzeb.
7.9.	Liczba pacjentów nieletnich, u których zdiagnozowano zaburzenia psychiczne wynosiła 7.27 tys. Wśród zaburzeń najczęściej występowały: całościowe zaburzenia rozwojowe (23,7%), zaburzenia hiperkinetyczne (19,8%), pozostałe zaburzenia psychiczne (19,3%) oraz zaburzenia	Województwo, jeżeli chodzi o częstość występowania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży jest na poziomie średniej dla Polski. Większość powiatów województwa łódzkiego nie ma na swoim terenie	Należy dążyć do dostosowania dostępności do świadczeń w opiece psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży do rzeczywistych potrzeb. Szczególnie wskazane jest

	<p>nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną (18,8%). Całościowe zaburzenia rozwojowe występują z podobną częstością, jak średnia dla Polski; pozostałe jednostki chorobowe występują rzadziej niż średnia dla Polski.</p> <p>Województwo dysponowało czterema stacjonarnymi oddziałami szpitalnymi dla dzieci i młodzieży (w tym 3. w Łodzi i 1. w Warcie, łącznie 106 łóżek rejestrowych) czterema oddziałami dziennymi oraz 16. poradniami psychiatrycznymi - rozmieszczonymi w Łodzi (12), powiecie zgierskim (3) i powiecie sieradzkim (1). Pacjenci nieletni bardzo często korzystają z różnych form opieki psychiatrycznej dedykowanej dorosłym (13,5%).</p>	<p>poradni psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Brakuje również zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży.</p> <p>Dostępność do oddziałów dziennych i oddziałów stacjonarnych jest niewystarczająca.</p> <p>Ponadto, widoczne jest nierównomierne pod względem geograficznym rozłożenie sieci placówek leczenia psychiatrycznego tzw. „białe plamy”, zwłaszcza w północnej/północno-wschodniej oraz południowej/południowo-wschodniej części województwa.</p>	<p>tworzenie pozaszpitalnych form opieki dla dzieci i młodzieży, a zwłaszcza poradni zdrowia psychicznego, oddziałów dziennych, hosteli, zespołów leczenia środowiskowego w tych regionach województwa, które stanowią obszar tzw. białych plam.</p> <p>Konieczny jest rozwój bazy małych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych/pediatrycznych. Wskazane byłoby tworzenie oddziałów/ośrodków sprofilowanych na leczenie konkretnych zaburzeń.</p>
7.10.	<p>W województwie u dzieci jest większy odsetek porad lekarskich niż ogólnie w Polsce (78,3% vs 62,4%).</p> <p>Przeciętny czas oczekiwania do poradni psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży wynosi ponad 60 dni, w styczniu 2020 r. czas oczekiwania wynosił 106,9 dni, natomiast w lutym 2020 r. - 75,8 dni.</p>	<p>Pacjenci nieletni średnio oczekują na wizytę w poradni zdrowia psychicznego dwa razy dłużej niż pacjenci dorośli, co jest wynikiem niewystarczającej liczby poradni na terenie województwa łódzkiego.</p> <p>Większość porad zrealizowanych w poradniach psychiatrycznych dla dzieci to porady lekarskie, natomiast</p>	<p>Utworzenie poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży w 18 powiatach województwa łódzkiego, w których takie poradnie jeszcze nie funkcjonują.</p> <p>Wskazana jest zmiana w zakresie odwrotnej proporcji typów</p>

		psychoterapia indywidualna, porady psychologiczne, czy oddziaływania grupowe/rodzinne są realizowane w małym stopniu.	udzielanych porad w PZP w stosunku do rekomendowanej - w PZP dla dzieci i młodzieży sprawozdano najwięcej porad lekarskich przy niskim udziale psychoterapii indywidualnej, porad psychologicznych, oddziaływań grupowych.
7.11.	Liczba psychiatrów dzieci i młodzieży w przeliczeniu na 100 tys. ludności kształtowała się na poziomie 1,8 i była nieco niższa niż wartość rekomendowana przez konsultantów krajowych (2,0), lecz wyższa niż średnia dla Polski (1,1).	Liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w regionie jest zbyt niska w stosunku do potrzeb.	Należy dążyć do zwiększenia liczby lekarzy ze specjalizacją z psychiatrii dzieci i młodzieży.
7.12.	Istotny problem stanowi leczenie dzieci i młodzieży w stanach spowodowanych zatruciem środkami psychoaktywnymi. Bardzo często nieletni pacjenci są leczeni na oddziałach pediatrycznych, nieprzystosowanych do leczenia pacjentów po zatruciach takimi środkami lub trafiają do ośrodków dla dorosłych. W 2018 r. z powodu zatruc środkami psychoaktywnymi hospitalizowano 123 osoby nieletnie, natomiast w 2019 r. 100 przypadków. Najczęściej pacjenci nieletni po zatruciach trafiają na SOR na ul. Spornej do szpitala SP ZOZ CSK UM w Łodzi, starsi nieletni często trafiają do Instytutu Medycyny Pracy na oddział	Brakuje bazy leczenia detoksykacyjnego dla dzieci i młodzieży.	Konieczna jest poprawa dostępności do szpitalnych i pozaszpitalnych form terapii uzależnień, a więc możliwości leczenia detoksykacyjnego dla pacjentów poniżej 18 roku życia w wydzielonych dla nich oddziałach szpitalnych np. poprzez utworzenie oddziału toksykologii dla dzieci i młodzieży w wieloprofilowym szpitalu, w którym poza pediatrią zlokalizowana będzie również:

	<p>toksykologii dla dorosłych.</p> <p>W przypadku dzieci i młodzieży najczęściej leczonym rozpoznaniem dotyczącym uzależnień były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i substancji psychoaktywnych.</p>		<p>psychiatria, neurochirurgia, neurologia, chirurgia, intensywna opieka medyczna oraz specjalistyczne laboratorium.</p> <p>Istotnym elementem opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, w tym dla używających substancji psychoaktywnych i związanych z tym problemów zdrowotnych mogłoby być utworzenie wojewódzkiej poradni rodzinnej.</p>
7.13.	<p>Województwo zajmowało trzecią pozycję, jeżeli chodzi o najniższe nakłady na świadczenia w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w kraju.</p> <p>Wartość zakontraktowanych świadczeń w psychiatrii i leczeniu uzależnień spadła w porównaniu do 2018 r. o 12,9% (do 2018 r. obserwowano trend rosnący). Koszty realizacji świadczeń przekroczyły wartość zakontraktowanych świadczeń o 9,5%.⁵</p>	<p>Nakłady na świadczenia w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w województwie są niewystarczające.</p>	<p>Konieczne jest zwiększenie udziału wydatków na świadczenia w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w strukturach kosztów ŁOW NFZ.</p>

⁵ Źródło: Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-42020iv,6534.html>

Rehabilitacja medyczna	8.1.	<p>Ze świadczeń rehabilitacji medycznej w ramach NFZ skorzystało 232,5 tys. pacjentów (tj. 9472 pacjentów/100 tys. ludności, 6. miejsce w kraju, +9% w stosunku do średniej dla Polski). Ponad 41% pacjentów miało udzielone świadczenia w mieście Łodzi.</p> <p>Liczba ośrodków rehabilitacji medycznej (uwzględniając wszystkie rodzaje świadczeń)/100 tys. mieszkańców wyniosła 8,15, co uplasowało województwo na 8 miejscu w rankingu (-3% w stosunku do Polski).</p>	<p>Przedstawione dane pokazują, że zapotrzebowanie na świadczenia w zakresie rehabilitacji medycznej w województwie łódzkim jest duże, ale ich dostępność jest niewystarczająca, głównie z uwagi na zbyt małą liczbę ośrodków (w szczególności poza Łodzią).</p>	<p>Dostosowanie infrastruktury rehabilitacji medycznej do rzeczywistych potrzeb.</p>
	8.2.	<p>Głównymi rozpoznaniem w rehabilitacji medycznej były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (76,7%) oraz choroby układu nerwowego (16,1%). Choroby układu krążenia stanowiły przyczynę rehabilitacji dla 2,4% ogółu rehabilitowanych pacjentów (w ramach tej grupy chorób najczęstszą przyczyną rehabilitacji były udary: 52,7%).</p>	<p>Województwo należy do najszybciej starzejących się regionów w Polsce i według prognoz demograficznych proces ten będzie się pogłębiał, a co za tym idzie zwiększy się udział osób z niesprawnością w społeczeństwie.</p> <p>Spowoduje to dalszy wzrost zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacji medycznej, które już w chwili obecnej nie są zapewnione na poziomie adekwatnym do potrzeb.</p> <p>Udary mózgu już teraz są drugim najważniejszym problemem</p>	<p>Dostosowanie infrastruktury rehabilitacji medycznej do rzeczywistych potrzeb związanych z pogłębiającą się niekorzystną sytuacją demograficzną i epidemiologiczną w regionie.</p>

			<p>zdrowotnym w województwie, a według konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii intensywnej rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych wymaga co trzeci pacjent po udarze.⁶</p>	
8.3.		<p>Z powodu nowotworów, ze świadczeń rehabilitacji medycznej skorzystało jedynie 0,5% ogółu rehabilitowanych pacjentów.</p>	<p>Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej rehabilitacja powinna być integralną formą wsparcia leczenia onkologicznego, dostępną dla wszystkich chorych leczonych z powodu nowotworu złośliwego.⁷</p> <p>W praktyce poza ośrodkami onkologicznymi istnieją ograniczone możliwości rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie nowotworowej, na co wpływ ma m. in. brak dostatecznego przygotowania personelu medycznego poradni rehabilitacyjnych czy fizjoterapeutycznych do rehabilitacji</p>	<p>Zwiększenie dostępu do rehabilitacji onkologicznej oraz utworzenie poradni/ośrodka rehabilitacji dedykowanego dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym.</p>

⁶ Źródło: Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neurologii dla woj. łódzkiego przygotowana na potrzeby opracowania regionalnych rekomendacji do Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.

⁷ Źródło: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w zakresie rehabilitacji http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_19_Rehabilitacja_chorych_na_nowotwory_20140807.pdf

		takich osób.	
8.4.	<p>Województwo charakteryzowało się najwyższym w kraju ujemnym bilansem migracji pacjentów wymagających rehabilitacji do innych województw (-5 723). Jest to wartość przedstawiona dla wszystkich rodzajów świadczeń łącznie. W przypadku świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych sytuacja jest najbardziej niekorzystna (saldo migracji - 3 788). Znaczący ujemny bilans migracji odnotowano także dla świadczeń ambulatoryjnych (- 1 409).</p>	<p>Migracje pacjentów są wynikiem niedostatecznej dostępności do świadczeń rehabilitacji medycznej.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji medycznej stosownie do aktualnych potrzeb.</p>
8.5.	<p>Niepokojącym zjawiskiem jest brak chęci lekarzy w podejmowaniu specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej; z Systemu Monitorowania Kształcenia wynika, że na 81 miejsc akredytacyjnych, 70 pozostaje wolnych (wg stanu na wrzesień 2020 r.).</p> <p>Liczba fizjoterapeutów w maju 2020 r. przypadająca na 100 tys. mieszkańców była niższa niż średnia wartość dla Polski i wynosiła 149,2. Tylko 4% kadry jest w wieku emerytalnym). Według prognoz do 2030 r., przedstawionych przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów, całkowita liczba fizjoterapeutów aktywnych zawodowo w przedziale wieku 25-59 lat będzie się zwiększać.</p>	<p>Zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne będzie wzrastać, a co za tym idzie konieczne będzie zapewnienie odpowiedniej w stosunku do potrzeb liczby lekarzy rehabilitacji medycznej oraz fizjoterapeutów.</p>	<p>Zwiększenie liczby lekarzy rehabilitacji oraz fizjoterapeutów.</p>

8.6.	Województwo zajmowało piątą pozycję, jeżeli chodzi o najniższe nakłady na świadczenia w rehabilitacji medycznej w kraju. Koszty realizacji świadczeń przekroczyły wartość zakontraktowanych świadczeń o 12,3%. ⁸	Nakłady na świadczenia rehabilitacji medycznej są niewystarczające.	Niezbędna jest poprawa finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji medycznej z uwagi na to, że zapotrzebowanie na te świadczenia będzie wzrastać. Należałoby także zwiększyć udział wydatków na rehabilitację w strukturze kosztów świadczeń zdrowotnych ŁOW NFZ. Należy rozważyć zwiększenie finansowania w tych ośrodkach, w których leczone są bardziej skomplikowane przypadki.
8.7.	Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej/100 tys. ludności wyniósł 7,58 (5. miejsce w kraju, +11% w stosunku do średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających z rehabilitacji ambulatoryjnej/100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 8 935 (3. miejsce w Polsce, powyżej średniej dla kraju o 15 %).	Pomimo dobrej, jak mogłoby się wydawać, dostępności do świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej (świadczenia dostępne w większości powiatów, poza skierniewickim; duża w porównaniu z innymi województwami liczba usprawnianych pacjentów), popyt na nie wciąż przewyższa podaż.	Należy zwiększyć finansowanie rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych.

⁸ Źródło: Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-42020iv,6534.html>

	<p>Liczba porad lekarskich/100 tys. ludności wyniosła 8 609 (2. miejsce w Polsce, powyżej średniej dla kraju o 63 %), liczba wizyt fizjoterapeutycznych/100 tys. ludności wyniosła 5 371 (9. miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 7 %).</p>	<p>Wskazują na to m. in.: znaczący ujemny bilans migracji i długi czas oczekiwania na świadczenie (przeciętny czas oczekiwania na wizytę w poradni rehabilitacyjnej w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 56 dni, tj. 1,9 miesiąca, ale na same zabiegi fizjoterapeutyczne czeka się znacznie dłużej). To sprawia, że duża grupa pacjentów korzysta z usług sektora prywatnego (brak szczegółowych danych o skali tego zjawiska).</p>	
8.8.	<p>Wskaźnik dostępności ośrodków rehabilitacji stacjonarnej wyniósł 1,02 ośrodka/100 tys. ludności (11. miejsce w kraju, -11% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodków rehabilitacji stacjonarnej nie było w powiatach: skierniewickim, piotrkowskim, łęczyckim, rawskim, brzezińskim, opoczyńskim, wierszowskim i pajęczańskim. Dużą koncentrację ośrodków widać w m. Łodzi i sąsiadującym powiecie zgierskim.</p> <p>Liczba pacjentów korzystających z rehabilitacji stacjonarnej ogółem/100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 454 (14. miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 22 %).</p> <p>Mniej pacjentów korzysta z rehabilitacji</p>	<p>Dostępność do świadczeń rehabilitacji medycznej realizowanych w warunkach stacjonarnych jest niedostateczna we wszystkich oferowanych zakresach.</p> <p>Zbyt mała w stosunku do potrzeb liczba ośrodków oraz łóżek w rehabilitacji stacjonarnej wpływa bardzo negatywnie na czas oczekiwania na świadczenia, który w przypadku oddziałów rehabilitacji neurologicznej wynosi średnio 2,5 roku, oddziałów rehabilitacji ogólnoustrojowej 1,5 roku, oddziałów rehabilitacji pulmonologicznej 2,7 miesiąca, a w przypadku oddziałów rehabilitacji</p>	<p>Niezbędna jest poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacji medycznej realizowanych w warunkach stacjonarnych poprzez zwiększenie liczby ośrodków i ich alokację stosownie do potrzeb.</p>

	<p>stacjonarnej w poszczególnych zakresach niż w innych województwach: rehabilitacja neurologiczna (66 pacjentów/100 tys. ludności; ostatnie miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 37%), rehabilitacja kardiologiczna (59 pacjentów/100 tys. ludności; 15. miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 41%), rehabilitacja ogólna (317 pacjentów/100 tys. ludności; 12. miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 12%), rehabilitacja pulmonologiczna (18 pacjentów/100 tys. ludności (7. lokata na 13 województw, w których takie świadczenia są dostępne, -40% w stosunku do średniej dla Polski).</p> <p>Stacjonarne ośrodki rehabilitacji kardiologicznej zlokalizowane są głównie w mieście Łodzi, w przypadku oddziałów rehabilitacji ogólnej brak zabezpieczenia widać w południowo-wschodniej części województwa, natomiast stacjonarnych ośrodków rehabilitacji neurologicznej brakuje zarówno we wschodniej, jak i zachodniej części regionu. Ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej jest jeden (w mieście Łodzi).</p>	<p>kardiologicznej 1,6 miesiąca (wg danych NFZ z lutego 2020 r., przypadki stabilne).</p>	
8.9.	<p>Odnotowano najniższą w kraju liczbę łóżek w rehabilitacji stacjonarnej/100 tys. ludności: 66,6 (poniżej średniej dla kraju o 30%).</p>	<p>Niska dostępność do świadczeń rehabilitacji medycznej realizowanych w warunkach stacjonarnych w województwie łódzkim na tle innych</p>	<p>Zwiększenie liczby łóżek w rehabilitacji stacjonarnej we wszystkich zakresach.</p>

	<p>8.10. Wskaźnik dostępności ośrodków rehabilitacji dziennej wyniósł 1,83 ośrodka/100 tys. ludności (9. miejsce w kraju, -16% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodków rehabilitacji dziennej nie było w powiatach: skierniewickim, piotrkowskim, kutnowskim, rawskim, bełchatowskim, opoczyńskim i wieruszowskim.</p> <p>Liczba pacjentów korzystających z rehabilitacji dziennej ogółem/100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 525 (12. miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 39 %).</p> <p>Województwo zajmowało ostatnie miejsce w kraju, jeżeli chodzi o liczbę pacjentów rehabilitowanych w warunkach dziennych z powodu zaburzeń słuchu i mowy (7,8 pacjenta/100 tys. ludności, poniżej średniej dla kraju o 80%; tylko jedna placówka posiada kontrakt z NFZ i prowadzi kompleksową rehabilitację słuchu i mowy między innymi u dzieci po wszczepieniu implantów ślimakowych). Równie zła jest sytuacja w przypadku rehabilitacji dziennej w zaburzeniach wieku rozwojowego (144 pacjentów/100 tys. ludności, 14. miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 44%; ośrodki zlokalizowane są w 5. powiatach, wyraźna koncentracja w łodzi) oraz rehabilitacji ogólnej</p>	<p>województw.</p> <p>Dostępność do świadczeń rehabilitacji medycznej realizowanych w warunkach dziennych jest niska w porównaniu z innymi województwami i nieadekwatna w stosunku do potrzeb. Przekłada się to na długi przeciętny czas oczekiwania na leczenie w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej, który wynosi 226 dni (7,5 miesiąca) - wg danych NFZ z lutego 2020 r., przypadki stabilne.</p>	<p>Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacji medycznej realizowanych w warunkach dziennych:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji słuchu i mowy u dzieci oraz zwiększenie wyceny realizowanych procedur, – zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji w zaburzeniach wieku rozwojowego oraz rehabilitacji ogólnej (w szczególności w powiatach, w których ten rodzaj świadczeń nie jest dostępny).
--	---	---	---

	<p>w warunkach dziennych (320 pacjentów/100 tys. ludności, poniżej średniej dla kraju o 38%, 11. miejsce w Polsce; ośrodków brakuje zarówno we wschodniej, jak i zachodniej części regionu).</p>		
8.11.	<p>Wskaźnik dostępności ośrodków rehabilitacji domowej wyniósł 1,18 ośrodka/100 tys. ludności (10. miejsce w kraju, -14% w stosunku do średniej dla Polski). Rehabilitacja domowa nie była dostępna w powiatach: skierniewickim, piotrkowskim, łęczyckim, wieruszowskim, pajęczańskim i łaskim. Wyrażna jest koncentracja ośrodków w Łodzi.</p> <p>Liczba pacjentów korzystających z rehabilitacji domowej/100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 132 (8. miejsce w Polsce, powyżej średniej dla kraju o 5 %).</p> <p>Liczba porad lekarskich/100 tys. ludności: 5 (13. miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 77%); liczba wizyt fizjoterapeutycznych/100 tys. ludności: 262 (5. miejsce w Polsce, powyżej średniej dla kraju o 28%); liczba zabiegów fizjoterapeutycznych/100 tys. ludności: 16528 (9. miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 20%).</p>	<p>Dostępność do tego rodzaju świadczeń jest niższa w porównaniu do innych województw. Część powiatów nie została zabezpieczona.</p>	<p>Wskazany jest dalszy rozwój bazy ośrodków rehabilitacji domowej w powiatach, w których ten rodzaj świadczeń nie jest jeszcze dostępny.</p>

Opieka długoterminowa	9.1.	<p>Wśród ogółu pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w województwie łódzkim 27,3% stanowiły osoby w grupie wiekowej 65-79 lat, a 60,5% osoby powyżej 80 r. życia. Od 2025 r. prognozowany jest wyraźny wzrost liczby pacjentów powyżej 80 roku życia, korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.</p>	<p>Województwo należy do najszybciej starzejących się regionów w Polsce, a prognozy demograficzne pokazują, że proces starzenia się społeczeństwa będzie się pogłębiał. Spowoduje to wzrost zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Obecna infrastruktura jest niewystarczająca dla zaspokojenia aktualnych oraz przyszłych potrzeb osób wymagających tego rodzaju opieki.</p>	<p>Dostosowanie infrastruktury opieki długoterminowej do rosnących potrzeb związanych z pogłębiającą się niekorzystną sytuacją demograficzną oraz epidemiologiczną w regionie.</p>
	9.2.	<p>Ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej ogółem skorzystało 238 pacjentów/ 100 tys. ludności (10. miejsce w kraju, -17% w stosunku do średniej dla Polski). W rozbiciu na rodzaje świadczeń, w przypadku opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń skorzystało 128 pacjentów/100 tys. ludności (14. miejsce w kraju, -28% w stosunku do średniej dla Polski), w przypadku opieki stacjonarnej 113 pacjentów/100 tys. ludności (7. miejsce w kraju, na poziomie zbliżonym do średniej dla Polski).</p>	<p>Niska dostępność do świadczeń opieki długoterminowej na tle innych województw.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (we wszystkich oferowanych zakresach) stosownie do aktualnych potrzeb.</p>

9.3.	Liczba ośrodków opieki długoterminowej (uwzględniając wszystkie rodzaje opieki), przypadających na 100 tys. ludności w 2019 r., wyniosła 4,11, co uplasowało województwo łódzkie na 14. miejscu w rankingu województw (-21% w stosunku do Polski).	Niska dostępność do świadczeń opieki długoterminowej na tle innych województw.	Zwiększenie dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (we wszystkich oferowanych zakresach) stosownie do aktualnych potrzeb.
9.4.	Liczba ośrodków opieki długoterminowej domowej/100 tys. ludności wyniosła 3,3 (-22% w stosunku do średniej dla Polski, 14. miejsce w kraju). Długoterminowa opieka domowa została zorganizowana we wszystkich powiatach (z wyraźną koncentracją podmiotów w mieście Łodzi).	Niska dostępność do świadczeń opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych w regionie na tle innych województw oraz ich nierównomierne rozmieszczenie.	Zwiększenie liczby ośrodków długoterminowej opieki domowej i ich równomierne rozmieszczenie w województwie.
9.5.	Wskaźnik dostępności ośrodków stacjonarnych wyniósł 1,14 ośrodka/100 tys. ludności (-6% w stosunku do średniej dla Polski, 9. miejsce w kraju). Ośrodków stacjonarnych w 2019 r. nie było w siedmiu powiatach (brzezińskim, łowickim, rawskim, skierniewickim i mieście Skierniewice, wieluńskim oraz zduńskowolskim), z czego pięć zlokalizowanych było w północno-wschodniej części regionu (może to jednak wynikać z braku oferentów). Tutaj również widać koncentrację	Niska dostępność do świadczeń opieki długoterminowej realizowanej w warunkach stacjonarnych w regionie na tle innych województw oraz ich nierównomierne rozmieszczenie.	Utworzenie dodatkowych ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, w których obecnie takich ośrodków nie ma („biała plama” w północno-wschodniej części województwa) oraz w mieście Łodzi i innych powiatach, w których aktualna dostępność do świadczeń opieki długoterminowej jest

	większej liczby podmiotów w m. Łodzi, chociaż biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców miasta nie przekłada się to na lepszą dostępność do tego rodzaju świadczeń (0,88 ośrodka/100 tys. ludności vs. 4,87 w powiecie poddębickim, gdzie dostępność do ośrodków stacjonarnych jest najwyższa w regionie).		niewystarczająca, na co mogą wskazywać m. in. migracje pacjentów.
9.6.	Województwo charakteryzowało się przedostatnim ujemnym bilansem migracji pacjentów wymagających opieki długoterminowej w stosunku do innych województw (-171). Migracje dotyczyły przede wszystkim mieszkańców miast Łodzi, ale także powiatu wieluńskiego, zduńskowolskiego i większości powiatów położonych w północno-wschodniej części regionu (kutnowski, łowicki, skierniewicki, brzeziński, rawski i opoczyński, łęczycki).	Migracje pacjentów są wynikiem niedostatecznej dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w województwie łódzkim.	Zwiększenie dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej stosownie do aktualnych potrzeb.
9.7.	Dostępność do łóżek opieki długoterminowej wśród populacji 65lat wzwyż w województwie wyniosła 4,88 na 1 tys. osób (jest to wartość zbliżona do średniej dla kraju, ale w porównaniu z pierwszym w rankingu woj. dolnośląskim niższa o 28%). Wskaźnik ten znacząco odbiega od średniej dostępności do łóżek w tej grupie wiekowej dla 33 państw OECD. Analizując wskaźnik pokazujący średnią liczbę łóżek w opiece długoterminowej w	Dostępność do łóżek opieki długoterminowej w Polsce jest niewystarczająca do zapewnienia aktualnych i przyszłych potrzeb wynikających ze starzenia się społeczeństwa.	Rozwój bazy łóżkowej w ośrodkach opieki długoterminowej.

	2019 r./ 1 mln ludności, otrzymana wartość: 945 plasuje województwo na 4. miejscu w kraju (+17% w stosunku do średniej wartości dla Polski).		
9.8.	<p>Pod względem liczby zespołów długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/100 tys. ludności województwo zajmowało 12. miejsce w kraju z wartością wskaźnika 0,16 (-33% w stosunku do wartości dla Polski).</p> <p>Tego rodzaju świadczenia realizowane były w czterech powiatach: miasto Łódź, sieradzkim, łaskim oraz bełchatowskim (łącznie leczono 183 osoby); północna, wschodnia i południowa część województwa były całkowicie niezabezpieczone w tego rodzaju świadczenia.</p>	Niska dostępność do świadczeń zespołów długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w regionie na tle innych województw oraz ich nierównomierne rozmieszczenie.	Zwiększenie liczby zespołów długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, w szczególności w północno-wschodniej oraz południowej części województwa.
9.9.	<p>Stacjonarnie świadczenia długoterminowe dla pacjentów wentylowanych mechanicznie udzielane były w jedynym w regionie zakładzie opiekuńczo leczniczym dedykowanym pacjentom wymagającym przewlekłej respiratoroterapii mieszczącym się w Łodzi (ośrodek obejmował opieką 17 osób).</p> <p>Wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności wyniósł 0,04 (15. miejsce w kraju na 15 województw, w których ten rodzaj opieki został</p>	<p>Przedstawione dane potwierdzają bardzo ograniczoną dostępność do stacjonarnej opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w regionie na tle innych województw.</p> <p>Pacjenci wymagający przewlekłej respiratoroterapii, z uwagi na znaczący niedobór wyspecjalizowanych ośrodków, zajmują łóżka na oddziałach</p>	Istnieje pilna potrzeba stworzenia, co najmniej dwóch oddziałów przewlekłej terapii wentylacyjnej, posiadających 20-30 stanowisk do długoterminowej respiratoroterapii oraz zapewnienia im finansowania

	zorganizowany, -69% w stosunku do wartości dla Polski.	intensywnej terapii, na których leczenie jest bardziej kosztochłonne niż w dedykowanych ZOL/ZPO.	NFZ. ⁹
9.10.	Liczba wizyt w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej na 100 tys. ludności była o 34 % niższa niż średnio w Polsce (12. miejsce w rankingu województw). Łącznie, w 2019 r. odbyło się ponad 406 tys. wizyt, z czego prawie 1/3 w mieście Łodzi.	Dostępność do długoterminowej opieki pielęgniarstwie świadczonej przewlekle chorym w środowisku domowym jest niewystarczająca.	Zwiększenie dostępności do długoterminowej opieki pielęgniarstwie świadczonej przewlekle chorym w środowisku domowym jako kierunek działań służących deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej.
9.11.	Wskaźnik pokazujący liczbę kadr (ogółem) w opiece długoterminowej na 100 tys. ludności wyniósł 75,1 (10. pozycja w kraju). W porównaniu z innymi województwami, najgorsze wskaźniki dostępności kadry medycznej dotyczą zespołów długoterminowej opieki domowej dla dorosłych oraz dla dzieci (15. miejsce w kraju), pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej (12. miejsce w kraju) oraz zakładów pielęgnacyjno- opiekuńczych dla dorosłych (10. miejsce w kraju).	Zabezpieczenie w kadry medyczną w opiece długoterminowej nie jest wystarczające.	Zwiększenie dostępności do kadr medycznych w opiece długoterminowej. Zwiększenie dostępności do wykwalifikowanych opiekunów osób starszych i niesamodzielnych.
9.12.	Pomimo, że wartość zakontraktowanych świadczeń w opiece długoterminowej systematycznie rośnie	Nakłady na świadczenia opieki długoterminowej w województwie	Konieczne jest zwiększenie udziału wydatków na

⁹ Źródło: Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla województwa łódzkiego przygotowana na potrzeby opracowania regionalnych rekomendacji do Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.

Opieka paliatywna i hospicyjna		(w 2019 r. wzrosła o 40,2% w stosunku do 2017 r.), to nakłady na ten rodzaj opieki w dalszym ciągu są niewystarczające (koszty realizacji świadczeń w 2019 r. przekroczyły wartość zakontraktowanych świadczeń o 6,9%). Województwo zajmowało czwartą pozycję, jeżeli chodzi o najniższe nakłady na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w kraju. ¹⁰	są niewystarczające.	świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w strukturach kosztów ŁOW NFZ. Według planu finansowego NFZ na 2020 r. po zmianie z dnia 10 lutego 2020 r., planowane koszty tych świadczeń stanowią zaledwie 1,6% wszystkich planowanych wydatków na świadczenia zdrowotne.
	10.1.	Ze świadczeń paliatywno-hospicyjnych ogółem skorzystało 244,05 pacjentów/100 tys. ludności (9. miejsce w kraju, -3% w stosunku do średniej dla Polski). W rozbiu na rodzaje świadczeń, w przypadku opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń skorzystało 163,4 pacjentów/100 tys. ludności (8. miejsce w kraju, na poziomie średniej dla Polski), w przypadku opieki stacjonarnej 75,53 pacjentów/100 tys. ludności (13. miejsce w kraju, -23% w stosunku do średniej dla Polski), a w warunkach ambulatoryjnych 62,53 pacjentów/100 tys. ludności (4. miejsce w kraju, +64% w stosunku do średniej dla Polski).	Niska dostępność do świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej (w szczególności dotyczy to opieki stacjonarnej i domowej).	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej stosownie do aktualnych potrzeb.

¹⁰ Źródło: Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r. <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/uchwały-rady-nfz/uchwała-nr-42020iv,6534.html>

10.2.	Województwo ma największy w Polsce udział nowotworów w strukturze chorób będących przyczyną objęcia świadczeniami opieki paliatywno-hospicyjnej (96,6%; średnia dla kraju to 88,7%). Wśród pacjentów ogółem przeważają nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (18,9%) oraz nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy (12,5%). Wśród kobiet dominującym rozpoznaniem jest nowotwór złośliwy sutka (17,0%), u mężczyzn nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (22,8%). Pacjenci poniżej 18 r. ż. najczęściej obejmowani są opieką paliatywno-hospicyjną z powodu innych chorób układu nerwowego (50,6%).	Prognozowane zmiany demograficzne i epidemiologiczne w województwie zwiększą zapotrzebowanie na świadczenia opieki paliatywno-hospicyjnej.	Dostosowanie infrastruktury opieki paliatywno-hospicyjnej do rosnących potrzeb związanych z pogłębiającą się niekorzystną sytuacją demograficzną oraz epidemiologiczną w regionie.
10.3.	Pod względem liczby ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej/100 tys. ludności (uwzględniając wszystkie rodzaje opieki), województwo zajmuje 12. miejsce w kraju ze wskaźnikiem 1,51 (-13% w stosunku do średniej dla Polski, dla której wskaźnik wynosi 1,73/100 tys. ludności).	Dostępność do ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej jest niska na tle innych województw.	Zwiększenie liczby ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej.
10.4.	Liczba hospicjów domowych dla dorosłych/100 tys. ludności wyniosła 1,18 (-14% w stosunku do średniej dla Polski, 12. miejsce w kraju). Świadczenia oferowane były na terenie całego województwa, z wyłączeniem powiatów skierniewickiego oraz piotrkowskiego (ten rodzaj	Konieczna jest poprawa dostępności do świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej dla dorosłych realizowanych w hospicjach domowych.	Zwiększenie liczby hospicjów domowych dla dorosłych, w tym zapewnienie funkcjonowania ośrodków domowych w każdym powiecie.

	opieki sprawowany był na terenie miast na prawach powiatu: Skierniewic i Piotrkowa Trybunalskiego).		
10.5.	Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci oferowane były jedynie w 2 ośrodkach zlokalizowanych w Łodzi, co daje 16. miejsce w rankingu dostępności wśród województw (0,08 ośrodka/100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski o 56%, ale w opinii Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej zabezpieczenie tego zakresu świadczeń jest wystarczające - wszyscy pacjenci wymagający takiej opieki otrzymują pomoc bezzwłocznie). ¹¹	Zabezpieczenie świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci, w opinii Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej, jest optymalne.	Utrzymanie na co najmniej tym samym poziomie dostępności do opieki w hospicjum domowym dla dzieci.
10.6.	Pacjenci częściej korzystają ze świadczeń w poradni medycyny paliatywnej - liczba pacjentów poradni/100 tys. ludności wyniosła 62,45 (4. miejsce w Polsce, +64% w stosunku do średniej dla kraju). Dostępność do poradni medycyny paliatywnej jest znacznie wyższa niż przeciętnie w Polsce (+82%; 0,73 ośrodka/100 tys. ludności; 4. miejsce w kraju), ale należy zaznaczyć, że są one zlokalizowane tylko w 11 powiatach, z dużą koncentracją w mieście Łodzi (44,4% wszystkich	Poradnie medycyny paliatywnej nie są rozmieszczone równomiernie na terenie województwa, występuje duża koncentracja ośrodków w mieście Łodzi; w 12. powiatach w regionie nie ma tego rodzaju poradni. Dobra, w porównaniu z innymi województwami, dostępność do poradni medycyny paliatywnej nie	Utrzymanie na co najmniej tym samym poziomie dostępności do opieki ambulatoryjnej, z uwzględnieniem postulatu ewentualnego rozszerzania bazy poradni medycyny paliatywnej w powiatach, w których obecnie takich poradni nie ma.

¹¹ Źródło: Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej dla woj. łódzkiego przygotowana na potrzeby opracowania regionalnych rekomendacji do Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.

	poradni w regionie ma siedzibę w Łodzi).	stanowi rozwiązania dla braku odpowiedniej dostępności do miejsc w opiece stacjonarnej i domowej.	
10.7.	Opieka paliatywno-hospicyjna w warunkach stacjonarnych zorganizowana została w powiatach: miasto Łódź, sieradzkim, bełchatowskim, zgierskim i zduńskowolskim. Na 100 tys. ludności przypadało średnio 0,33 oddziału medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnej (najgorszy wynik w kraju; -34% w stosunku do średniej dla Polski). Odnotowano nieco ponad 2 tys. pobyków pacjentów w tych ośrodkach (85,3/100 tys. ludności, 13. miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 20%).	Dostępność do opieki paliatywno-hospicyjnej w warunkach stacjonarnych jest niewystarczająca. Odległość do najbliższego hospicjum stacjonarnej lub oddziału medycyny paliatywnej z każdego powiatu powinna być, jak najmniejsza, a obecnie ten rodzaj opieki zorganizowany jest tylko w 5 powiatach.	Zapewnienie lepszego rozmieszczenia geograficznego jednostek opieki stacjonarnej. Tworzenie nowych oddziałów medycyny paliatywnej/hospicjów stacjonarnych, w szczególności w powiatach wschodniej oraz północnej części województwa, które obecnie stanowią „białą plamę”, jeżeli chodzi o ten zakres świadczeń.
10.8.	W województwie nie zapewniono minimalnej - według wskazań Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC) - liczby łóżek w stacjonarnej opiece paliatywno-hospicyjnej (100 łóżek/1 mln mieszkańców). Województwo, ze wskaźnikiem wynoszącym 73,73 zajmuje 15. pozycję wśród województw; -37% w stosunku do średniej dla Polski.	Liczba łóżek w stacjonarnej opiece paliatywno-hospicyjnej jest niewystarczająca.	Dostosowanie liczby łóżek w opiece stacjonarnej, co najmniej do wartości wskaźnika określonego przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (min. 100 łóżek/1 mln mieszkańców).
10.9.	Województwo jako jedno z 11 posiada ośrodek perinatalnej opieki paliatywnej obejmujący opieką dzieci z wadami letalnymi. Kontrakt roczny tego	Zabezpieczenie świadczeń w ośrodku perinatalnej opieki paliatywnej, w opinii Konsultanta Wojewódzkiego	Utrzymanie na obecnym poziomie dostępności do świadczeń w ośrodku

	ośrodka to 48 pacjentów, wobec czego zapotrzebowanie na ten rodzaj świadczeń jest całkowicie pokryte (w 2019 r. obejmował on opieką 8 pacjentów). ¹²	w dziedzinie medycyny paliatywnej, jest optymalne.	perinatalnej opieki paliatywnej.
10.11.	Liczba lekarzy medycyny paliatywnej/100 tys. ludności wynosi 1,8; średni wiek lekarzy to 53 lata (16% jest w wieku emerytalnym). Wskaźnik dostępności lekarzy powinien wynosić 3,0/100 tys. ludności. Niewystarczająca jest również liczba pielęgniarek, w szczególności posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej.	Zabezpieczenie w kadrę medyczną w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej nie jest wystarczające.	Zwiększenie w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej liczby lekarzy ze specjalizacją z medycyny paliatywnej oraz pielęgniarek, w szczególności ze specjalizacją: pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej.
10.12.	Województwo zajmuje trzecią pozycję, jeżeli chodzi o najniższe nakłady na świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej w kraju. Koszty realizacji świadczeń w opiece paliatywno-hospicyjnej przekroczyły wartość podpisanych umów. Odsetek nadwykonań w stosunku do kwoty zawartego kontraktu wyniósł 7,2% (2. najwyższa pozycja w kraju). ¹³	Nakłady na świadczenia opieki paliatywno-hospicyjnej są niewystarczające.	Zwiększenie udziału wydatków na opiekę paliatywną i hospicyjną w strukturach kosztów ŁOW NFZ. Według planu finansowego NFZ na 2020 r. po zmianie z dnia 10 lutego 2020 r., planowane koszty świadczeń pielęgnacyjnych i hospicyjnych stanowią poniżej 1% wszystkich planowanych wydatków na świadczenia

¹² Źródło: Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej dla województwa łódzkiego przygotowana na potrzeby opracowania regionalnych rekomendacji do Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.

¹³ Źródło: Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r. <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/uchwały-rady-nfz/uchwała-nr-42020iv,6534.html>

Państwowe Ratownictwo Medyczne ¹⁴				zdrowotne.
	11.1.	Na terenie województwa jest 18 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), spośród których 4 zlokalizowane są w Łodzi.	nie dotyczy	Uruchomienie dodatkowych szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz doposażenie oddziałów istniejących. Zwiększenie nakładów finansowych na funkcjonowanie SOR.
	11.2.	Na terenie województwa łódzkiego spośród 18 SOR całodobowe ładowisko posiada 10 podmiotów leczniczych; na 4 SOR-y zlokalizowane w Łodzi tylko 1 podmiot leczniczy aktualnie posiada ładowisko całodobowe.	8 podmiotów leczniczych, w których funkcjonują SOR-y nie posiada całodobowego ładowiska; związane jest to z brakiem środków finansowych na ich budowę i wyposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych (brak ładowisk przy SOR w powiatach: brzezińskim, poddębickim).	Budowa ładowisk przy SOR w podmiotach leczniczych, które nie posiadają ładowiska (w tym wsparcie finansowe inwestycji).
11.3.	Średnio na 100 tys. mieszkańców przypada 4,27 ambulansu. Region zajmuje 9. miejsce w skali kraju pod względem liczby zespołów ratownictwa medycznego - dla porównania w województwie warmińsko-mazurskim, które zajmuje 1. miejsce, na 100 tys. mieszkańców przypada 6,24	Analizując dane z SWD PRM, liczbę ludności, ukształtowanie terenu oraz rozkład sieci dróg wynika, że zagrożona dostępność do świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego występuje w powiecie brzezińskim, bełchatowskim	Należy zwiększyć liczbę zespołów ratownictwa medycznego na terenie województwa łódzkiego (poprawa wskaźnika liczby ZRM/100 tys. mieszkańców), co powinno	

¹⁴ Opracowano we współpracy z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie medycyny ratunkowej.

	<p>ambulansu.</p> <p>Liczba ambulansów w poszczególnych powiatach: miasto Łódź – 28, powiat zgierski – 8, powiat łęczycki – 3, powiat kutnowski – 4, powiat łowicki – 3, powiat skierniewicki – 4, powiat rawski – 2, powiat brzeziński – 1, powiat łódzki-wschodni – 3, powiat tomaszowski – 4, powiat opoczyński – 3, powiat bełchatowski – 4, powiat piotrkowski – 7, powiat radomszczański – 4, powiat pączęzański – 3, powiat wieluński – 3, powiat wieruszowski – 2, powiat zduńskowolski – 2, powiat sieradzki – 5, powiat łaski – 3, powiat pabianicki – 4, powiat poddębicki – 3.</p> <p>Jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 88,43% wezwań z czasem dojazdu do 15 minut oraz 11,58% wezwań powyżej 15 minut, co daje 14. miejsce w skali całego kraju.</p> <p>Jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 79,32 % wezwań z czasem dojazdu do 20 minut oraz 20,68% wezwań powyżej 20 minut, co daje 13. miejsce w skali całego kraju.</p>	<p>oraz opoczyńskim.</p> <p>Negatywny wpływ na czasy dotarcia ma również zbyt długi czas przekazania pacjenta przez ZRM w szpitalu.</p>	<p>wpłynąć na poprawę w zakresie czasów dotarcia do pacjenta.</p> <p>Należy także przygotować i wdrażać procedury przekazania pacjenta przez ZRM w szpitalu.</p>
--	--	---	--

Kadry	11.4.	Pod względem liczby wezwań zespołów ratownictwa medycznego w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r. województwo łódzkie zajmowało 5. miejsce w skali kraju z liczbą 169 696 wezwań; średnie obciążenie ZRM wyniosło 1 616,14.	Liczba wezwań zespołów ratownictwa medycznego w województwie łódzkim, w tym wezwań niezasadnych, jest wysoka.	Należy zwiększyć liczbę kampanii społecznych mających na celu zwiększenie świadomości obywateli nt. zasadności wzywania zespołów ratownictwa medycznego.
	11.5.	W taborze ambulansów wykorzystywanych aktualnie przez zespoły ratownictwa medycznego 27,2% pojazdów ma więcej niż 5 lat.	Wiek taboru ambulansów może mieć wpływ na właściwe funkcjonowanie zespołów ratownictwa medycznego i ich dotarcie do miejsca zdarzenia, a następnie na przetransportowanie poszkodowanego do najbliższego SOR, w jak najkrótszym czasie.	Należy dążyć do sukcesywnej wymiany aktualnie użytkowanego taboru ambulansów. Doposażenie zespołów ratownictwa medycznego w sprzęt medyczny, w tym w urządzenia do kompresji klatki piersiowej (na terenie województwa tylko 23 ze 103 ZRM wyposażone są w tego typu urządzenia).
	12.1.	Największe różnice pomiędzy liczbą lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny do 2024 r., a liczbą lekarzy, którzy do tego czasu uzyskają tytuł specjalisty występują w dziedzinach: choroby wewnętrzne (256), pediatria (193), medycyna rodzinna (130), choroby płuc (64), chirurgia ogólna (56) oraz położnictwo i ginekologia (50).	Zbyt mała liczba nowych specjalistów w wymienionych dziedzinach w stosunku do starzejącej się wykwalifikowanej kadry.	Uruchamianie w najbliższych latach większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach deficytowych, celem zmniejszenia różnicy pomiędzy lekarzami specjalistami osiągniętymi wiek emerytalny,

			a lekarzami uzyskującymi tytuł specjalisty.
12.2.	Największe niekorzystne różnice pomiędzy wskaźnikiem rekomendowanej liczby lekarzy na 100 tys. ludności ¹⁵ a wskaźnikiem rzeczywistym liczby lekarzy na 100 tys. ludności w województwie występowały w następujących dziedzinach: geriatrycja (7,8 - rekomendacja konsultanta krajowego vs. 1,5 - wskaźnik dla województwa; różnica 6,3/100 tys. ludności), psychiatrycja (20,0 vs. 13,8; różnica 6,2/100 tys. ludności), medycyna pracy (14,1 vs. 9,0; różnica 5,1/100 tys. ludności), medycyna ratunkowa (6,7 vs. 4,2; różnica 2,5/100 tys. ludności).	W wybranych dziedzinach liczba lekarzy specjalistów/100 tys. ludności jest niższa od rekomendowanej.	Wprowadzenie programu zachęcającego młodych lekarzy do podejmowania specjalizacji oraz uruchamianie w najbliższych latach większej liczby miejsc specjalizacyjnych w wymienionych dziedzinach.
12.3.	Największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych (oszacowane na 2020 r. z uwzględnieniem liczby miejsc szkoleniowych potrzebnych do wymienialności pokoleniowej oraz rekomendowanej liczby specjalistów) wskazano w następujących dziedzinach: choroby wewnętrzne (279), pediatria (243), geriatrycja (156), medycyna rodzinna (153), medycyna pracy (128) oraz psychiatrycja (104).	Występują potrzeby w zakresie miejsc specjalizacyjnych w wymienionych dziedzinach.	Uruchamianie w najbliższych latach większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinie medycyny rodzinnej. Opracowanie systemu motywującego mniejsze placówki, które nie prowadzą jeszcze szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie

¹⁵ Źródło: Rekomendacje konsultantów krajowych

	<p>Przedstawione dane nie odzwierciedlają w pełni sytuacji ponieważ: w zakresie chorób wewnętrznych, geriatrici oraz medycyny pracy - zainteresowanie szkoleniem jest niewielkie, w zakresie pediatrii - zainteresowanie szkoleniem specjalizacyjnym jest duże, jednak ze względu na sfeminizowanie zawodu w tej dziedzinie medycyny obserwowane jest znaczne wydłużenie czasu trwania specjalizacji.</p> <p>W zakresie medycyny rodzinnej - zainteresowanie szkoleniem specjalizacyjnym jest duże, powstają nowe miejsca szkoleniowe, ale warto zaznaczyć, że w przypadku tej dziedziny luka pokoleniowa będzie wyraźnie zaznaczona (odmiennie do trendu ogólnopolskiego).</p>		<p>medycyny rodzinnej do występowania do Dyrektora CMKP o akredytacje do tworzenie nowych miejsc szkoleniowych.</p> <p>Stworzenie i wprowadzenie planu działań zachęcających lekarzy do odbywania specjalizacji w dziedzinach, w których zainteresowanie nie jest wystarczające (m. in. choroby wewnętrzne, geriatrici, medycyna pracy).</p>
12.4.	<p>Liczba specjalistów w dziedzinach onkologicznych pracujących w województwie wynosi:</p> <p>hematologia - 1 lekarz/100 tys.; rekomendacja Konsultanta Krajowego¹⁶ 2,5,</p> <p>chirurgia onkologiczna - 2,6 lekarza/100 tys. mieszkańców; rekomendacja Konsultanta Krajowego 3,0,</p> <p>onkologia i hematologia dziecięca - 0,6</p>	Niezbędne będzie wzmocnienie kadrowe w dziedzinach onkologicznych.	<p>Uruchamianie w najbliższych latach większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach onkologicznych.</p> <p>Wprowadzenie programu zachęcającego młodych lekarzy do podejmowania specjalizacji między innymi w dziedzinach</p>

¹⁶ Źródło: Rekomendacje konsultantów krajowych przedstawione w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych

	<p>lekarza/100 tys. mieszkańców; rekomendacja Konsultanta Krajowego 0,8,</p> <p>onkologia kliniczna - 4,5 lekarza/100 tys. mieszkańców; rekomendacja Konsultanta Krajowego 3,1.</p>		onkologicznych.
12.5.	<p>Braki w zakresie specjalistów chorób zakaźnych występują w całym kraju, ale województwo jest tu w szczególnej sytuacji (wskaźnik liczby lekarzy na 100 tys. ludności wynosi 3,7). Średnia wieku specjalisty chorób zakaźnych w województwie przekracza 60. rok życia (4. miejsce w Polsce, jeżeli chodzi o najwyższy średni wiek lekarzy specjalistów chorób zakaźnych).</p>	<p>Zbyt mała liczba specjalistów w dziedzinie chorób zakaźnych oraz wysoki średni wiek specjalistów.</p>	<p>Uruchamianie w najbliższych latach większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinie chorób zakaźnych.</p> <p>Wprowadzenie programu zachęcającego młodych lekarzy do podejmowania specjalizacji w dziedzinie chorób zakaźnych.</p>
12.6.	<p>W województwie prognozowany jest znaczący spadek liczby pielęgniarek i położnych w wieku 25-59 lat w perspektywie do 2029 r. (o 38% i 20%, odpowiednio).</p> <p>Niedobór pielęgniarek szacuje się na poziomie co najmniej 5% obecnej liczby pracujących pielęgniarek i występuje we wszystkich podmiotach prowadzących działalność leczniczą w województwie łódzkim, a w szczególności w podmiotach lecznictwa zamkniętego.</p> <p>Deficyt ten może się pogłębiać (w ciągu najbliższych 5 lat może przejść na emeryturę około</p>	<p>Obecna liczba wykwalifikowanych pielęgniarek w województwie jest za mała, a systematycznie pogłębiający się proces starzenia ludności województwa spowoduje, że zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską będzie wzrastać.</p>	<p>Należy podjąć pilne działania, mające na celu ograniczenie pogłębiających się niedoborów kadry pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych. Konieczne jest zwiększenie liczby studiujących na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów liceów do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie</p>

	<p>18% pielęgniarek zatrudnionych w województwie łódzkim).</p> <p>Niedobór kadry pielęgniarstwa jest szczególnie zauważalny w takich dziedzinach, jak: pielęgniarstwo geriatryczne, neurologiczne, środowiska nauczania i wychowania, pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących.</p> <p>Konsultanci zgłaszali także znaczne braki kadrowe w opiece pielęgniarstwa nad pacjentem z chorobą nowotworową, w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, w podstawowej opiece zdrowotnej, jak również w pracowniach diagnostycznych radiologii i diagnostyki obrazowej oraz w pielęgniarstwie opieki długoterminowej (szczególnie w małych powiatach)¹⁷.</p>		<p>systemu wsparcia dla pielęgniarek i położnych w podjęciu pracy w zawodzie.</p> <p>Podjęcie działań motywujących do wykonywania zawodu osób, które zrezygnowały z jego wykonywania.</p>
12.7.	<p>Według prognoz do 2030 r. liczba fizjoterapeutów aktywnych zawodowo w przedziale wieku 25-59 lat będzie się zwiększać. Na terenie województwa aktualnie tylko trzy jednostki szkoleniowe posiadają akredytację, która uprawnia do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego przez</p>	<p>Zbyt mała liczba wyspecjalizowanych fizjoterapeutów w województwie.</p>	<p>Utrzymanie przyrostu absolwentów kierunku fizjoterapia oraz rozszerzenie możliwości podnoszenia kwalifikacji przez tą grupę zawodową.</p>

¹⁷ Wnioski Konsultantów Wojewódzkich dotyczące pielęgniarek i położnych przekazane do Urzędu Marszałkowskiego województwa łódzkiego na potrzeby projektu „Strategii Polityki Zdrowotnej dla województwa łódzkiego na lata 2021-2027”

Sprzęt medyczny		fizjoterapeutów w tych placówkach.		
	13.1.	<p>W województwie znajdowało się 8 akceleratorów (0,33 aparatu/100 tys. ludności - 12. miejsce w kraju; wartość referencyjna wynosi 0,40). Aparaty zlokalizowane były w mieście Łodzi i powiecie tomaszowskim (w ośrodkach onkologicznych).</p> <p>Średni wiek aparatów nie przekraczał 7,4 lat, a średnia roczna liczba wykonywanych procedur 912.</p>	<p>Dostępność do akceleratorów jest niższa w porównaniu z innymi województwami, ale 7 z 8 posiadanych aparatów ma aktualnie niski priorytet do wymiany, z uwagi na stosunkowo niski wiek sprzętów oraz niedużą średnią roczną liczbę wykonywanych procedur.</p> <p>Szacuje się, że do 2023 r. wymiany będą wymagały 3 aparaty z obecnej bazy, a do 2026 r. kolejne 2 aparaty; do 2028 r. wszystkie obecnie posiadane akceleratory osiągną wiek powyżej 10 lat i zostaną zaliczone do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty.</p>	<p>Należy przede wszystkim dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych akceleratorów, a w indywidualnych przypadkach rozważyć potrzebę uruchomienia dodatkowych aparatów w celu poprawy dostępności.</p> <p>Sukcesywnie należy podejmować działania zmierzające do wymiany akceleratorów, które będą osiągały wysoki priorytet do wymiany.</p>
13.2.	<p>W województwie znajdowało się 26 angiografów (1,06 aparatu/100 tys. ludności - 7. miejsce w kraju; wartość referencyjna wynosi 1,24, średnia dla Polski - 0,97). Aparaty zostały rozmieszczone w sześciu powiatach (miasto Łódź, miasto Piotrków Trybunalski, powiat łowicki, powiat zgierski, powiat bełchatowski, powiat radomszczański).</p> <p>Średni wiek angiografów w regionie wahał się od 5 do 10 lat, ale aż 37% aparatów zlokalizowanych</p>	<p>Rozkład wykorzystania angiografów w wskazuje na nieefektywną eksploatację niektórych aparatów.</p> <p>15,4% angiografów ma wysoki priorytet do wymiany, pozostałe 84,6% znajduje się w bazie sprzętu o niskim priorytecie do wymiany.</p> <p>Szacuje się, że do 2023 r. wymiany będzie wymagało 16 aparatów z</p>	<p>Należy przede wszystkim dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych angiografów, a w indywidualnych przypadkach rozważyć potrzebę uruchomienia dodatkowych aparatów w celu poprawy dostępności w powiatach, w których taki sprzęt nie jest</p>	

	<p>w Łodzi miało 10 lat lub więcej. 34,6% angiografów w województwie to sprzęt „młody” do bazy sprzętów „starych” zalicza się 26,9% angiografów .</p> <p>Uwagę zwraca również nierównomierny rozkład eksploatacji sprzętu (najniższa średnia roczna liczba wykonywanych badań w powiecie łowickim: 1, najwyższa w powiecie zgierskim: 1 525).</p>	<p>obecnej bazy (61,5%), a do 2026 r. kolejne 3 aparaty; W perspektywie 2029 r. wszystkie obecnie posiadane angiografy będą się zaliczały do sprzętów starych, wymagających wymiany.</p>	<p>dostępny.</p> <p>Sukcesywnie należy podejmować działania zmierzające do wymiany angiografów, które będą osiągały wysoki priorytet do wymiany.</p>
13.3.	<p>Województwo posiada 2 aparaty do brachyterapii, ulokowane w powiatach, w których funkcjonują ośrodki onkologiczne (miasto Łódź, powiat tomaszowski). Pod względem liczby aparatów/100 tys. ludności region zajmuje 13. miejsce w Polsce wskaźnikiem 0,08 (średnia dla Polski wynosi 0,14).</p> <p>Średni wiek aparatów to 10,1 lat. Średnie wykorzystanie aparatu działającego w Łodzi: 839 badań rocznie; na aparacie działającym w Tomaszowie Mazowieckim w 2019 r. nie wykonywano badań.</p>	<p>Dostępność do aparatów do brachyterapii jest niższa w porównaniu z innymi województwami. Aparat zlokalizowany w Łodzi posiada wysoki priorytet do wymiany, aparat zainstalowany w Tomaszowie Mazowieckim - średni priorytet do wymiany (z uwagi na brak wykonywanych badań w 2019 r.).</p>	<p>Należy przede wszystkim dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych aparatów do brachyterapii, a w indywidualnych przypadkach rozważyć potrzebę uruchomienia dodatkowych aparatów w celu poprawy dostępności.</p> <p>Sukcesywnie należy podejmować działania zmierzające do wymiany aparatów do brachyterapii, które będą osiągały wysoki priorytet do wymiany.</p>
13.4.	<p>Województwo dysponuje sześcioma aparatami ECMO. Wszystkie znajdują się w mieście Łodzi. Pod względem liczby aparatów/100 tys. ludności region zajmuje 3. miejsce w Polsce ze wskaźnikiem 0,24</p>	<p>W 2019 r. niski priorytet do wymiany posiadało 66,7% sprzętu, średni priorytet 33,3%.</p> <p>Według prognoz zapotrzebowania,</p>	<p>Sukcesywnie należy podejmować działania zmierzające do wymiany aparatów ECMO, które będą osiągały wysoki priorytet</p>

	(średnia dla Polski wynosi 0,17). Średni wiek sprzętu to 7 lat; średnie wykorzystanie: 11,7 procedury w ciągu roku.	połowa posiadanych aparatów ECMO będzie musiała być wymieniona do 2023 r., do 2026 r. kolejne 2 aparaty, a ostatni aparat do 2028 r.	do wymiany.
13.5.	<p>W województwie dostępnych było 14 gammakamer, zlokalizowanych w Łodzi oraz powiatach kutnowskim, poddębickim i zgierskim. Pod względem liczby aparatów/100 tys. ludności region zajmuje 4. miejsce w Polsce ze wskaźnikiem 0,57 (średnia dla Polski wynosi 0,42).</p> <p>Rozpiętość wieku posiadanego sprzętu jest duża: od 1 roku do 21 lat (w dwóch powiatach średni wiek gammakamer jest poniżej 10 lat, w dwóch pozostałych 16 i 20 lat, odpowiednio).</p> <p>Uwagę zwraca nierównomierny rozkład eksploatacji sprzętu (najniższa średnia roczna liczba wykonywanych badań w powiecie poddębickim: 4, najwyższa w mieście Łodzi: 1 895).</p>	<p>Rozkład wykorzystania gammakamer w wskazuje na nieefektywną eksploatację niektórych aparatów.</p> <p>W 2019 r. średni priorytet do wymiany posiadało 14,3% sprzętu, wysoki priorytet 42,9%.</p> <p>Duży udział „starego” sprzętu sprawia, że już na chwilę obecną 8 aparatów kwalifikuje się do wymiany (większość z nich w Łodzi i pow. zgierskim). Do 2023 r. wymiany będzie już wymagało 11 aparatów z obecnej bazy (78,6%), a do 2026 r. kolejny aparat.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych gammakamer.</p> <p>Sukcesywnie należy podejmować działania zmierzające do wymiany gammakamer, które będą osiągały wysoki priorytet do wymiany.</p>
13.6.	Województwo dysponuje 52 mammografami stacjonarnymi, z czego 73% zlokalizowanych jest w Łodzi, a pozostałe w Skierniewicach, Piotrkowie Trybunalskim oraz powiatach: brzezińskim, sieradzkim, bełchatowskim, kutnowskim, łęczyckim, pabianickim, pajęczańskim, radomszczańskim i tomaszowskim. Pod względem	<p>Obecne rozmieszczenie mammografów stacjonarnych, wsparte aparatami mobilnymi, odpowiada za stosunkowo dobrą dostępność do badań na terenie województwa.</p> <p>Rozkład wykorzystania mammografów w wskazuje na nieefektywną</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych mammografów.</p> <p>Sukcesywnie należy podejmować działania zmierzające do wymiany mammografów, które będą osiągały wysoki priorytet</p>

	<p>liczby aparatów/100 tys. ludności region zajmuje 3. miejsce w Polsce ze wskaźnikiem 2,12 (średnia dla Polski wynosi 1,97).</p> <p>Rozpiętość wieku posiadanego sprzętu jest duża: od 2 do 26 lat; w połowie powiatów średni wiek sprzętu przekraczał 10 lat.</p> <p>Eksploatacja sprzętu w powiatach jest zróżnicowana: od 1 do 1732 badań/rok; w czterech powiatach średnie wykorzystanie sprzętu nie przekroczyło 150 badań w roku (pajęczański, łęczycki, sieradzki, tomaszowski). Niskie wykorzystanie nie zawsze dotyczyło sprzętu najstarszego.</p>	<p>eksploatację niektórych aparatów.</p> <p>W 2019 r. wysoki priorytet do wymiany posiadało 44,2% sprzętu, średni priorytet 1,9%.</p> <p>Według prognoz zapotrzebowania, połowa posiadanych mammografów stacjonarnych będzie musiała być wymieniona do 2023 r., do 2026 r. kolejne 22 aparaty, a cała aktualna baza do 2027 r.</p>	<p>do wymiany.</p>
13.7.	<p>Województwo posiada 2 urządzenia do pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), ulokowane w Łodzi.</p> <p>Pod względem liczby aparatów/100 tys. ludności region zajmuje 8. miejsce w Polsce ze wskaźnikiem 0,08 (na poziomie średniej dla kraju, ale poniżej wartości referencyjnej, która wynosi 0,20).</p> <p>Średni wiek aparatów wynosi 6,37 lat.</p> <p>Średnie wykorzystanie aparatów: 3,4-3,6 tys. procedur/rok.</p>	<p>Aparaty PET są dość intensywnie eksploatowane. Obydwa dostępne urządzenia mają obecnie średni priorytet do wymiany. Prognozuje się, że aparaty te osiągną wiek predysponujący je do wymiany w 2023 r. oraz w 2024 r., odpowiednio.</p>	<p>Sukcesywnie należy podejmować działania zmierzające do wymiany aparatów PET, które będą osiągały wysoki priorytet do wymiany.</p> <p>Ewentualnie należy rozważyć potrzebę uruchomienia dodatkowych aparatów w celu poprawy dostępności.</p>
13.8.	<p>Województwo dysponuje 34 rezonansami magnetycznymi, z czego 59% zlokalizowanych jest</p>	<p>Duży udział sprzętu w średnim wieku o stosunkowo małej liczbie badań</p>	<p>Należy przede wszystkim dążyć do optymalnego wykorzystania</p>

	<p>w Łodzi, a pozostałe w Skierniewicach, Piotrkowie Trybunalskim oraz powiatach: sieradzkim, bełchatowskim, kutnowskim, łęczyckim, pabianickim, radomszczańskim, wieluńskim i zgierskim. Pod względem liczby aparatów/100 tys. ludności region zajmuje 2. miejsce w Polsce ze wskaźnikiem 1,39 (powyżej średniej dla kraju - 1,01, ale poniżej wartości referencyjnej dla UE, która wynosi 1,57).</p> <p>W 2019 r. w żadnym z powiatów średni wiek sprzętów nie przekraczał 10 lat (najczęściej występujący średni wiek sprzętów w powiecie to około 7 lat).</p> <p>Średnia roczna wykonywana liczba procedur w większości powiatów nie przekraczała 2,5 tys., ale w pow. skierniewickim była znacznie wyższa - prawie 4 tys. badań rocznie.</p>	<p>wykonywanych rocznie sprawia, że 91,2% aparatów ma niski priorytet do wymiany, a tylko 3 aparaty znalazły się w grupach o średnim lub wysokim priorytecie do wymiany (Łódź - 2, Skierniewice - 1).</p> <p>Nie zmienia to jednak faktu, że w perspektywie 2023 r. 30 rezonansów magnetycznych w województwie łódzkim (88%) przekroczy wiek 10 lat i zostanie zaliczona do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty, a do 2026 r. kolejne 2 aparaty. W 2028 r. 100% obecnych zasobów będzie się kwalifikowało do wymiany.</p>	<p>obecnie posiadanych rezonansów magnetycznych, a w indywidualnych przypadkach rozważyć potrzebę uruchomienia dodatkowych aparatów w celu poprawy dostępności w powiatach, w których taki sprzęt nie jest dostępny.</p> <p>Sukcesywnie należy podejmować działania zmierzające do wymiany rezonansów magnetycznych, które będą osiągały wysoki priorytet do wymiany.</p>
13.9.	<p>Aparaty RTG dostępne są we wszystkich powiatach. Pod względem liczby aparatów/100 tys. ludności region zajmuje 7. miejsce w Polsce ze wskaźnikiem 23,18 (powyżej średniej dla kraju - 21,99 oraz wartości referencyjnej dla UE, która wynosi 22,30).</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 8 do 12 lat. Średnie wykorzystanie aparatów waha się od 12,5 procedur/rok (pow. skierniewicki) do</p>	<p>Rozkład wykorzystania aparatów RTG w wskazuje na nieefektywną eksploatację niektórych aparatów.</p> <p>18,5% sprzętów ma wysoki priorytet do wymiany (są to aparaty w wieku 13-35 lat; 45% z tej grupy jest wykorzystywana w m. Łodzi). Niski priorytet do wymiany posiada 81,0%</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych aparatów RTG.</p> <p>Sukcesywnie należy podejmować działania zmierzające do wymiany aparatów RTG, które będą osiągały wysoki priorytet do wymiany.</p>

	prawie 2 tys. (pow. sieradzki).	<p>aparatów RTG.</p> <p>Do 2023 r. 335 aparatów RTG w województwie łódzkim (59%) osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty, a do 2026 r. kolejne 124 aparaty.</p>	
13.10.	<p>Tomografy komputerowe zlokalizowane są w większości powiatów województwa poza powiatami: pajęczańskim, wieruszowskim, skierniewickim i piotrkowskim. Gęstość tomografów wynosi 2,48 i jest wyższa od wartości referencyjnej tego wskaźnika (2,19) oraz od średniej dla kraju (2,02). Pod względem dostępności TK województwo zajmuje pierwszą pozycję w kraju.</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 4 do 10 lat. Jako sprzęt „stary” kwalifikowanych jest 9,8% aparatów, jako sprzęt „młody” 41% aparatów.</p> <p>Średnie wykorzystanie aparatów waha się od 702 procedur/rok (pow. łódzki-wschodni) do 11,45 tys. (m. Piotrków Trybunalski).</p>	<p>Rozkład wykorzystania tomografów komputerowych wskazuje na nieefektywną eksploatację niektórych aparatów.</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami, 13,1% tomografów komputerowych ma obecnie wysoki priorytet do wymiany, 9,8% ma priorytet średni do wymiany.</p> <p>Szacuje się, że do 2023 r. wymiany będą wymagały 32 aparaty z obecnej bazy (52,5%), a do 2026 r. kolejne 17 aparatów; W perspektywie 2030 r. wszystkie obecnie posiadane aparaty TK będą się zaliczały do sprzętów starych, wymagających wymiany.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych tomografów komputerowych.</p> <p>Sukcesywnie należy podejmować działania zmierzające do wymiany aparatów TK, które będą osiągały wysoki priorytet do wymiany.</p>

	<p>13.11. Aparaty USG są dostępne we wszystkich powiatach. Pod względem liczby aparatów/100 tys. ludności region zajmuje 11. miejsce w Polsce ze wskaźnikiem 34,14 (poniżej średniej dla kraju - 36,61 oraz wartości referencyjnej dla UE, która wynosi 36,74).</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 7,8 do 13,4 lat (w większości powiatów przekracza 10 lat).</p> <p>Uwagę zwraca nierównomierny rozkład eksploatacji sprzętu (najniższa średnia roczna liczba wykonywanych badań w powiecie skierniewickim: 1, najwyższa w powiecie sieradzkim: 1 828).</p>	<p>Rozkład wykorzystania aparatów USG w woj. łódzkim wskazuje na nieefektywną eksploatację niektórych aparatów.</p> <p>Duży udział sprzętów „starych” przekłada się na rekomendacje, zgodnie z którymi aż 61,9% aparatów ma wysoki priorytet do wymiany.</p> <p>Według prognoz zapotrzebowania 673 aparaty USG z obecnie dostępnej bazy (80,3%) będą musiały być wymienione do 2023 r., do 2026 r. kolejne 126 aparatów, a cała aktualna baza do 2028 r.</p>	<p>Należy przede wszystkim dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych aparatów USG, a w indywidualnych przypadkach rozważyć potrzebę uruchomienia dodatkowych aparatów w celu poprawy dostępności w wybranych powiatach.</p> <p>Sukcesywnie należy podejmować działania zmierzające do wymiany aparatów USG, które będą osiągały wysoki priorytet do wymiany.</p>
--	---	--	---

Załącznik 6.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa małopolskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja/diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	<p>Zgodnie z prognozą demograficzną GUS w najbliższych latach będzie następował wzrost liczby ludności w województwie (do 2033 r.), a w latach kolejnych znaczny ubytek.</p> <p>Mediana wieku wynosiła 40 lat (wzrost o 3 miesiące w porównaniu z rokiem 2018).</p> <p>W latach 2016-2019 współczynnik dzietności nie gwarantował prostej zastępowalności pokoleń.</p> <p>W przypadku współczynnika płodności kobiet, zaobserwowano jego spadek między 2018 a 2019.</p> <p>Nadwyżka liczby imigrantów nad liczbą emigrantów spowodowała dodatnie saldo migracji zagranicznej. Saldo migracji wewnętrznych było również dodatnie, więcej było zameldowań niż wymeldowań¹. Najwyższe saldo migracji na 1 tys. ludności odnotowano w powiecie wielickim (12,8), a najniższe w Tarnowie (-5,9).</p>	<p>Dane potwierdzają postępujący proces starzenia się społeczeństwa, który wynika z wydłużania się oczekiwanej długości życia, niskiej dzietności oraz obecnej struktury wieku ludności.</p> <p>Dane wskazują również na zróżnicowanie sytuacji demograficznej w powiatach (w zakresie przyrostu naturalnego, salda migracji i procentowego udziału grupy osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej populacji).</p>	nie dotyczy

¹ <https://www.polskawliczbach.pl/malopolskie>

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1.	<p>Choroba niedokrwienna serca od lat stanowi największy problem zdrowotny – zabiera najwięcej lat życia w zdrowiu oraz jest najczęstszą przyczyną zgonów. W 2019 r. doprowadziła do 10 tys. zgonów, a zgodnie z prognozą na lata 2020-2028 szacowany jest wzrost wartości chorobowości i liczby zgonów.</p> <p>Drugą najczęstszą przyczyną zgonów są udary, zaś prognozy wskazują na wzrost liczby zgonów do 2028 r. W 2019 r. udział udarów w sumarycznej wartości wskaźnika YLL wyniósł 8% (6% w 1999 r.).</p>	Choroba niedokrwienna serca odbiera najwięcej lat życia w zdrowiu i powoduje najwięcej zgonów w województwie (drugie miejsce udary).	nie dotyczy
	2.2.	<p>Choroby nowotworowe stanowią istotny problem ze względu na powodowaną liczbę zgonów. Prognozy wskazują, że wartość tego wskaźnika będzie wzrastać do 2028 r. o 6% w porównaniu z 2019 r.</p> <p>Wśród nowotworów najwięcej zgonów odnotowano dla nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotworu złośliwego jelita grubego i odbytnicy. Szacuje się, że liczba zgonów powodowana tymi problemami zdrowotnymi wzrośnie do 2028 r. odpowiednio o 2% i 13%.</p> <p>Udział w sumarycznej wartości YLL dla nowotworów wyniósł 32%, co jest wartością wyższą niż w 1999 r. o 4 punkty procentowe.</p>	Szacowany wzrost liczby zgonów z powodu nowotworów wskazuje na konieczność dostosowania zasobów, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności do szybkiej specjalistycznej diagnostyki.	nie dotyczy

2.3.	<p>W przypadku choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych obserwowany jest znaczny wzrost wartości DALY. Od 1999 r. wartość wskaźnika DALY wzrosła niemal dwukrotnie. Podobna tendencja dotyczy wartości pozostałych wskaźników - liczby zgonów, zapadalności oraz chorobowości.</p> <p>Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne odpowiadały w województwie (podobnie jak w Polsce) za prawie 5% zgonów. Z prognoz wynika, że ludzie coraz częściej będą umierać z powodu chorób układu nerwowego (o 22,5% więcej zgonów w 2028 r. w porównaniu do 2019 r.), w tym przede wszystkim na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne (o 25%).</p>	<p>Przy utrzymującym się trendzie wzrostowym wartości wskaźników DALY, zapadalności i chorobowości można założyć, że nastąpi wzrost zapotrzebowania na świadczenia w zakresie choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych.</p>	nie dotyczy
2.4.	<p>W rankingu problemów zdrowotnych wg wskaźnika DALY zaobserwowano największą zmianę pozycji w przypadku cukrzycy (w 1999 r. 11 miejsce, w 2019 r. 6 miejsce).</p> <p>Zgodnie z prognozami epidemiologicznymi do 2028 r. dla tego problemu zdrowotnego szacuje się znaczny wzrost wartości chorobowości, zapadalności i liczby zgonów.</p>	<p>Cukrzyca w kolejnych latach nadal będzie stanowić poważny problem zdrowotny. W związku z tym należy przyjąć, że zapotrzebowanie na powiązane świadczenia będzie wzrastać.</p>	nie dotyczy
2.5.	<p>Zgodnie z prognozą epidemiologiczną przewidywana jest tendencja wzrostowa zapadalności na choroby psychiczne. Do 2028 r.</p>	<p>Choroby psychiczne będą stanowiły wyzwanie w przyszłości ze względu na wzrost liczby pacjentów.</p>	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		zapadalność wzrosła o 20% w stosunku do 2019 r. W podziale na podgrupy problemów zdrowotnych najwyższy wzrost obserwowany jest w przypadku zaburzeń depresyjnych (wzrost o 23%).		
	3.1.	Udział czynników behawioralnych w utracie DALY wynosił 10,44 tys. na 100 tys. ludności. Wpływ na zgony wyniósł 419,7 na 100 tys. ludności. Dla grupy czynników metabolicznych wartości te wynosiły odpowiednio 8,19 oraz 404,2.	Dominującymi grupami czynników ryzyka wpływającą zarówno na wskaźniki DALY jak i liczby zgonów były czynniki behawioralne oraz metaboliczne, które są związane ze stylem życia, przede wszystkim z nawykami żywieniowymi i poziomem aktywności fizycznej.	Należy podejmować działania przyczyniające się do poprawy stylu życia.
	3.2.	Udział tytoniu w DALY w przypadku mężczyzn wyniósł 6,87 tys. na 100 tys. ludności, a w przypadku zgonów 261,5 na 100 tys. ludności. Dla porównania, w przypadku kobiet, wartości te wynosiły odpowiednio 3,05 tys. na 100 tys. ludności oraz 113,9 na 100 tys. ludności. Wg danych przez ostatnie dziesięciolecie tytoń zajmował pierwsze miejsce wśród czynników ryzyka i na przestrzeni lat nieznacznie malał lub wzrastał, natomiast od 2017 r. w przypadku obserwuje się tendencje wzrostową.	Udział tytoniu w DALY i zgonach w przypadku mężczyzn jest wyższy niż w przypadku kobiet. Wpływ na DALY jest ponad dwukrotnie wyższy.	Część działań z zakresu profilaktyki tytoniu powinna być ukierunkowana na mężczyzn.
	3.3.	Udział ryzyk żywieniowych w DALY dla kobiet i mężczyzn łącznie wyniósł 3,85 tys. na 100 tys.	Ryzyka żywieniowe są drugim z kolei czynnikiem ryzyka mającym największy	Należy prowadzić działania obejmujące promowanie

	ludności. Od 2017 r. obserwowana jest tendencja wzrostowa.	udział w utracie DALY dla kobiet i mężczyzn łącznie.	prawidłowego sposobu odżywiania oraz zapobiegania nadwadze i otyłości.
3.4.	Kolejnymi czynnikami, w przypadku mężczyzn, mającymi wysoki udział w DALY i w przeliczeniu na 100 tys. ludności było wysokie ciśnienie krwi oraz wysoki indeks BMI. Na piątym miejscu (udział w DALY) znajdowało się spożywanie alkoholu, gdzie od 2014 r. obserwowana jest tendencja wzrostowa zarówno dla wskaźnika DALY jak i zgony.	W przypadku mężczyzn obserwuję się znaczący wpływ czynników ryzyka skorelowanych ze zdrowym stylem życia.	Rekomendowane są działania promujące zdrowy styl życia, także profilaktyka spożywania alkoholu wśród mężczyzn.
3.5.	W przypadku kobiet wg wskaźnika DALY na 100 tys. ludności na pierwszym miejscu uplasował się wysoki indeks BMI, następnie tytoń (udział tego czynnika wzrósł od 2017 r. o 3%), wysokie ciśnienie krwi oraz ryzyka żywieniowe. Jeżeli chodzi o spożywanie alkoholu to u kobiet czynnik ten zajmował 11 miejsce. Na zgony najwyższy wpływ miało wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe, wysoki poziom cholesterolu LDL i wysoki BMI. Tytoń uplasował się na szóstym miejscu - udział wzrósł o ok. 4,5% od 2017 r., natomiast spożywanie alkoholu znalazło się dopiero na 17 miejscu.	Tak jak i w przypadku mężczyzn, u kobiet najbardziej obciążającymi czynnikami ryzyka są te związane ze zdrowym stylem życia, w tym prawidłowym odżywianiem.	Należy promować zdrowy styl życia, w tym prawidłowe odżywianie wśród kobiet. Część działań z zakresu profilaktyki tytoniu powinna być dedykowana kobietom, gdzie problem narasta.
3.6.	Występują braki w zakresie programów profilaktycznych, finansowanych przez NFZ, w zakresie zdrowia psychicznego. Społeczeństwo	Występują ograniczone działania z zakresu zdrowia psychicznego	Podejmowanie działań, w szczególności długofalowych, w zakresie zdrowia psychicznego

	<p>traktuje leczenie psychiatryczne jako stygmatyzujące, czego konsekwencją jest lęk przed wszelką dostępną formą pomocy, zarówno w leczeniu w poradniach zdrowia psychicznego, jak również w poradniach leczenia uzależnień oraz leczenia uzależnień i współuzależnienia. Z uwagi na coraz to nowsze zagrożenia związane z rozwojem technologii, dostępem do Internetu i komputera należy mieć na uwadze szczególnie dzieci i młodzież.</p> <p>Z analizy danych z zakresu zadań ze zdrowia publicznego realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego wynika, że większość programów profilaktyki zdrowotnej realizują duże jednostki samorządu terytorialnego. Programy te z reguły mają charakter długofalowy i są kontynuowane w kolejnych latach.</p> <p>Natomiast mniejsze miejscowości np. gminy wiejskie nie wykazują działań z zakresu zdrowia publicznego lub wykazują działania, które mają charakter akcyjny/jednorazowy.</p>	<p>(w szczególności działania długofalowe) w przypadku mniejszych miejscowości.</p>	<p>w szczególności w mniejszych miejscowościach.</p> <p>Profilaktyka powinna dotyczyć również takich obszarów, jak radzenie sobie ze stresem.</p>
3.7.	<p>Jednostki samorządu terytorialnego wśród głównych problemów w realizacji i sprawozdawczości zadań z zakresu zdrowia publicznego wskazują na ograniczone środki finansowe na ww. działania, ograniczone często</p>	<p>Występują ograniczone działania z zakresu zdrowia publicznego (w szczególności działania długofalowe) w przypadku mniejszych miejscowości co spowodowane jest w dużej mierze</p>	<p>Podejmowanie działań, w szczególności długofalowych, w zakresie zdrowia publicznego przez jest województwa małopolskiego.</p>

	<p>zmieniające się zasoby ludzkie odpowiedzialne za realizację zadań ze zdrowia publicznego, brak doświadczenia w realizacji tego typu działań i niejasne przepisy prawne, brak szkoleń dla pracowników jednostek samorządowych w celu nabycia kompetencji w zakresie realizacji i sprawozdawczości zadań z wyżej wymienionego zakresu, brak łatwego i szybkiego dostępu do rzetelnych i kompletnych danych potrzebnych do dokonania oceny potrzeb zdrowotnych/problemów zdrowotnych małych społeczności lokalnych.</p>	<p>problemami finansowymi, kadrowymi oraz brakiem doświadczenia.</p>	<p>Istotna jest konieczność koordynacji działań w zakresie zadań ze zdrowia publicznego na poziomie województwa, realizowanych przez różne podmioty (podmioty lecznicze, JST, inspekcja sanitarna, szkoły itd.).</p>
3.8.	<p>Na przestrzeni lat 2017 - 2019 obserwowany jest spadek odsetka przebadanych kobiet (na 100 tys. rocznej populacji do przebadania). W kierunku raka piersi małopolska osiągnęła najgorszy wynik w kraju w liczbie przebadanych kobiet w przeliczeniu na 100 tys. rocznej populacji do przebadania (36% więcej kobiet przebadanych na korzyść Polski).</p> <p>Obserwując zgłaszalność na badania w kierunku raka szyjki macicy i raka piersi, występuje duże zróżnicowanie pomiędzy powiatami. Wg danych MOW NFZ objęcie populacji badaniami cytologicznymi w powiecie o najniższym stopniu zgłaszalności wynosi 6,67% (powiat proszowicki), a w najlepiej przebadanym powiecie 27,80% (powiat suski). W programie profilaktyki raka piersi</p>	<p>Dane wskazują na niską zgłaszalność na profilaktyczne badania przesiewowe.</p>	<p>Podjęcie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na profilaktyczne badania przesiewowe, nowotworów stanowiących główne przyczyny zachorowalności.</p>

Podstawowa opieka zdrowotna		różnice w objęciu populacji badaniami wynoszą od 27,39% (Miasto Tarnów) do 43,55% (powiat miechowski).		
	4.1.	<p>Najmniej lekarzy pracujących w POZ w przeliczeniu na 100 tys. ludności znajdowało się w powiatach wielickim, nowosądeckim, wadowickim, brzeskim oraz suskim, a najwięcej w powiecie oświęcimskim, Krakowie, powiecie miechowskim oraz Tarnowie.</p> <p>Najwięcej pielęgniarek zatrudnionych w POZ w przeliczeniu na 100 tys. ludności było w Tarnowie, wysokie wartości występowały ponadto w Krakowie, powiecie chrzanowskim, powiecie bocheńskim, powiecie oświęcimskim, Nowym Sączu, powiecie miechowskim, natomiast najmniej w powiecie wielickim oraz tatrzańskim.</p> <p>W przypadku liczby położnych największe wartości w przeliczeniu na 100 tys. ludności odnotowano dla powiatu dąbrowskiego, krakowskiego oraz gorlickiego, a najmniejsze dla Nowego Sącza, powiatu tatrzańskiego oraz oświęcimskiego.</p>	Dostępność do kadry pracującej w POZ jest zróżnicowana w powiatach.	Dążenie do wyrównania dostępności do kadry pracującej POZ pomiędzy powiatami.
	4.2.	W 2019 r. najczęstsze przyczyny wizyt w POZ w województwie były podobne do tych zaobserwowanych w Polsce ogółem.	Zmniejszenie dysproporcji w udziale pacjentów korzystających ze świadczeń POZ w podziale na wiek.	Ustalenie przyczyn dysproporcji i podjęcie odpowiednich działań.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		Udział pacjentów korzystających ze świadczeń POZ ze względu na wiek nie odbiegał znacząco od obserwacji dla całej Polski.		
	4.3.	W 2019 r. na terenie województwa funkcjonowało 81 jednostek (ośrodków kształcenia) uprawnionych do prowadzenia specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej, która jest podstawową specjalizacją dla POZ. Istniało w nich 430 miejsc dla lekarzy chcących specjalizować się w tej dziedzinie. W innych specjalizacjach lekarskich (choroby wewnętrzne, pediatria) szkolenie prowadzone jest głównie w lecznictwie zamkniętym. Liczba osób w trakcie szkolenia podyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej wynosiła 172.	Wniosek i rekomendacja ujęte zostały w obszarze KADRY.	nie dotyczy
	5.1.	Świadczeń w ramach AOS udzielały 1 706 poradni (460 świadczeniodawców). Liczba porad udzielanych w ramach AOS w przeliczeniu na 1 tys. ludności była zróżnicowana. Największe wartości odnotowano w poradniach w Tarnowie, Nowym Sączu, Krakowie, powiecie miechowskim oraz powiecie chrzanowskim, natomiast najmniejsze w poradniach powiecie: krakowskim, nowosądeckim, tarnowskim i wielickim. W przypadku nowotworów zaobserwowano zwiększającą się liczbę udzielanych porad co	Starzenie się społeczeństwa będzie miało wpływ na zwiększenie liczby pacjentów oraz porad i tym samym zapotrzebowania na świadczenia w ramach AOS. Dane wskazują na nierównomierne udzielanie usług w poradniach w AOS. Rosnące potrzeby na porady w zakresie chorób nowotworowych. W wybranych poradniach zaobserwowano długi czas (lub wysoką	Podejmowanie działań ukierunkowanych na rozwój oraz zwiększenie i wyrównanie dostępności i jakości usług AOS, w zakresie diagnostyki i leczenia dla chorób stanowiących główne przyczyny zgonów w województwie oraz innych istotnych dla regionu jednostek chorobowych.

	<p>spowodowane jest tendencją wzrostową, na przestrzeni lat, zapadalności na nowotwory.</p> <p>Najwyższa liczba porad udzielana była w grupie wiekowej 65+ i od 2015 r. obserwowana jest tendencja wzrostowa porad udzielanych w tej grupie. Zgodnie z prognozami demograficznymi, w kolejnych latach wzrastała będzie liczba osób starszych i niesamodzielnych wymagających kompleksowych świadczeń zdrowotnych.</p> <p>Zgodnie ze statystykami od 2015 r. obserwuje się tendencję spadkową liczby porad. Jest to m.in. związane ze spadkiem liczby świadczeniodawców oraz do 2017 r. ze spadkiem liczby poradni (w 2018 r. nastąpił nieznaczny wzrost liczby poradni, w 2019 r. znowu nastąpił spadek). Może to świadczyć o tym, że świadczenia są udzielane w ramach leczenia stacjonarnego (liczba hospitalizacji wykazuje w ostatnich latach tendencję wzrostową, większe są również nakłady NFZ na leczenie szpitalne).</p> <p>Najdłuższy czas oczekiwania na świadczenia (zarówno w przypadkach stabilnych jak i pilnych) wykazany został dla poradni neurochirurgicznej (powyżej 400 dni), przy relatywnie niskiej – w stosunku do niektórych poradni - liczbie osób oczekujących w kolejce na świadczenie (1 901 dla</p>	liczbę oczekujących) oczekiwania na świadczenie.	
--	---	--	--

Leczenie szpitalne		<p>przypadków stabilnych, 508 dla przypadków pilnych).</p> <p>Długi czas oczekiwania (powyżej 200 dni) na świadczenia zdrowotne obserwowany jest również dla poradni genetycznej, immunologicznej oraz endokrynologicznej. Natomiast największa liczba osób oczekujących w kolejce na świadczenie wykazana została dla poradni okulistycznej w przypadku stabilnym. Druga z kolei najwyższa liczba osób oczekujących na świadczenie wykazana została dla poradni kardiologicznej dla przypadków stabilnych.</p> <p>W przypadku wszystkich wyżej opisanych poradni przeciętne czasy oczekiwania na świadczenie zdrowotne (dla przypadków stabilnych) były jednymi z najdłuższych i przekraczały 100 dni dla przypadków stabilnych.</p>		
	6.1.	<p>Liczba hospitalizacji w latach 2014-2019 miała tendencję wzrostową, natomiast w przypadku liczby porad udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zaobserwowano tendencję spadkową.</p>	<p>Wniosek i rekomendacja ujęte zostały w obszarze AOS.</p>	

6.2.	<p>W 2019 r. nastąpił znaczący spadek liczby łóżek szpitalnych (bez łóżek psychiatrycznych i łóżek opieki długoterminowej o kodach resortowych 5 160 – 5 360).</p> <p>Najwięcej łóżek w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych w przeliczeniu na 10 tys. ludności znajdowało się w powiecie tatrzańskim, Krakowie, Tarnowie, Nowym Sączu, natomiast najmniej w powiecie: tarnowskim, krakowskim, nowosądeckim, oraz bocheńskim. Ponadto w województwie znajduje się jeden powiat (wielicki), w którym nie funkcjonuje żaden szpital.</p> <p>Największą liczbę osób leczonych w szpitalach w ramach świadczeń rozliczanych przez NFZ odnotowano na oddziałach: położniczo-ginekologicznym, chorób wewnętrznych, chirurgicznym ogólnym, chirurgii urazowo-ortopedycznej, pediatrycznym, kardiologicznym. Na wspomnianych oddziałach obłożenie łóżek mieściło się w przedziale 53-86%.</p>	Dane potwierdzają zróżnicowanie dostępności i wykorzystania łóżek szpitalnych.	Uwzględniając poziom obłożenia łóżek na poszczególnych oddziałach w poszczególnych powiatach, należy dążyć do racjonalizacji liczby dostępnych łóżek, mając na uwadze również podejmowanie działań umożliwiających zrównoważony rozwój podmiotów leczniczych.
6.3.	Rozpatrując dostępność świadczeń w ujęciu kolejek do oddziałów, dla przypadków stabilnych, najdłuższe kolejki w leczeniu szpitalnym w lutym 2020 r. występowały na oddziałach: leczenia jednego dnia – 994,3 dni (Polska 550,6 dni), chirurgii plastycznej - 687 dni (Polska 344,4 dni),	<p>Obserwowany jest długi czas oczekiwania na część świadczeń udzielnych w szpitalach.</p> <p>Dane wskazują na zróżnicowany dostęp do oddziałów szpitalnych i zabiegów</p>	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie leczenia szpitalnego, szczególnie w przypadku tych jednostek chorobowych, dla których

	<p>neurochirurgii – 506,5 dni (Polska 319,3 dni). Kolejki na pozostałe oddziały były równe lub krótsze niż 503,1 dni.</p> <p>Średni czas oczekiwania do oddziału w tym okresie był dłuższy niż w skali całego kraju, wyniósł 138,6 dni, podczas gdy dla całej Polski było to 114,3 dni.</p> <p>Kolejki do oddziałów w przypadkach pilnych były najdłuższe do oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej – 196,8 dni (Polska 185,2 dni), otorynolaryngologicznych – 115,8 dni (Polska 80,4 dni), neurochirurgicznych – 115,4 dni (Polska 222,6 dni). Średnia w przekroju kolejek wynosiła 44,9 dni (dla Polski 56,4 dni).</p> <p>Najdłuższe kolejki do zabiegów w leczeniu szpitalnym dla przypadków stabilnych w lutym 2020 r. występowały dla: endoprotezoplastyki stawu kolanowego - 768 dni (Polska 1022,6 dni), endoprotezoplastyki stawu biodrowego – 754,7 dni (Polska 924 dni), operacji palucha koślawego – 639,9 dni (Polska 595,8 dni). Kolejki do pozostałych zabiegów były równe lub krótsze niż 509,6 dni.</p> <p>Średni czas oczekiwania na zabieg w tym okresie wyniósł 163,5 dni, podczas gdy w skali całej Polski było to 137,1 dni.</p> <p>Kolejki do zabiegów w przypadkach pilnych w lutym 2020 były najdłuższe dla:</p>	wykonywanych w ramach leczenia szpitalnego.	odnotowuje się długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenie oraz z uwzględnieniem grup wymagających szczególnej opieki tj. osób starszych, matek, noworodków i dzieci, a także zapewnienie dostępności do diagnostyki i leczenia chorób rzadkich.
--	--	---	---

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		endoprotezoplastyki stawu kolanowego – 363,7 dni (Polska 483,9 dni), zabiegów na przegrodzie nosowej – 268,9 dni (Polska 129,1 dni), leczenia operacyjnego zespołu cieśni nadgarstka – 266,7 dni (Polska 156,8 dni). Średnia w przekroju kolejek wynosiła 121 dni (dla Polski 106,6 dni).		
	6.4.	Pod względem wskaźnika liczby zakażeń szpitalnych leczonych stacjonarnie na 100 tys. ludności województwo zajmowało 7. miejsce w kraju, powyżej wartości średniej dla Polski (251,25 vs 235,6). Współczynnik zgonów spowodowanych zakażeniem szpitalnym na 100 tys. ludności. w województwie był niższy niż średnia dla kraju (3,08 vs 4,05).	Wskaźnik liczby zakażeń szpitalnych leczonych stacjonarnie na 100 tys. ludności jest większy niż wartość dla Polski.	Należy dążyć do poprawy jakości usług świadczonych w ramach lecznictwa szpitalnego.
	7.1.	W przypadku dzieci i młodzieży obserwowany jest wysoki wskaźnik pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze dla województwa (96,5%) przy jednocześnie dużej różnorodności tego wskaźnika w odniesieniu do powiatów (od 0,3% do 97,3%). W 2019 r. najwięcej form leczenia dzieci i młodzieży skupione było w Krakowie oraz po 1 lub 2 formy leczenia w powiatach: oświęcimskim, olkuskim, miechowskim, krakowskim, wielickim,	Występuje duży ruch migracyjny pacjentów pomiędzy poszczególnymi rejonami Małopolski. Z tego względu dostępność do świadczeń z zakresu psychiatrii dla dzieci i młodzieży w obrębie powiatów oraz obecna infrastruktura nadal nie są wystarczające do zaspokojenia aktualnych i przyszłych potrzeb osób wymagających opieki psychiatrycznej.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży, między innymi poprzez kontynuowanie wdrażania reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zapoczątkowanej w 2020 r., zakładającej otwarcie ośrodków

	<p>bocheńskim, myślenickim, limanowskim i Tarnowie. Z analizy wynika, że dostęp do kompleksowego leczenia psychiatrycznego dedykowanego dzieciom i młodzieży był dużo bardziej utrudniony niż w przypadku dorosłych. Największa odległość gminy od najbliższej poradni wynosiła 63 km - Gmina Kościelisko, 58 km - Zakopane, 53 km - Poronin. Podobnie te same gminy wykazały najwyższą średnią odległość od każdej z czterech form leczenia.</p> <p>Proporcje udzielanych porad w małopolskim są lepsze niż w kraju (tzn. mniejszy udział porad lekarskich). Jednakże przeciętny czas oczekiwania do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci w lutym 2020 r. wynosił zarówno w przypadku stabilnym, jak i pilnym, 93 dni (jest to 3. miejsce w kraju najdłuższym czasem oczekiwania).</p>	<p>Wskazuje na to duży czas oczekiwania na świadczenia.</p>	<p>leczenia dzieci i młodzieży na trzech poziomach referencyjności.</p>
7.2.	<p>97% pacjentów skorzystało z różnych form leczenia i pomocy psychiatrycznej na terenie województwa. Z analizy migracji pacjentów wynika, że są one ściśle związane z dostępnością i rozmieszczeniem bazy form pomocy psychiatrycznej w obrębie województwa. W podziale na powiaty najniższy procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze wykazany został dla powiatu krakowskiego, tarnowskiego oraz nowosądeckiego,</p>	<p>Dane wskazują, że dostępność do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dorosłych oraz obecna infrastruktura na niektórych obszarach województwa nie są wystarczające do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, należy wziąć także pod uwagę, że zapotrzebowanie</p>	<p>Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług z zakresu psychiatrii dla dorosłych, szczególnie na obszarach na których dostęp do wybranych form opieki jest ograniczony. Dążenie do osiągnięcia rekomendowanych proporcji udzielanych świadczeń</p>

	<p>natomiast wysoki procent wykazano dla miast na prawach powiatu: Krakowa, Tarnowa i Nowego Sącza. Oznacza to, że miasta te posiadają lepsze specjalistyczne zasoby w zakresie opieki psychiatrycznej, co przekłada się na migrację pacjentów z ww. powiatów.</p> <p>Jeśli chodzi o podstawowe formy leczenia psychiatrycznego, poradnie psychiatryczne/psychologiczne dla dorosłych znajdowały się we wszystkich powiatach województwa, zespoły leczenia środowiskowego w prawie wszystkich (poza powiatem dąbrowskim), oddziałów dziennych zabrakło w 8. powiatach, oddziały szpitalne znajdowały się w 9. powiatach.</p> <p>Oddziały psychogeriatryczne funkcjonują w Krakowie i w powiecie wadowickim. Zgodnie z prognozami demograficznymi, w kolejnych latach będzie wzrastała liczba osób starszych i niesamodzielnych wymagających kompleksowych świadczeń zdrowotnych.</p> <p>W ramach trzyletniego pilotażu CZP rozpoczętego w 2018 r., w województwie utworzono 4 Centra Zdrowia Psychicznego.</p> <p>Wg danych za 2019 r. występowała odwrotna proporcja typów udzielanych porad w stosunku do rekomendowanej. Obserwowany jest wysoki udział</p>	na opiekę psychogeriatryczną będzie wzrastać.	(udziału porad lekarskich w stosunku do psychoterapii i porad psychologicznych), w tym poprzez kontynuację zapoczątkowanych zmian (pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego).
--	--	---	---

	<p>porad lekarskich w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych (65,5%) przy niskim udziale psychoterapii indywidualnej (17,81%), porad psychologicznych (15,29%) oraz oddziaływań grupowych/rodzinnych (1%).</p> <p>W przypadku leczenia uzależnień, należących do behawioralnych czynników ryzyka w największym stopniu wpływających na wskaźnik DALY (uzależnienia od alkoholu, narkotyków, środków psychoaktywnych itp.), występuje ograniczony dostęp do leczenia specjalistycznego. Dostęp do świadczeń poradni leczenia uzależnień (ogólnej) i poradni leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz oddziałów dziennych leczenia uzależnień skumulowany jest przede wszystkim w większych miastach (szczególnie Kraków), przy równoczesnych potrzebach pacjentów w mniejszych ośrodkach administracyjnych. Na terenie województwa nie ma w ogóle poradni antynikotynowych oraz hosteli dla osób uzależnionych od alkoholu i uzależnionych od substancji psychoaktywnych.</p>		
7.3.	Liczba lekarzy ze specjalizacją z psychiatrii przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 12,1. Jest to wskaźnik dalece niezadowalający, gdyż	Wniosek i rekomendacja ujęte zostały w obszarze KADRY.	nie dotyczy

Rehabilitacja medyczna		<p>powinien on wynosić 20 według konsultanta krajowego.</p> <p>W przypadku psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej liczba lekarzy wynosiła 1,3 w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Różnica pomiędzy liczbą lekarzy rekomendowaną przez KK na 100 tys. ludności (2,0) a faktyczną liczbą lekarzy na 100 tys. ludności wynosi 0,7.</p>		
	8.1.	<p>W lutym 2020 r. na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej oczekiwało: w przypadku stabilnym 83 737 osób (średni czas oczekiwania 166 dni; w Polsce 151 dni), natomiast, w przypadku pilnym 16 361 osób (106 dni; 102 dni w Polsce). Do poradni rehabilitacyjnej, w przypadku stabilnym czas oczekiwania wynosił 43 dni, w przypadku pilnym 38 dni.</p> <p>Najśłabsza dostępność do świadczeń rehabilitacji medycznej, realizowanych w warunkach stacjonarnych w 2019 r. występowała w zakresie rehabilitacji kardiologicznej (na 100 tys. ludności poniżej średniej dla kraju o 33%, 12 miejsce w Polsce) oraz neurologicznej (na 100 tys. ludności poniżej średniej dla kraju o 1%, 8 miejsce w Polsce).</p> <p>Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych jest świadczeniem o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania. W lutym 2020</p>	<p>Dane potwierdzają zróżnicowaną i ograniczoną dostępność do świadczeń rehabilitacji medycznej we wszystkich jej formach.</p> <p>Duża liczba pacjentów oczekujących na rehabilitację świadczy o dużym zapotrzebowaniu na usługi rehabilitacyjne, jednocześnie długi czas oczekiwania negatywnie wpływa na stan zdrowia pacjentów z uwagi na późne rozpoczęcie rehabilitacji.</p>	<p>Podejmowanie działań zmierzających do zwiększenia dostępności i jakości usług w zakresie kompleksowej z uwzględnieniem istotnych dla regionu małopolskiego jednostek chorobowych, w szczególności w powiatach o ograniczonej dostępności.</p>

przeciętny czas oczekiwania na to świadczenie dla przypadków stabilnych wynosił 1 385 dni przy 20,5 tys. osób oczekujących, a dla przypadków pilnych 187 dni przy 2,4 tys. osób oczekujących.

Przeciętny czas oczekiwania na leczenie w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej był stosunkowo duży i wynosił (w lutym 2020 r.) 359 dni w przypadku stabilnym i 182 dni w przypadku pilnym.

Zdecydowanie lepiej niż w przypadku rehabilitacji ambulatoryjnej, wyglądała sytuacja oczekiwania na świadczenia zdrowotne w rehabilitacji domowej (jest to jednak świadczenie o najmniejszej liczbie pacjentów). W lutym 2020 r. na świadczenia fizjoterapii domowej w przypadku stabilnym liczba osób oczekujących wynosiła 721 (47 dni), w przypadku pilnym 119 (45 dni). Dla porównania przeciętny czas oczekiwania na to świadczenie w Polsce to 53,02 dni (w przypadkach stabilnych) i 36,81 dni (w przypadkach pilnych).

Z rehabilitacji najmniej pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności korzystało w powiatach nowotarskim, wadowickim, suskim i tatrzańskim. Najśłabsza dostępność do opieki długoterminowej w powiatach tarnowskim, wadowickim, nowosądeckim, krakowskim, chrzanowskim.

	<p>Wskaźnik dostępności ośrodków rehabilitacji stacjonarnej był bardzo niski, w 2019 r. w województwie małopolskim na 100 tys. ludności był mniejszy o 16% w stosunku do średniej dla Polski, co daje 13. miejsce w kraju. W 2019 r. ośrodków rehabilitacji stacjonarnej nie było w ośmiu powiatach: suskim, wadowickim, myślenickim, wielickim, bocheńskim, tarnowskim, proszowickim i miechowskim.</p> <p>Z rehabilitacji stacjonarnej skorzystało 5,9% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji medycznej w województwie małopolskim w 2019 r. liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) była mniejsza o 4% od średniej dla kraju, co daje 7 miejsce w Polsce.</p> <p>Wskaźnik dostępności ośrodków rehabilitacji domowej na 100 tys. ludności w 2019 r. był niższy o 22% w stosunku do średniej dla Polski, co daje 12 miejsce w kraju. Ten rodzaj rehabilitacji w 2019 r. realizowany był w województwie małopolskim we wszystkich powiatach, najwięcej ośrodków skupionych było w Krakowie.</p>		
8.2.	Liczba specjalistów rehabilitacji medycznej zarejestrowanych w 2019 r. w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie znacząco wzrosła	Wniosek i rekomendacja ujęte zostały w obszarze KADRY.	nie dotyczy

Opieka długoterminowa		<p>w porównaniu z rokiem 2018. Ta liczba zapewnia ciągłość świadczeń zdrowotnych przy obecnym poziomie kontraktowania, choć brak specjalistów rehabilitacji medycznej jest nadal wyraźnie odczuwalny. Przy obecnym braku lekarzy chętnych do podjęcia specjalizacji w tej dziedzinie perspektywy kadrowe są niekorzystne, a w dziedzinie rehabilitacji medycznej rysuje się luka pokoleniowa. M. in. obszerność i interdyscyplinarność specjalizacji, wciąż niska wycena świadczeń rehabilitacyjnych, możliwość kierowania pacjentów na zabiegi fizjoterapeutyczne przez lekarzy innych specjalności skutkują niską liczbą młodych lekarzy skłonnych do podejmowania tej specjalizacji².</p>		
	9.1.	<p>Zaobserwowano drugą wśród województw największą liczbę osób oczekujących na przyjęcie do ZOL w przypadku pilnym oraz najwyższą w Polsce liczbę osób oczekujących na ZOL w przypadku stabilnym. Również przeciętny czas oczekiwania na przyjęcie do ZOL dla przypadków stabilnych był najwyższy i wynosił 592 dni.</p>	<p>Niewystarczająca dostępność do świadczeń długoterminowej opieki wynikająca z długiego czasu oczekiwania pacjentów.</p>	<p>Działania mające na celu skrócenie kolejek oczekujących na świadczenia zdrowotne do zakładów stacjonarnych w opiece długoterminowej.</p>

² Raport konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej częstkowy za okres objęty umową z Wojewodą w 2019 r.

9.2.	Dostępność do łóżek opieki długoterminowej wśród populacji 65+ na 1 tys. osób na koniec 2019 r. była wyższa o 21% w stosunku do średniej wartości dla Polski. Analizując wskaźnik pokazujący średnią liczbę łóżek w opiece długoterminowej w 2019 r. przypadających na 1 mln ludności, otrzymana wartość plasuje województwo małopolskie na 6. miejscu w kraju (więcej o 14% w stosunku do średniej wartości dla Polski).	Obecna infrastruktura jest wystarczająca dla zaspokojenia aktualnych potrzeb osób wymagających tego rodzaju opieki. Należy jednak mieć na uwadze, że zjawisko starzejącego się społeczeństwa zwiększy w przyszłości popyt na usługi w opiece długoterminowej.	Dostosowanie infrastruktury opieki długoterminowej do rosnących potrzeb związanych z pogłębiającą się niekorzystną sytuacją demograficzną oraz epidemiologiczną w regionie.
9.3.	W ramach opieki stacjonarnej wskazano 4 powiaty (tarnowski, tatrzański, limanowski oraz wadowicki), w których nie zostały wykazane żadne ośrodki świadczące pomoc stacjonarną. Zgodnie z danymi Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ świadczenia dla opieki stacjonarnej kontraktowane są na określone grupy powiatów, nie zaś dla poszczególnych powiatów, stąd też w każdym z obszarów kontraktowania są zabezpieczone świadczenia w ww. zakresie. Jednakże w przypadku opieki stacjonarnej odległość od miejsca udzielania świadczenia do miejsca zamieszkania pacjenta ma istotne znaczenie co przekłada się na migracje pacjentów by otrzymać świadczenie.	Brak opieki stacjonarnej w 4 powiatach.	Zapewnienie dostępności do opieki stacjonarnej w powiatach, w których dany typ opieki nie występuje.

Op. paliat. i hosp.	9.4.	Zróżnicowane rozmieszczenie podmiotów realizujących świadczenia z zakresu opieki domowej dla chorych wymagających wentylacji mechanicznej. Tego rodzaju świadczenia dla osób dorosłych realizowane były przez podmioty lecznicze zlokalizowane w pięciu powiatach (chrzanowski, krakowski, wielicki, nowotarski i tarnowski) oraz Tarnowie, natomiast dla dzieci tylko w dwóch powiatach (chrzanowski i nowotarski). W tym przypadku świadczenia te również kontraktowane są na obszar całego województwa, nie zaś na poszczególne powiaty.	Niska dostępność do świadczeń dla chorych wymagających wentylacji mechanicznej.	Zapewnienie świadczeń wentylacji mechanicznej w powiatach, w których to świadczenie nie występuje.
	9.5.	Pacjenci migrują do regionów posiadających lepsze zasoby instytucjonalne świadczące pomoc w ramach opieki długoterminowej. Najwyższe saldo migracji odnotowano dla powiatu nowotarskiego, Krakowa, powiatu chrzanowskiego oraz powiatu suskiego. Ujemne saldo migracji odnotowano dla 14 z 22 powiatów. Najsłabsza dostępność do opieki długoterminowej była w powiecie: krakowskim, oświęcimskim, tarnowskim, wadowickim (wartości ujemne).	Zróżnicowana i ograniczona dostępność do świadczeń opieki długoterminowej w poszczególnych powiatach.	Podjęcie działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług opieki długoterminowej we wszystkich dostępnych formach opieki, w szczególności w powiatach o ograniczonej dostępności.
	10.1.	W rozbiciu na rodzaje świadczeń, w przypadku opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń zdrowotnych skorzystało o 25% mniej pacjentów na 100 tys. ludności niż średnia dla	Przedstawione dane potwierdzają gorszą w porównaniu do średniej dla Polski dostępność do świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej	Podjęcie działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług opieki paliatywnej

	<p>Polski, co daje 12. miejsce w kraju. W przypadku opieki w warunkach ambulatoryjnych o 40% mniej pacjentów na 100 tys. ludności, co daje 12. miejsce w kraju. Pod względem liczby ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności (uwzględniając wszystkie rodzaje opieki), województwo zajmowało 13. miejsce w kraju ze wskaźnikiem 1,44 (niższy o 17% w stosunku do średniej dla Polski).</p>	<p>(w szczególności dotyczy to opieki domowej i ambulatoryjnej).</p>	<p>i hospicyjnej we wszystkich dostępnych formach.</p>
10.2.	<p>Województwo małopolskie było, obok województwa śląskiego i pomorskiego, regionem o najniższym w Polsce wskaźniku zabezpieczenia pod względem dostępności opieki hospicyjnej domowej (1,1 ośrodków domowych na 100 tys. ludności). W dwóch powiatach w województwie: proszowickim oraz dąbrowskim nie ma ani jednego ośrodka opieki domowej. Województwo zajmowało ostatnie miejsce pod względem liczby udzielonych świadczeń w hospicjum domowym dedykowanym pacjentom dorosłym (liczba pacjentów na 100 tys. ludności jest 30% niższa od średniej wartości dla Polski). W lutym 2020 r. przeciętny czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego/zespołu domowej opieki hospicyjnej wynosił 26 dni, liczba pacjentów oczekujących to 332 osoby.</p>	<p>Niewystarczająca dostępność do świadczeń domowych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej.</p>	<p>Tworzenie nowych hospicjów domowych w pierwszej kolejności w powiatach o ograniczonej dostępności.</p>

10.3.	<p>Zapotrzebowanie na liczbę miejsc w paliatywnej opiece hospicyjnej w województwie w 2050 r. wzrośnie i wyniesie 18,8 tys. miejsc (wzrost o 52% w stosunku do 2020 r.). Widoczny jest wzrost zapotrzebowania na opiekę domową. Analizy liczby miejsc stacjonarnych dla województwa małopolskiego prognozują niewielki spadek z 340 miejsc w 2020 r. do 328 miejsc w 2050 r. Prognozy liczby miejsc opieki domowej pokazują wzrost zapotrzebowania z 12,0 tys. miejsc w 2020 r. do 18,4 tys. w 2050 r.</p>	<p>Zgodnie z prognozami demograficznymi i epidemiologicznymi zapotrzebowanie na domowej świadczenia paliatywne i hospicyjne będzie coraz większe.</p>	<p>Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń domowych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej.</p>
10.4.	<p>18 podmiotów realizowało świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych. W 9 spośród 22 powiatów nie zapewniało chorym opieki tego rodzaju (tj. powiaty bocheński, chrzanowski, krakowski, myślenicki, proszowicki, tarnowski, m. Tarnów, wadowicki, wielicki). Zgodnie z danymi MOW NFZ świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych kontraktowane są na określone grupy powiatów, nie zaś na poszczególne powiaty. Jednakże w przypadku świadczeń w warunkach stacjonarnych odległość od miejsca udzielania świadczenia do miejsca zamieszkania pacjenta ma istotne znaczenie.</p>	<p>Dostępność do świadczeń tego rodzaju na terenie województwa była zróżnicowana regionalnie.</p>	<p>Podjęmowanie działań mających na celu wyrównanie dostępności do oddziałów medycyny paliatywnej/hospicjów stacjonarnych pomiędzy powiatami.</p>

10.5.	<p>Na terenie 8 z 22 powiatów działało 12 poradni medycyny paliatywnej, w przeliczeniu na 100 tys. ludności mniej o 13% w stosunku do średniej dla Polski, co daje 9. miejsce w kraju. Dostępność do poradni medycyny paliatywnej była ograniczona – świadczenia paliatywne w warunkach ambulatoryjnych były udzielane głównie w zachodniej i południowej części województwa (brak poradni w powiatach północno-wschodniej części Małopolski). Zgodnie z uwagami MOW NFZ świadczenia w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej (realizowane w warunkach ambulatoryjnych) kontraktowane są na obszar całego województwa, nie zaś poszczególnych powiatów. Jednakże w przypadku tego zakresu świadczeń odległość od miejsca udzielania świadczenia do miejsca zamieszkania pacjenta ma istotne znaczenie.</p>	<p>Na terenie województwa występuje ograniczona dostępność do poradni medycyny paliatywnej.</p>	<p>Zwiększenie i wyrównanie dostępności świadczeń paliatywnych i hospicyjnych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych pomiędzy powiatami.</p>
10.6.	<p>Wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności, którym udzielono świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej wyniósł 0,32 przy wskaźniku dla Polski 1,23. W województwie funkcjonował jeden świadczeniodawca udzielający świadczeń z ww. zakresu.</p>	<p>nie dotyczy</p>	<p>Utrzymanie na co najmniej tym samym poziomie dostępności do świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.</p>

Państwowe Ratownictwo Medyczne	10.7.	Liczba lekarzy medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 1,3, a średni wiek lekarzy to 52 lata. Wskaźnik dostępności lekarzy, rekomendowany przez Konsultanta Krajowego powinien wynosić 3 na 100 tys. ludności.	Zabezpieczenie w kadrę medyczną w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej nie jest wystarczające.	Zwiększenie w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej liczby lekarzy ze specjalizacją z medycyny paliatywnej (co najmniej do wartości referencyjnej, wskazanej przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej, tj. 3,0 lekarzy/100 tys. ludności) oraz pielęgniarek, w szczególności ze specjalizacją: pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej.
	11.1.	<p>Województwo małopolskie zajmowało 13. miejsce w skali kraju pod względem liczby zespołów ratownictwa medycznego na 100 tys. Ludności.</p> <p>Jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 96,1% wezwań z czasem dojazdu do 15 minut oraz 3,9% wezwań powyżej 15 minut, co daje 4 najmniejszy wynik w skali całego kraju.</p> <p>Jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 94,4% wezwań z czasem dojazdu</p>	nie dotyczy	Celem poprawy czasu dojazdu na miejsce wezwania, proponuje się rozważenie relokacji istniejących Zespołów Ratownictwa Medycznego lub zwiększenie liczby ZRM w ramach posiadanych środków na realizację świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego.

Kadry		<p>do 20 minut oraz 5,7% wezwań powyżej 20 minut, co daje najmniejszy wynik w skali całego kraju.</p> <p>Mediana czasu dotarcia dla województwa małopolskiego - w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców w mapie potrzeb zdrowotnych określona została na poziomie 6 minut.</p> <p>Mediana czasu dotarcia dla województwa małopolskiego - poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców w mapie potrzeb zdrowotnych określona została na poziomie 11 minut.</p>		
	12.1.	<p>Liczba pielęgniarek na 100 tys. w 2019 r. w województwie była powyżej średniej dla Polski i uplasowała województwo na 6. miejscu w rankingu województw. Należy zaznaczyć, że 63% wszystkich pielęgniarek miało powyżej 45 lat.</p> <p>Oszacowano, że do 2029 r. nastąpi spadek liczby pielęgniarek o 25% (o 33% w Polsce).</p> <p>Liczba położnych w przeliczeniu na 100 tys. ludności była o 29% wyższa niż dla Polski (2. miejscu w rankingu województw) .</p> <p>Jeśli tendencja spadkowa w przypadku liczby położnych będzie się utrzymywać to w 2029 r. w porównaniu do 2019 r. może być ich mniej o 25%. Należy zaznaczyć, że w Małopolsce w latach</p>	<p>Wyzwaniem dla województwa jest wzrost zatrudniania pielęgniarek i położnych.</p>	<p>Należy podjąć działania mające na celu ograniczenie pogłębiających się niedoborów kadry pielęgniarek i położnych. Konieczne jest zwiększenie liczby studentów poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów liceów do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek i położnych w podjęciu pracy w zawodzie.</p>

	2016-2018 współczynnik dzietności ogólnej wzrastał.		
12.2.	<p>Liczba lekarzy na 100 tys. ludności w województwie była powyżej średniej dla Polski i uplasowała województwo na 6. miejscu w rankingu województw (379 vs. 342 dla Polski).</p> <p>Liczba lekarzy dentyków na 100 tys. ludności dała Małopolsce 7. miejsce w rankingu województw (95 vs 91 dla Polski). Średni wiek lekarza dentyki wyniósł 45 lat (w Polsce 46 lat).</p>	Wzrost zatrudnienia młodego personelu w grupie lekarzy i lekarzy dentyków.	<p>Podejmowanie działań, które wpłyną na zwiększenie atrakcyjności pracy w zawodzie lekarza i lekarza dentyki oraz zachęcenie młodych osób do pracy w tych zawodach na terenie województwa.</p> <p>Wzrost liczby miejsc na studiach na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentyki w województwie.</p> <p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie województwa np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych medyków.</p>
12.3.	Według szacunków w 2024 r. w wielu dziedzinach będzie więcej lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny, niż lekarzy zdobywających tytuł specjalisty. Najbardziej widoczne może to być	Niewystarczająca liczba lekarzy decyduje się na wybór określonych specjalizacji.	Wzrost liczby miejsc na szkoleniach specjalizacyjnych w województwie.

	<p>w przypadku dziedzin takich jak: choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna, choroby płuc i otolaryngologia.</p> <p>Największe różnice pomiędzy ogólną liczbą specjalistów a liczbą rekomendowaną wystąpiły w takich dziedzinach jak: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, psychiatria, medycyna pracy, geriatryka. Zgodnie z danymi CMKP i MUW w przypadku wymienionych specjalizacji odnotowano znacznie mniej lekarzy zainteresowanych uzyskaniem specjalizacji niż miejsc specjalizacyjnych zarówno w trybie rezydenckim jak i pozarezydenckim.</p> <p>Ponadto dla wielu dziedzin medycyny corocznie w ramach postępowań kwalifikacyjnych pozostają niewykorzystane miejsca szkoleniowe, nawet w trybie rezydenckim. Sytuacja dotyczy następujących dziedzin: choroby płuc, choroby płuc dzieci, choroby zakaźne, geriatryka, kardiologia, medycyna paliatywna, medycyna ratunkowa, neonatologia, onkologia kliniczna, patomorfologia, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna, rehabilitacja medyczna, toksykologia kliniczna.</p> <p>Ponadto należy mieć na uwadze dziedziny, w których ogólna liczba specjalistów wyniosła</p>		<p>Podejmowanie działań, które przyczynią się do zwiększenia atrakcyjności pracy w dziedzinach medycyny, w których problem braku nowych specjalistów nie wynika z niewystarczającej liczby miejsc szkoleniowych, tylko z braku chętnych osób do otwierania wybranych specjalizacji, a także dążenie do poprawy wykorzystania czasu pracy specjalistów w sytuacji braków kadrowych.</p> <p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie województwa w wybranych dziedzinach np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych medyków.</p> <p>Wzrost zatrudnienia asystentów medycznych pomagających w pracy lekarzy we wskazanych dziedzinach.</p>
--	--	--	--

Sprzęt medyczny		poniżej 20 oraz procentowa różnica pomiędzy rekomendowaną liczbą lekarzy specjalistów a rzeczywistą liczbą wyniosła 50% lub więcej. Do takich dziedzin zaliczono audiologię i foniatrię, endokrynologię i diabetologię dziecięcą, farmakologię kliniczną, mikrobiologię lekarską, nefrologię dziecięcą, neuropatologię, pediatrię metaboliczną i perinatologię.		
	12.4.	Istnieją dziedziny medycyny, w których przyczyną małej liczby specjalistów jest mała liczba miejsc szkoleniowych. Zalicza się do nich np. większość specjalizacji w dziedzinach lekarsko-dentystycznych, w dziedzinach lekarskich tj. chirurgia plastyczna, dermatologia i wenerologia czy okulistyka.	Niewystarczająca liczba miejsc szkoleniowych skutkuje małą liczbą specjalistów w określonych dziedzinach medycyny.	Dążenie do poprawy dostępności do szkolenia specjalizacyjnego w wybranych dziedzinach, w których przyczyną małej liczby specjalistów jest niewystarczająca liczba miejsc szkoleniowych.
	13.1.	Średni wiek akceleratorów wyniósł 8,2 lat (6. miejsce pod względem najstarszego średniego wieku wśród województw). Liczba akceleratorów na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosiła 0,41 (sprzęt bezwzględnie 14). Akceleratory znajdowały się we wszystkich 3 miastach na prawach powiatu: Krakowie, Nowym Sączu i Tarnowie. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mieli mieszkańcy powiatu tatrzańskiego - 81 km.	Wiek znaczącej części sprzętów medycznych jest odpowiedni do tego, aby umożliwić efektywną eksploatację, natomiast średnie wykorzystanie sprzętów pokazuje, że w części powiatów posiadana infrastruktura ma bardzo duży potencjał do tego, aby wykonywać więcej badań niż dotychczas. Rozkład wieku sprzętów wskazuje, że w przeciągu kilku lat znacząca część	W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).

	<p>W 2019 r. w Małopolsce średnie wykorzystanie w powiatach wahało się od 291 (Nowy Sącz) do 692 (Kraków).</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami 71,4% akceleratorów posiadało niski priorytet do wymiany, 28,6% średni. Wg prognozy zapotrzebowania w 2025 r. akceleratory znajdą się w wieku powyżej 10 lat, co będzie skutkowało koniecznością wymiany sprzętu w 100%.</p>	<p>bazy zestarzeje się, co utrudni efektywne przeprowadzanie procedur.</p>	
13.2.	<p>Średni wiek angiografów wyniósł 6,28 lat – 14. miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce.</p> <p>Liczba angiografów na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 0,82 (sprzęt bezwzględnie 28). Angiografy znajdują się w 3 powiatach (chrzanowskim, nowotarskim i tatrzańskim oraz Tarnowie i Krakowie. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu nowosądeckiego - 70 km.</p> <p>W 2019 r. średnie wykorzystanie w powiatach waha się od 0 powiat chrzanowski do 807 Tarnów.</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami 89,3% angiografów posiada niski priorytet do wymiany, 10,7% wysoki. Wg prognozy zapotrzebowania w 2030 r. angiografy znajdą się w wieku powyżej 10 lat, co</p>	<p>Część sprzętu nie jest optymalnie wykorzystana. Rozkład wieku sprzętów wskazuje, że w przeciągu kilku lat znacząca część bazy zestarzeje się, co utrudni efektywne przeprowadzanie procedur.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego. W najbliższych latach rekomendowana jest wymiana sprzętów na nowe.</p>

	będzie skutkowało koniecznością wymiany sprzętu w 100%.		
13.3.	<p>Średni wiek aparatów do brachyterapii wyniósł 10,4 lat, w związku z czym już w chwili obecnej znajdują się one w bazie zapotrzebowania na nowe sprzęty - 9 miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce.</p> <p>Liczba aparatów brachyterapii na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 0,15 (sprzęt bezwzględnie 5). Aparaty znajdują się w dwóch miastach na prawach powiatu tj. Kraków i Tarnów. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu tatrzańskiego - 109 km.</p> <p>W 2019 r. średnie wykorzystanie w powiatach Małopolski waha się od 168 dla Krakowa i 328 dla Tarnowa.</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami 80% aparatów posiada średni priorytet do wymiany. Do 2025 r. 80% sprzętu w województwie małopolskim osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Wiek znaczącej części sprzętów medycznych jest odpowiedni do tego, aby umożliwić efektywną eksploatację, natomiast średnie wykorzystanie sprzętów pokazuje, że w większości powiatów posiadana infrastruktura ma bardzo duży potencjał do tego, aby wykonywać więcej badań niż dotychczas.</p> <p>W przeciągu kilku lat znacząca część bazy zestarzeje się, co utrudni efektywne przeprowadzanie procedur.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.4.	Średni wiek gammakamer wyniósł 8,2 lat – 13. miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce.	Wiek znaczącej części sprzętów medycznych jest odpowiedni do tego, aby umożliwić efektywną eksploatację, natomiast średnie	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.

	<p>Liczba sprzętu na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 0,41 (sprzęt bezwzględnie 14). Gammakamery zlokalizowane są w 2 powiatach (wadowickim i krakowskim) oraz w dwóch miastach na prawach powiatu tj. Kraków i Tarnów. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu tatrzańskiego - 94 km.</p> <p>W 2019 r. średnie wykorzystanie w powiatach waha się od 0 powiat krakowski do 1 505 Kraków.</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami 14,3% aparatów posiada wysoki priorytet i kwalifikuje się do wymiany. Do 2025 r. 93% gammakamer w województwie małopolskim osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>wykorzystanie sprzętów pokazuje, że w większości powiatów posiadana infrastruktura ma bardzo duży potencjał do tego, aby wykonywać więcej badań niż dotychczas.</p> <p>Rozkład wieku sprzętów wskazuje, że w przeciągu kilku lat znacząca część bazy zestarzeje się, co utrudni efektywne przeprowadzanie procedur.</p>	<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.5.	<p>Średni wiek mammografów wyniósł 8,4 lat – 8. miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce.</p> <p>Liczba mammografów na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 1,23 (sprzęt bezwzględnie 42). Mammografy zlokalizowane są w 13 powiatach oraz 3 miastach na prawach powiatu, największa ilość znajduje się w Krakowie.</p>	<p>Prawie połowa sprzętu wymaga wymiany.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty</p>

	<p>W Małopolsce w 2019 r. średnie wykorzystanie w powiatach waha się od 74 powiat wielicki do 1 699 powiat Kraków.</p> <p>W 2019 r. wysoki priorytet do wymiany posiadało 42,9% sprzętu. Według prognoz zapotrzebowania, ponad połowa posiadanych mammografów powinna zostać wymieniona do 2021 r.</p>		stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).
13.6.	<p>Aktualny średni wiek PET to 6,7 lat – 9. miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce.</p> <p>Liczba PET na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 0,09 (sprzęt bezwzględnie 3). PET zlokalizowane są w Krakowie.</p> <p>Średnia roczna liczba procedur wyniosła 1 976.</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami, 2 urzędnienia PET w województwie mają obecnie niski priorytet do wymiany, 1 ma średni. Prognozuje się, że aparaty te osiągną wiek predysponujący je w 100% do wymiany w 2025 r.</p>	Obecnie nie ma potrzeby wymieniać aparatu PET, ale sytuacja ta ulegnie zmianie w przyszłości.	<p>Rekomenduje się wymianę sprzętu na nowy najpóźniej w 2025 r.</p> <p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p>
13.7.	<p>Aktualny średni wiek rezonansów magnetycznych to 6,8 lat – 11. miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce.</p> <p>Liczba rezonansów magnetycznych na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 1,23</p>	Na 33 sprzęty tylko 1 ma wysoki priorytet do wymiany.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.

	<p>(sprzęt bezwzględnie 33). Sprzęty zlokalizowane są w 9 powiatach oraz 3 miastach na prawach powiatu, największa ilość znajduje się w Mieście Kraków.</p> <p>Średnie wykorzystanie w powiatach wahało się od 800 powiat myślenicki do 3 598 powiat nowotarski.</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami, 90,9% rezonansów w województwie małopolskim ma obecnie niski priorytet do wymiany, 6,1% mają średni i 1 rezonans ma wysoki. Prognozuje się, że aparaty o niskim i średnim priorytecie osiągną wiek predysponujący je do wymiany w 2025 r.</p>		<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.8.	<p>Aktualny średni wiek aparatów RTG to 9,3 lat - 16 miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce.</p> <p>Liczba aparatów RTG na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 18,09 (sprzęt bezwzględnie 617). Sprzęty zlokalizowane są we wszystkich 19 powiatach oraz 3 miastach na prawach powiatu, największa ilość znajduje się w Krakowie.</p> <p>Średnie wykorzystanie w powiatach wahało się od 453 w powiecie krakowskim do 2923 w powiecie tatrzańskim.</p>	<p>Wiek znaczącej części sprzętów medycznych jest odpowiedni do tego, aby umożliwić efektywną eksploatację, natomiast średnie wykorzystanie sprzętów pokazuje, że w większości powiatów posiadana infrastruktura ma bardzo duży potencjał do tego, aby wykonywać więcej badań niż dotychczas.</p> <p>Rozkład wieku sprzętów wskazuje, że w przeciągu kilku lat znacząca część bazy zestarzeje się, co utrudni efektywne przeprowadzanie procedur.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>

	<p>Zgodnie z rekomendacjami, 77% w województwie miało niski priorytet do wymiany, natomiast 19,3% sprzętów posiadało priorytet wysoki. Do 2025 r. 73% aparatów RTG w województwie osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty.</p>		
13.9.	<p>Aktualny średni wiek tomografów komputerowych to 7,8 lat - 4 miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce.</p> <p>Liczba tomografów na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 1,82 (sprzęt ogółem 62). Sprzęty zlokalizowane są w 17 powiatach oraz 3 miastach na prawach powiatu, największa ilość znajduje się w Krakowie.</p> <p>W Małopolsce w 2019 r. średnie wykorzystanie w powiatach waha się od 1 564 powiat krakowski do 28 956 powiat oświęcimski.</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami, ponad połowa aparatów 71% w województwie małopolskim ma obecnie niski priorytet do wymiany, 16% sprzętów posiada priorytet wysoki. Do 2025 r. 83,87% tomografów w województwie osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty.</p>	<p>Wiek znaczącej części sprzętów medycznych jest odpowiedni do tego, aby umożliwić efektywną eksploatację, natomiast średnie wykorzystanie sprzętów pokazuje, że w większości powiatów posiadana infrastruktura ma bardzo duży potencjał do tego, aby wykonywać więcej badań niż dotychczas.</p> <p>Rozkład wieku sprzętów wskazuje, że w przeciągu kilku lat znacząca część bazy zestarzeje się, co utrudni efektywne przeprowadzanie procedur.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>

	<p>13.10. Aktualny średni wiek aparatów USG to 9,4 lat - 14 miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce.</p> <p>Liczba aparatów na 100 tys. ludności wyniosła 35,39. Sprzęty zlokalizowane są we wszystkich 19 powiatach oraz 3 miastach na prawach powiatu.</p> <p>Średnie wykorzystanie w powiatach waha się od 288 w powiecie wielickim do 1 340 w powiecie bocheńskim.</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami, ponad połowa aparatów 57,4% w województwie małopolskim ma obecnie wysoki priorytet do wymiany, 41,5% sprzętów posiada priorytet niski. Do 2025 r. 88,48% aparatów w województwie osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty, natomiast do 2028 r. wszystkie obecnie posiadane aparaty będą wymagały wymiany.</p>	<p>Wiek znaczącej części sprzętów medycznych jest odpowiedni do tego, aby umożliwić efektywną eksploatację, natomiast średnie wykorzystanie sprzętów pokazuje, że w większości powiatów posiadana infrastruktura ma bardzo duży potencjał do tego, aby wykonywać więcej badań niż dotychczas.</p> <p>Rozkład wieku sprzętów wskazuje, że w przeciągu kilku lat znacząca część bazy zestarzeje się, co utrudni efektywne przeprowadzanie procedur.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
--	--	---	--

Załącznik 7.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	Województwo mazowieckie jest największym powierzchniowo i najbardziej zaludnionym województwem w kraju. W 2019 r. 64,5 % ogółu ludności stanowili mieszkańcy miast, przy czym ponad połowa z nich zamieszkiwała m.st. Warszawę. Według prognoz, do 2050 r. liczba ludności województwa zmniejszy się z obecnych 5,5 mln do poziomu 5,3 mln. Spadek będzie jednak dotyczył młodszych grup wieku, natomiast wzrośnie znacznie populacja osób powyżej 60. roku życia.	nie dotyczy	nie dotyczy
	1.2.	W województwie mazowieckim struktura ludności według płci od lat charakteryzuje się liczebną przewagą kobiet. Ich udział w ogólnej liczbie ludności stanowi ponad 52%. W 2019 r. wskaźnik feminizacji określający liczbę kobiet przypadającą na 100 mężczyzn wyniósł 109, przy czym w miastach był wyższy (114) niż na wsi (101).	nie dotyczy	nie dotyczy

1.3.	Ludność województwa mazowieckiego z każdym rokiem nieznacznie się starzeje. Stan zaawansowania starości demograficznej ludności wyraża tzw. wiek środkowy ludności (mediana wieku). W latach 2000–2019 wartość mediany w województwie wzrosła z 36,8 do 40,9 lat. Ludność zamieszkała w miastach jest starsza niż na wsi (41,5 wobec 39,5 lat), przy czym większy wzrost mediany wystąpił na wsi.	nie dotyczy	nie dotyczy
1.4.	Na terenie województwa mazowieckiego obserwuje się spadek liczby urodzeń. 2019 r. był kolejnym, w którym odnotowano spadek ich liczby. W województwie mazowieckim współczynnik urodzeń żywych na 1000 mieszkańców był większy w miastach niż na wsi i taka sytuacja występuje niezmiennie od 2014 r. Natężenie urodzeń było wyższe niż średnio w kraju.	nie dotyczy	nie dotyczy
1.5.	W województwie mazowieckim (podobnie jak w kraju) poziom reprodukcji ludności nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń, tj., kiedy na 1 kobietę w wieku 15–49 lat przypada średnio 2 dzieci (optymalny współczynnik dzietności wynosi od 2,10 do 2,15 urodzeń dzieci). Wprawdzie od 2015 r. współczynnik ten nieznacznie wzrósł, jednak jego wartość (1,57 w 2019 r.) daleka jest od optymalnej. Według prognoz w kolejnych latach liczba kobiet w wieku rozrodczym (15–49) będzie się zmniejszać.	nie dotyczy	nie dotyczy

	Opisane zmiany oraz fakt, że kobiety decydują się zostać matkami w coraz późniejszym wieku będą przyczyną trwałego spadku urodzeń.		
1.6.	Województwo mazowieckie charakteryzuje się jednym z najniższych poziomów umieralności niemowląt w kraju. Współczynnik natężenia liczony na 1 000 urodzeń żywych ukształtował się na poziomie 3,17. Na przestrzeni ostatnich lat natężenie zgonów niemowląt na wsi było na ogół wyższe niż w miastach, jednak również tu współczynnik ten przyjął wartość poniżej 3,5 promila.	nie dotyczy	nie dotyczy
1.7.	W województwie mazowieckim liczba zgonów corocznie przekraczała 50,0 tys. W 2019 r. na każde 1 000 ludności przypadało niespełna 11 zgonów. Współczynnik natężenia był nieznacznie niższy w miastach niż na wsi. Około 51% zmarłych osób stanowili mężczyźni, a mediana wieku osób zmarłych wyniosła 78 lat (dla mężczyzn 72 lata, dla kobiet 83 lata). Na Mazowszu (podobnie jak w kraju) głównymi przyczynami zgonów są choroby układu krążenia i nowotwory. Stanowią one ok. 60% wszystkich zgonów w województwie.	nie dotyczy	nie dotyczy
1.8.	Przewidywane przeciętne dalsze trwanie życia kobiet jest o kilka lat dłuższe niż mężczyzn. Porównując	nie dotyczy	nie dotyczy

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna		wartości w zależności od miejsca zamieszkania można zauważyć, że przewidywana długość życia mężczyzn na wsi jest krótsza niż w mieście, jednak ta różnica z każdym rokiem jest coraz mniejsza.		
	2.1.	<p>Choroba niedokrwienna stanowi od lat największy problem zdrowotny w województwie. Wskaźnik DALY, określający liczbę utraconych lat życia w zdrowiu oraz liczba zgonów, do których doprowadził wskazany problem zdrowotny osiągały w 2019 r. najwyższe wartości.</p> <p>Na podstawie szacunków chorobowości i liczby zgonów przypuszcza się, że do 2028 r. sytuacja ta nie ulegnie zmianie.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy
	2.2.	<p>Drugim spośród najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych pod względem wartości wskaźnika DALY oraz śmiertelności są udary. Liczba zgonów spowodowana przez ten problem zdrowotny była w 2019 r. ponad dwukrotnie niższa od liczby zgonów spowodowanych przez chorobę niedokrwienną serca (ChNS). Jednak z drugiej strony udary powodowały prawie dwukrotnie więcej lat życia w niesprawności od ChNS.</p> <p>Według prognoz, do 2028 r. wartości wskaźnika chorobowości oraz zapadalności na udary będą rosły,</p>	nie dotyczy	nie dotyczy

	natomiast liczba zgonów utrzyma się na podobnym poziomie.		
2.3.	<p>Istotną grupą problemów zdrowotnych w województwie są również nowotwory. Spośród nich najwięcej DALY i największą liczbę zgonów spowodował nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, który uplasował się na trzecim miejscu w rankingach dotyczących obu wskaźników. Za wysoką liczbę zgonów odpowiadał również nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy oraz nowotwór złośliwy sutka. Na trzecie miejsce w rankingu wpływ miała przede wszystkim śmiertelność wśród kobiet, dla mieszkańców płci męskiej natomiast trzeci wynik dotyczył nowotworu złośliwego gruczołu krokowego.</p> <p>Według prognoz, do 2028 r. wartości wskaźników chorobowości, zapadalności oraz liczby zgonów dla nowotworów odnotują znaczące wzrosty, przy czym wzrost chorobowości będzie najbardziej znaczącym wzrostem w województwie na poziomie grup chorób. Spośród nowotworów, największy wzrost zgonów prognozowany jest w przypadku nowotworu złośliwego trzustki – o 15,71%.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy
2.4.	Wśród pięciu problemów zdrowotnych odznaczających się najwyższymi wartościami wskaźnika DALY w województwie znalazły się również	nie dotyczy	nie dotyczy

	<p>ból dolnego odcinka kręgosłupa oraz cukrzyca. Dla obu problemów zdrowotnych wartości wskaźnika w województwie odznaczały się niższymi wartościami niż przeciętne dla Polski, a większy wpływ na nie miała składowa YLD, określająca liczbę lat życia w niesprawności.</p> <p>W przypadku obu problemów zaobserwowano również wzrost wartości wskaźnika DALY na przestrzeni dziesięciu lat (2009-2019), jednak bardziej dynamiczny wzrost dotyczył cukrzycy.</p> <p>Prognozy dla tego problemu zdrowotnego również są alarmujące. Zgodnie z nimi, cukrzyca zajmie drugie miejsce pod względem wzrostów wskaźnika chorobowości o 23,33% do 2028 r.</p>		
2.5.	<p>W latach 1999-2019 odnotowano dynamiczny wzrost liczby zgonów z powodu choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych.</p> <p>Prognozy do 2028 r. wskazują, że liczba zgonów z powodu choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych znacznie wzrośnie o 21,71% w porównaniu z 2019 r.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy
2.6.	<p>Obserwacja dotycząca liczby zgonów spowodowanych przez zakażenia dolnych dróg oddechowych wyróżnia Mazowsze spośród wszystkich województw. Jedynie w tym</p>	nie dotyczy	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		województwie śmiertelność w wyniku tego typu zakażeń była na tyle wysoka, że uplasowała ww. problem zdrowotny na trzecim miejscu w rankingu liczby zgonów.		
	3.1.	<p>Czynniki ryzyka mające największy udział w DALY są zbieżne z czynnikami ryzyka dla Polski, a ich wartości są nieznacznie mniejsze od wartości dla Polski. Są to: tytoń (o ok. 6% mniejszy udział niż w kraju) wysokie ciśnienie krwi (o ok. 1% mniej), wysoki BMI (o ok. 0,3% mniej).</p> <p>Na zgony, tak jak i w kraju, najbardziej wpływają: wysokie ciśnienie krwi, tytoń i ryzyka żywieniowe. Wysokie ciśnienie krwi przewyższa wartości dla Polski o ok. 1%. Wartość dla tytoniu jest mniejsza o ok. 5%, a dla ryzyk żywieniowych o ok. 7%.</p> <p>Udział tytoniu w DALY zmniejszył się od 1990 r. o ok. 32%, a od 2010 r. o ok. 4%. Tendencja spadkowa jest większa niż w kraju (odpowiednio ok. 24% i 1%).</p>	<p>Czynniki ryzyka mające największy wpływ na DALY i zgony w województwie są związane ze stylem życia.</p> <p>Mimo obserwowanych korzystnych trendów w przypadku udziału tytoniu w DALY, nadal jest to jeden z najbardziej obciążających czynników ryzyka.</p>	<p>Wyrównywaniu i zwiększaniu do dostępności do skutecznych programów profilaktycznych w zakresach czynników ryzyka najbardziej obciążających populację regionu tj. palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysokie BMI i inne czynniki związane ze stylem życia.</p>
	3.2.	<p>W województwie przeprowadzono najwięcej spośród innych województw programów profilaktycznych – 714 z 3764 w Polsce. Największą liczbę zrealizowanych programów odnotowano w zakresach takich jak: rozwiązywanie problemów alkoholowych – 184, palenie tytoniu – 92, zdrowy styl życia – 65.</p>	<p>Mimo, że w regionie przeprowadzono dużą liczbę programów profilaktycznych np. z zakresu profilaktyki tytoniu, zdrowego stylu życia i rozwiązywania problemów alkoholowych, nadal czynniki te</p>	<p>Intensyfikacja działań w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej ludności. Aktywizacja świadczeniodawców w tym POZ do zwiększenia zaangażowania</p>

	<p>W zakresie palenia tytoniu objęto działaniem profilaktycznym średnio ok. 10 tys. osób. Była to trzecia najwyższa wartość w kraju. W 13 powiatach nie przeprowadzono działań z tego zakresu</p>	<p>wywierają istotny wpływ na utratę lat życia w zdrowiu i zgony.</p>	<p>w realizację działań z zakresu promocji zdrowia.</p>
3.3.	<p>Liczba przebadanych kobiet w ramach badań profilaktycznych w zakresie cytologii w systemie publicznej opieki zdrowotnej wyniosła jedynie 11,71% (46 916 kobiet) populacji do przebadania. Jest to najniższy wynik spośród wszystkich województw (wartość dla Polski w wynosiła 16,22%). Najniższy wskaźnik objęcia populacji, nieprzekraczający 10% odnotowano w następujących powiatach: białobrzeskim, ciechanowskim, grójeckim, makowskim, nowodworskim, ostrowskim, piaseczyńskim, pruszkowskim, przysuskim, pułuskim, szydłowieckim, warszawskim zachodnim, zwoleńskim oraz miastach: Radom oraz St. Warszawa.</p>	<p>W województwie obserwuje się niski poziom zgłaszalności na badania cytologiczne. Problem szczególnie dotyczy niektórych powiatów.</p>	<p>Podjęcie działań poprawiających zgłaszalność na badania profilaktyczne w zakresie cytologii oraz zintensyfikowanie działań promujących badania profilaktyczne ze szczególnym uwzględnieniem powiatów o najniższej zgłaszalności.</p>
3.4.	<p>Liczba przebadanych kobiet w ramach badań profilaktycznych w systemie publicznej opieki zdrowotnej w zakresie mammografii wyniosła 53% populacji do przebadania, jest to wartość poniżej średniej wartości dla Polski (63%) i 14 pozycja wśród województw. W ramach programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy na terenie województwa mazowieckiego wykonano u 123 223 kobiet,</p>	<p>W województwie obserwuje się wyższą zapadalność na nowotwór złośliwy sutka niż średnio w Polsce. Mimo to przebadano mniej kobiet pod tym kątem niż średnio w kraju. W celu oceny faktycznego wskaźnika objęcia populacji badaniami dostępnymi w programach, powinny być</p>	<p>Podjęcie działań poprawiających zgłaszalność na badania profilaktyczne w zakresie mammografii oraz zintensyfikowanie działań promujących badania profilaktyczne ze szczególnym</p>

Podstawowa opieka zdrowotna		co stanowi 37,09% populacji kwalifikującej się do badania. Średnia wartość dla Polski w analizowanym okresie wynosiła 39,01%. Najniższy wskaźnik objęcia populacji nieprzekraczający 30% odnotowano w następujących powiatach: przasnyskim, przysuskim oraz żuromińskim. Zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w przeliczeniu na 100 tys. kobiet jest wyższa niż średnia dla kraju (97,9 vs. 93,5 dla Polski).	wypracowane rozwiązania umożliwiające włączenie do statystyk, badania przeprowadzane w prywatnym sektorze ochrony zdrowia.	uwzględnieniem powiatów o najniższej zgłaszalności.
	4.1.	W Mazowieckim OW NFZ udział populacji pozostającej na listach aktywnych POZ nie odbiega znacząco od wartości średniej dla Polski wynoszącej około 90% ludności zamieszkałej na terenie kraju i wynosi ok. 92,3% jego mieszkańców. W porównaniu do lat 2018-2020 zaznacza się niewielki, około 1% coroczny wzrost liczby osób na listach POZ. Dla porównania w styczniu 2018 r. na listach lekarza POZ znajdowało się ok. 4,91 mln osób, w 2019 r. ok. 4,97 mln osób, w 2020 r. ok. 5,01 mln osób.	Utrzymanie dotychczasowego potencjału umów i dalszy rozwój POZ celem umożliwienia objęcia opieką jak największej populacji świadczeniobiorców.	Promowanie POZ oraz praca nad jakością oferty POZ dla pacjentów
	4.2.	Korzystanie ze świadczeń POZ przez osoby objęte opieką, sezonowość zachorowań oraz charakterystyka przyczyn udzielania porad lekarskich pokrywa się z danymi dla Polski.	Wzmocnienie roli i zwiększenie aktywności pielęgniarki POZ i położnej POZ, w realizacji zadań przychodni POZ. Wdrożenie proaktywnej opieki nad pacjentami w POZ.	Zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych POZ z ukończonym kursem specjalistycznym „Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych”

	<p>Najwięcej porad sprawozdawanych jest z rozpoznaniem głównym dotyczącym powtórzenia recept.</p> <p>Kolejne miejsca zajmują: nadciśnienie, ostre zakażenia dróg oddechowych, nosa i gardła, porady związane z badaniami profilaktycznymi wieku rozwojowego dzieci i młodzieży, zakażenia dolnych dróg oddechowych.</p>		<p>Wzmocnienie opieki nad pacjentem zdrowym, zwiększenie działań profilaktycznych, badań przesiewowych, opieki nad pacjentem obciążonym genetycznie, z grup ryzyka,</p> <p>Rozwój formy kompleksowej koordynowanej opieki zdrowotnej w POZ, m.in. poprzez wdrożenie standardów wypracowanych w ramach realizacji programu Pilotażowego POZ PLUS.</p>
4.3.	<p>Spośród wizyt w POZ, w województwie mazowieckim tylko 4,78% stanowiły wizyty w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Jest to wskaźnik nieco niższy niż średni dla Polski, który wynosi 4,91%.</p>	<p>Na podstawie analizy danych dotyczących pacjentów, którym udzielono pomocy na SOR oraz analizy grup rozpoznanych z jakimi zgłaszają się pacjenci na SOR, można wywnioskować, że NiŚOZ nie jest należycie wykorzystywaną formą pomocy.</p>	<p>Wzmocnienie roli NiŚOZ celem poprawy zgłaszalności pacjentów do tej formy pomocy i odciążenia SOR</p>
4.4.	<p>Na obszarze województwa mazowieckiego świadczenia POZ są w pełni zabezpieczone.</p>	<p>Utrzymanie poziomu zabezpieczenia dostępu do świadczeń POZ.</p>	<p>Promowanie POZ, ze szczególnym uwzględnieniem</p>

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		Podmioty POZ występują prawie we wszystkich gminach województwa. Wyjątek dotyczy jedynie 5 jednostek graniczących z miastami Ciechanów, Łaskarzew, Mińsk Mazowiecki, Płońsk i Przasnysz. Powyższe nie wpływa na ograniczenie dostępu do świadczeń.		obszarów, na których pojawiają się deficyty
	4.5.	W umowach POZ realizowanych na obszarze województwa mazowieckiego wg stanu na koniec 2019 r. wykazane było następujące personelu medycznego: lekarze POZ - 4,9 tys.; pielęgniarki POZ- 3,5 tys.; położne POZ – 0,9 tys.; pielęgniarki/ higienistki szkolne – 1,34 tys. osób. Według stanu na koniec 2019 r. liczba lekarzy w umowach POZ nie przyjmujących deklaracji wyboru stanowiła ok. 29,7%. Liczba pielęgniarek udzielających świadczeń w umowach POZ nie tworząca własnych list świadczeniobiorców oscylowała na poziomie ok. 16%.	Uwzględniając rosnącą liczbę lekarzy i pielęgniarek w umowach, nie tworzących list świadczeniobiorców, co może wynikać z problemów kadrowych oraz niskiego zainteresowania trwałym związaniem się z podstawową opieką zdrowotną	Podjęcie działań mających na celu odwrócenie trendu
	5.1.	W odniesieniu do świadczeń położniczo-ginekologicznych stwierdzono, że kobiety zamieszkałe na obszarach wiejskich stanowiły 30 % wszystkich pacjentek objętych opieką poradni położniczo-ginekologicznych. Jednocześnie ponad 80% z nich korzystało ze świadczeń na terenie gmin wiejskich, czyli poza terenem swojego zamieszkania.	Zapewnienie równomiernego, adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń ginekologicznych na terenie województwa.	Zakontraktowanie dodatkowych poradni, w celu poprawienia dostępności do świadczeń na obszarach wiejskich. Docelowo liczba poradni położniczo-ginekologicznych powinna zwiększyć się o 179

	<p>5.2. Województwo mazowieckie ma największą liczbę pacjentów przyjmowanych w poradniach na terenie województwa, jednocześnie ma jedną z najniższych wartości porad na mieszkańca (1,96) oraz najniższy wskaźnik liczby pacjentów na mieszkańca (0,42) na tle kraju.</p> <p>Obserwuje się spadek liczby porad na jednego mieszkańca na przestrzeni lat 2015-2019.</p> <p>W latach 2015-2019 obserwuje się sukcesywny wzrost liczby porad związanych z leczeniem chorób nowotworowych. Najliczniejszą grupą osób korzystających ze świadczeń w związku z leczeniem nowotworowym są kobiety w wieku 40-64 roku życia i powyżej 65 roku życia. Najwięcej porad, w związku z tym problemem zdrowotnym udzielono w poradniach: onkologicznej, chirurgii ogólnej, dermatologii, chirurgii onkologicznej, urologii, położniczo-ginekologicznej oraz w pracowni tomografii komputerowej.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresach: onkologia i chirurgia onkologiczna, w celu zapewnienia opieki pacjentom wymagającym interwencji chirurgicznej bez konieczności hospitalizacji, poprzez zakontraktowanie dodatkowych poradni w miejscach stanowiących tzw. „białe plamy”.</p>	<p>i objąć opieką pacjentki z terenów gmin wiejskich.</p> <p>Docelowo liczba poradni onkologicznych powinna zwiększyć się o 7 i objąć opieką pacjentów z terenu powiatów białobrzeskiego, lipskiego, ostrołęckiego, płockiego, siedleckiego, gostynińskiego i nowodworskiego. Natomiast liczba poradni chirurgii onkologicznej powinna zwiększyć się o 26 i objąć opieką pacjentów z terenu powiatów: białobrzeski, gostyniński, grodziski, grójecki, kozienicki, lipski, łosicki, nowodworski, ostrołęcki, Ostrołęka, ostrowski, płocki, płoński, pruszkowski, przasnyski, przysuski, siedlecki, sierpecki, sochaczewski, sokołowski, szydlowiecki, warszawski zachodni, węgrowski, zwoleński, żuromiński, żyrardowski.</p>
--	---	---	--

	<p>5.3. Na Mazowszu udzielono najwięcej z całej Polski świadczeń w pracowniach endoskopii, przy czym, Mazowsze ma najniższy wskaźnik liczby tego typu badań na tysiąc mieszkańców (15,41) oraz liczbę poradni na tys. Mieszkańców (0,15).</p> <p>Pomimo nielimitowości i największej liczby pracowni, Mazowsze ma jeden z najdłuższych czasów oczekiwania i liczby oczekujących na badania rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej. Wiąże się to z zauważalnym wzrostem świadczeń onkologicznych, a także ze wzrostem znaczenia diagnostyki obrazowej w procesie leczenia pacjenta w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.</p>	<p>Sukcesywne działania zmierzające do zwiększenia o ok. 25% dostępności do świadczeń endoskopowych, rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), w celu zminimalizowania liczby krótkich hospitalizacji, realizowanych w celu wykonania rzeczonych badań.</p> <p>Zapewnienie szybkiej diagnostyki pacjentom z rozpoznaną chorobą nowotworową.</p>	<p>Rekomenduje się zabezpieczenie dostępności do:</p> <ul style="list-style-type: none">– pracowni endoskopowych w powiatach: białobrzeskim, lipskim, ostrołęckim, płockim, radomskim, siedleckim, szydłowieckim, zwoleńskim,– pracowni Rezonansu Magnetycznego (RM): białobrzeski, gostyniński, kozienicki, lipski, łosicki, makowski, miński, nowodworski, ostrołęcki, płocki, przasnyski, przysuski, pułtuski, radomski, siedlecki, sierpecki, sochaczewski, sokołowski, szydłowiecki, warszawski zachodni, węgrowski, wołomiński, wyszkowski, zwoleński, żuromiński, żyrardowski,– pracowni Tomografii Komputerowej (TK) - białobrzeski, lipski,
--	--	--	--

Leczenie szpitalne				ostrołęcki, płocki, radomski, siedlecki, sierpecki, szydłowiecki, warszawski zachodni, zwoleński.
	6.1.	<p>Obserwuje się wysoki odsetek hospitalizacji do 24 h (w tym samym dniu następuje przyjęcie i wypis) niezakończonych zgonem. Najczęściej realizowane są tego typu hospitalizacje w szpitalach III stopnia i w szpitalach ogólnopolskich. Odsetek hospitalizacji 1-dniowych (niezakończonych zgonem) wyniósł 18,4% .</p> <p>Najwięcej tego typu hospitalizacji zrealizowano:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w zakresach zachowawczych: immunologia kliniczna - hospitalizacja 85,5%, dermatologia i wenerologia - hospitalizacja, 41,5%, choroby zakaźne - hospitalizacja 33,5%, – w zakresach zabiegowych: okulistyka - hospitalizacja (nie dotyczy operacji zaćmy) 64,5%, ginekologia onkologiczna 52.5%, położnictwo i ginekologia - hospitalizacja (wyłącznie ginekologia) 51,0%, chirurgia szczękowo-twarzowa - hospitalizacja 39,5% urologia - hospitalizacja 27,6%. 	Zminimalizowanie o ok. 10% liczby krótkich hospitalizacji, realizowanych w celu wykonania świadczeń diagnostyczno-zabiegowych.	Zwiększenie dostępności do tego typu usług w ramach AOS.

6.2.	<p>Ludność województwa z każdym rokiem nieznacznie się starzeje. Stan zaawansowania starości demograficznej ludności wyraża tzw. wiek środkowy ludności (mediana wieku). W latach 2000–2019 wartość mediany w województwie wzrosła z 36,8 do 40,9 lat. Ludność zamieszkała w miastach jest starsza niż na wsi (41,5 wobec 39,5 lat), przy czym większy wzrost mediany wystąpił na wsi.</p> <p>O nasilającym się procesie starzenia się ludności świadczy stopniowe zwiększanie się udziału roczników starszych oraz zmniejszanie się udziału roczników młodszych. W ciągu ostatnich 9 lat liczba osób 65-letnich i starszych wzrosła w województwie o blisko 30%, przy czym w miastach wzrost ten był relatywnie większy niż na wsi (odpowiednio: 35% i 19%). Wzrost udziału osób powyżej 65 roku życia odnotowano we wszystkich powiatach województwa mazowieckiego. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że większość omawianej grupy stanowią kobiety.</p>	Rozwijanie opieki długoterminowej i hospicyjnej	Przeznaczenie ok. 5 % obecnej bazy łóżkowej szczególnie w szpitalach powiatowych, na potrzeby opieki długoterminowej i opieki hospicyjnej
6.3.	<p>Obłożenie łóżek w województwie mazowieckim, w 2019 wyniosło 88,24% (4 miejsce w skali kraju), a dla Polski 82,81%. Nie wliczając SOR średnie obłożenie powyżej 100% zanotowano dla 7 rodzajów oddziałów. Najwyższe obłożenie zanotowano dla oddziałów: neurologicznych (w tym udarowych) - 142,24%, audiologiczno-foniatrycznych, w tym</p>	Optymalizacja wykorzystania łóżek na oddziałach stacjonarnych	Optymalizacja wykorzystania łóżek na oddziałach stacjonarnych do ok 85%

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		<p>audiologiczno-foniatrycznych dla dzieci – 128,91%, hematologiczny (w tym nowotworów krwi oraz transplantacji szpiku) - 112,12%. Obłożenie poniżej 50% zanotowano dla 10 typów oddziałów. Najniższe wartości miały oddziały: transplantologiczne – 37,43%, immunologii klinicznej – 35,45% (jedno z trzech województw posiadające taki oddział), ginekologii onkologicznej – 28,74%.</p> <p>W 6 powiatach średni wskaźnik obłożenia przekraczał 100%, z czego najwyższy był w powiatach sochaczewskim (133,5%), nowodworskim (130,8%) oraz Radomiu (120%).</p>		
	7.1.	<p>Odsetek osób korzystających ze stacjonarnej formy opieki w odniesieniu do średniej dla Polski (Mazowsze 18,82% do 18,04% w Polsce) wskazuje na potrzebę prowadzenia działań dążących do obniżenia tego wskaźnika na Mazowszu, co najmniej do średniej dla Polski.</p>	<p>Zmniejszenie liczby hospitalizacji, a także obniżenie wskaźnika obłożenia łóżek na oddziałach stacjonarnych, a tym samym zracjonalizowanie liczby łóżek opieki stacjonarnej, poprzez przekształcenie ich w oddziały opieki dziennej lub, zgodnie z prognozami demograficznymi, w ośrodki opieki długoterminowej psychiatrycznej (zmniejszenie liczby łóżek o 10%).</p>	<p>Zwiększenie dostępności do oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego. Rozwiązanie tego problemu może nastąpić wyłącznie w drodze wzmocnienia segmentu opieki ambulatoryjnej i środowiskowej.</p>
	7.2.	<p>Dostęp do świadczeń poradni leczenia uzależnień (ogólnej) i poradni leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz oddziałów dziennych leczenia uzależnień skumulowany jest w dużych miastach,</p>	<p>Niewystarczająca w stosunku do potrzeb liczba poradni i oddziałów dziennych leczenia uzależnień.</p>	<p>Zapewnienie dostępu do poradni i oddziałów dziennych leczenia uzależnień dla pacjentów w mniejszych</p>

	głównie w Warszawie, przy jednocześnie widocznych potrzebach pacjentów w mniejszych ośrodkach administracyjnych województwa.		ośrodkach administracyjnych województwa.
7.3.	Niewystarczająca w odniesieniu do zapotrzebowania jest liczba hosteli i miejsc readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu.	Rozwijanie sieci hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu.	Zwiększenie liczby hosteli i mieszkań readaptacyjnych.
7.4.	W województwie w 2019 r. poradnie psychiatryczne/psychologiczne dla dorosłych dostępne były w każdym powiecie. Oddziały szpitalne psychiatryczne znajdowały się w 12 powiatach. Oddziały dzienne znajdowały się w 7 powiatach, nie posiadały ich południowe oraz północno-wschodnie powiaty województwa. Zespoły leczenia środowiskowego znajdowały się w 7 powiatach, głównie w Warszawie i powiatach do niej przylegających, nie było ich w ogóle w północnej oraz wschodniej części województwa.	Ograniczony w województwie dostęp do zespołów leczenia środowiskowego.	Zapewnienie równomiernego, adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń ambulatoryjnych, leczenia środowiskowego i oddziałów dziennych blisko miejsca zamieszkania pacjenta (zapewnienie kompleksowości tych świadczeń na poziomie powiatu), co wpłynie na wzrost liczby osób korzystających z tych form opieki, a tym samym zmniejszenie liczby świadczeń stacjonarnych. Wskazane jest sukcesywne zwiększanie liczby ośrodków opieki środowiskowej, szczególnie w obszarach pozawielkomiejskich. Tworzenie Oddziałów dziennych przede wszystkim w południowej

			i wschodniej części województwa.
7.5.	Zaobserwowano wysoki wskaźnik pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze dla Radomia (93,5%), Siedlec (92,1), czy m.st. Warszawy (89,8%), przy jednocześnie dużej różnorodności tegoż wskaźnika w odniesieniu do powiatów województwa (od 4,96%). Dla 11 z 42 powiatów wskaźnik ten wyniósł poniżej 50%.	Niski dostęp do świadczeń opieki psychiatrycznej dla dorosłych w niektórych powiatach województwa.	Zapewnienie dorosłym dostępu do świadczeń na terenie ich miejsca zamieszkania.
7.6.	Liczba psychiatrów na 100 tys. ludności jest w województwie najwyższa w całej Polsce (17,8; średnia dla Polski – 10,2), ale jest ona trochę niższa od wartości rekomendowanej (20,0).	Mała liczba lekarzy psychiatrów.	Zwiększenie liczby psychiatrów do wartości rekomendowanej.
7.7.	Liczba pacjentów poniżej 18. roku życia na 100 tys. ludności małoletniej była na 4. miejscu wśród województw (2307). Najwyższa liczba pacjentów na 100 tys. ludności wystąpiła w powiecie żyrdowskim (4432), płońskim (3703) i otwockim (3220). Najczęściej występującymi rozpoznaniem były całościowe zaburzenia rozwojowe (7,45 tys.), pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży (7,28 tys.) i zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną (4,79 tys.).	Wdrożenie i rozwijanie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, adekwatnie do zmieniających się potrzeb.	Zapewnienie dostępu do odpowiedniej opieki niemowląt i dzieci w wieku przedszkolnym. W przypadku całościowych zaburzeń rozwojowych, które są najczęściej występującym rozpoznaniem wśród dzieci, prawidłowa diagnoza powinna być postawiona do 2. roku życia. Podobnie, aby zapobiec wielu zaburzeniom psychicznym,

			w tym poważnym zaburzeniach osobowości, diagnoza i terapia zaburzeń więzi i przywiązania powinna być prowadzona nawet w pierwszych miesiącach życia dziecka.
7.8.	<p>Poradnie psychiatryczne/psychologiczne dla dzieci dostępne były w części powiatów województwa. Oddziały szpitalne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży można było znaleźć w Warszawie, dwóch przylegających do niej powiatach (piaseczyński i otwocki) oraz w powiecie garwolińskim, co oznacza, że nie było ich w północnej części województwa, ani w powiatach południowych. W województwie nie było w ogóle zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci, a oddziały dzienne znajdowały się w 7 powiatach, brakowało ich przede wszystkim w północnej części województwa. Warto zwrócić uwagę, że problem słabego zabezpieczenia opieki psychiatrycznej w północno-wschodniej części województwa przekracza granice województwa mazowieckiego, ponieważ w województwie podlaskim nie ma oddziału stacjonarnego dla dzieci i młodzieży, a dostęp do opieki ambulatoryjnej i dziennej jest mocno ograniczony.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brak poradni psychiatrycznej/psychologicznej dla dzieci w północno-wschodniej części województwa. 2. Brak zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci. 3. Mała liczba oddziałów dziennych. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zwiększenie dostępu do świadczeń poradni psychiatrycznej/psychologicznej dla dzieci (docelowo zwiększenie liczby poradni, na terenie powiatów stanowiących tzw. „białe plamy”). 2. Utworzenie zespołów leczenia środowiskowego. 3. Utworzenie oddziałów dziennych w północnej części województwa.

Rehabilitacja medyczna	7.9.	Procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym powiecie wśród dzieci i młodzieży był zróżnicowany, najwyższą wartość przyjmował dla Warszawy (91%), powiatu płońskiego (86,7%) i Płocka (85,1%). Dla większości powiatów województwa przyjmował bardzo niskie wartości (dla 30 z 42 powiatów poniżej 20%, w tym dla dużej części z nich 0%). Województwo miało najwyższą wśród wszystkich nadwyżkę bezwzględną - liczbę pacjentów leczonych w danym obszarze pomniejszoną o liczbę pacjentów zamieszkałych w danym obszarze - 964, dla Warszawy wartość tego wskaźnika wyniosła 5 532. Nadwyżka względna wyniosła dla województwa 1,04 i była to 6. wartość wśród województw.	Brak lub bardzo niski dostęp do świadczeń dedykowanych dzieciom i młodzieży.	Zapewnienie dzieciom i młodzieży dostępu do świadczeń na terenie ich miejsca zamieszkania.
	7.10.	Liczba psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności jest w województwie najwyższa w Polsce.	Liczba psychiatrów na terenie województwa zgodna z liczbą rekomendowaną (wartość dla województwa: 2,0; wartość rekomendowana: 2,0).	Równomierne ich rozmieszczenie na terenie województwa.
	8.1.	Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej przypadających na 100 tys. ludności w 2019 r. wyniósł 5 (14. miejsce w kraju, -27% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej były we wszystkich powiatach. Dużą koncentrację ośrodków	Popyt na świadczenia przewyższa podaż - czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na fizjoterapię	Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie poprzez zawieranie dodatkowych umów.

	<p>widać w Warszawie. W odniesieniu do 2016 r. przybyło 14 świadczeniodawców.</p> <p>Z rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało 88,2% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 8 629 (4. miejsce w Polsce, powyżej średniej dla kraju o 11 %).</p>	ambulatoryjną w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 156 dni).	
8.2.	<p>Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji stacjonarnej przypadających na 100 tys. ludności wyniósł 1,05 (9. miejsce w kraju, -9% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodków rehabilitacji stacjonarnej nie było w 13 powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie. W odniesieniu do 2016 r. przybyło 6 świadczeniodawców.</p> <p>Z rehabilitacji stacjonarnej skorzystało 4,6% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 450 (ostatnie miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 23%).</p>	Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 825 dni, a w przypadku pilnym 163 dni).	Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie poprzez zawieranie dodatkowych umów ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, w których takie świadczenie nie jest dostępne.
8.3.	Liczba łóżek na 100 tys. ludności w rehabilitacji stacjonarnej wynosiła 81 (poniżej średniej dla kraju o 14%).	Dostępność do świadczeń w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> – Ogólnym: 299 pacjentów na 100 tys. ludności, 14 miejsce w Polsce, poniżej średniej o 17%, 	Dążenie do osiągnięcia wskaźników co najmniej średnich dla Polski.

		<ul style="list-style-type: none"> – Kardiologii: 50 pacjentów na 100 tys. ludności, ostatnie miejsce w Polsce, poniżej średniej o 50%, – Neurologii: 99 pacjentów na 100 tys. ludności, 9 miejsce w Polsce, poniżej średniej o 5%. 	
8.4.	<p>W latach 2016-2019 wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. mieszkańców w rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych zmniejszył się (ze 133 w 2016 r. do 124 w 2019 r.). Głównymi odbiorcami tego typu świadczeń w 2019 r. byli pacjenci z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (46,5%), astmą (32,4%) oraz innymi przewlekłymi chorobami układu oddechowego (8,4%). Mazowsze jest jednym z dwóch województw o najniższym poziomie dostępności do rehabilitacji pulmonologicznej (wskaźnik liczby ośrodków na 100 tyś. mieszkańców wynosi 0,04 i jest o 50% niższy od średniego wskaźnika dla Polski). Aktualnie przedmiotowych świadczeń udzielają 2 podmioty lecznicze. Przeciętny czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 140 dni.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych do średniego wskaźnika liczby pacjentów na 100 tys. ludności dla Polski (30).</p>	<p>Zawieranie dodatkowych umów ze szczególnym uwzględnieniem grupy powiatów Delegatury ostrołęckiej, ciechanowskiej, radomskiej, Warszawy i obszaru okołowarszawskiego.</p>

8.5.	W rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności wyniósł 1 238, co plasuje Mazowsze na 15 miejscu spośród 16 województw (średnia dla Polski 2 255 osobodni na 100 tys. mieszkańców). Aktualnie świadczenia w tym zakresie realizowane są przez 12 podmiotów leczniczych, a średnia liczba dni hospitalizacji wynosi 20 dni	Zwiększenie liczby oddziałów rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej.	Zawieranie dodatkowych umów ze szczególnym uwzględnieniem obszarów dotychczas niezabezpieczonych (grupa powiatów Delegatury ostrołęckiej) oraz obszarów o wskaźniku dostępności (liczba pkt/10 tys. mieszkańców) poniżej średniego wskaźnika dla całego Mazowsza (obszar Delegatury siedleckiej i powiatów okołowarszawskich).
8.6.	Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji domowej przypadających na 100 tys. ludności wyniósł 1,42 (6. miejsce w kraju, +3% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodków rehabilitacji domowej nie było w 2 powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie oraz Radomiu. W odniesieniu do 2016 r. przybyło 67 świadczeniodawców.	Wskazany jest dalszy rozwój bazy zespołów rehabilitacji domowej, tworzonej od 2017 r. Popyt na świadczenia przewyższa podaż - czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na fizjoterapię domową w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 46 dni).	Skrócenie czasu oczekiwania oraz zwiększenie dostępności do świadczeń w szczególności w tych powiatach, w których to świadczenie nie jest jeszcze dostępne (ostrołęcki, żuromiński).
8.7.	Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji dziennej przypadających na 100 tys. ludności wyniósł 3,08 (2. miejsce w kraju, +41% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodków rehabilitacji dziennej nie było w 8 powiatach.	Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania do zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej	Skrócenie czasu oczekiwania oraz zwiększenie dostępności do świadczeń.

Opieka długoterminowa		<p>Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie. W odniesieniu do 2016 r. przybyło 21 świadczeniodawców.</p>	<p>w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 294 dni).</p>	
	9.1.	<p>Liczba ośrodków opieki długoterminowej na 100 tys. ludności wynosiła 4,81 – była to wartość niższa od ogólnopolskiej o 8%. Liczba ośrodków opieki długoterminowej domowej na 100 tys. mieszkańców wynosiła 3,95 (mniej niż w Polsce o 6%), opieki długoterminowej stacjonarnej 0,98 (mniej niż w Polsce o 19%).</p> <p>Województwo charakteryzuje się najwyższym wskaźnikiem migracyjnym w Polsce (379 w 2019), co oznacza, że stosunkowo duży odsetek mieszkańców innych województw objętych jest opieką długoterminową na Mazowszu.</p>	<p>Wzmocnienie opieki długoterminowej do co najmniej wartości średnich dla Polski.</p>	<p>Niezbędne jest dostosowanie dostępności opieki długoterminowej we wszystkich oferowanych zakresach</p>
	9.2.	<p>Wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką długoterminową na 100 tys. ludności był niższy od średniej ogólnopolskiej o 16% (240 - Mazowsze względem 286 - Polska), w opiece domowej było 135 pacjentów na 100 tys. ludności (-24% w stosunku do średniej kraju), a w opiece stacjonarnej 109 (+3% w stosunku do średniej).</p>	<p>Zmniejszenie udziału pacjentów będących pod opieką stacjonarną w ogólnej liczbie pacjentów w opiece długoterminowej (w 2019 na Mazowszu - 44,2%) co najmniej do wielkości wskaźnika ogólnopolskiego (38,5%) poprzez wzrost liczby zakontraktowanych świadczeń opieki domowej.</p>	<p>Zwiększenie liczby ośrodków długoterminowej opieki domowej.</p>

Opieka paliatywna i hospicyjna	9.3.	W piecie stacjonarnej w województwie istnieje 8 powiatów bez zakontraktowanych zakładów opiekuńczych, mieszkańcy tych powiatów korzystają z opieki domowej lub trafiają pod opiekę stacjonarną w sąsiednich powiatach.	Poprawa dostępności do świadczeń stacjonarnej opieki długoterminowej w województwie poprzez wdrożenie mechanizmów (prawnych, finansowych) stymulujących działalność zakładów opiekuńczych, szczególnie na obszarach poza wielkomiejskich, gdzie obserwuje się ich brak np. powiat grójecki, grodziski, sochaczewski, ostrowski, ostrołęcki ziemski, wyszkowski, węgrowski.	Utworzenie dodatkowych ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej ze szczególnym uwzględnieniem wskazanych powiatów.
	10.1.	Wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną na 100 tys. mieszkańców na terenie województwa jest nieznacznie niższy od średniej ogólnopolskiej (223,89 – Mazowsze, 251,26 - Polska). W rozbiciu na rodzaje świadczeń, w przypadku opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń skorzystało 164,31 pacjentów/100 tys. ludności (7. miejsce w kraju, +1% w stosunku do średniej dla Polski), w przypadku opieki stacjonarnej 71,19 pacjentów/100 tys. ludności (14. miejsce w kraju, -25% w stosunku do średniej dla Polski), a w warunkach ambulatoryjnych 9,02 pacjentów/100 tys. ludności (ostatnie miejsce w kraju, -76% w stosunku do średniej dla Polski).	Wzmocnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej do co najmniej wartości średnich dla Polski.	Niezbędne jest dostosowanie dostępności opieki paliatywnej i hospicyjnej we wszystkich oferowanych zakresach.

10.2.	Pod względem liczby ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności (uwzględniając wszystkie rodzaje opieki), województwo zajmuje 8. miejsce w kraju ze wskaźnikiem 1,70 (-2% w stosunku do średniej dla Polski, dla której wskaźnik wynosi 1,73/100 tys. ludności).	Wprowadzenie mechanizmów prawno-finansowych, motywujących podmioty do prowadzenia hospicjów stacjonarnych/oddziałów medycyny paliatywnej, szczególnie w powiatach, gdzie obserwuje się ich brak.	Zwiększenie zakontraktowanej liczby świadczeń w powiatach o najniższym wskaźniku zabezpieczenia.
10.3.	Województwo charakteryzuje się niższym od średniej ogólnopolskiej wskaźnikiem liczby łóżek na milion mieszkańców. Średni wskaźnik dla Polski wynosi 100,1, natomiast dla województwa 74,7.	Zwiększenie bazy łóżkowej co najmniej do uzyskania wskaźnika średniej ogólnopolskiej, stan docelowy to 100 łóżek na milion mieszkańców.	W celu osiągnięcia docelowego wskaźnika wymagane jest uruchomienie dodatkowo ok. 124 łóżek hospicyjnych w województwie.
10.4.	Hospicja stacjonarne i oddziały medycyny paliatywnej zlokalizowane są głównie w centrum i na północnym zachodzie województwa. Mieszkańcy pozostałych powiatów korzystają z domowej formy opieki paliatywnej i hospicyjnej lub przebywają w hospicjach stacjonarnych w dalszej lokalizacji od miejsca zamieszkania.	Poprawa dostępności do świadczeń realizowanych w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej na obszarach tzw. „białych plam”.	Tworzenie hospicjów stacjonarnych i oddziałów medycyny paliatywnej w południowej i wschodniej części województwa.
10.5.	Województwo charakteryzuje się najniższym wskaźnikiem liczby pacjentów poradni medycyny paliatywnej na 100 tys. ludności.	Poprawa dostępności do świadczeń realizowanych w poradniach medycyny paliatywnej.	Utworzenie poradni medycyny paliatywnej zgodnie z potrzebami.

Państwowe Ratownictwo Medyczne	10.6.	Liczba lekarzy medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi 1,3; średni wiek lekarzy to 52 lata. Wskaźnik dostępności lekarzy powinien wynosić 3,0/100 ludności. Niewystarczająca jest również liczba pielęgniarek, w szczególności posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece paliatywno-hospicyjnej.	Kadra medyczna w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej nie jest wystarczająca.	Zwiększenie w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej liczby lekarzy specjalistów szczególnie ze specjalizacją z medycyny paliatywnej (co najmniej do wartości referencyjnej ⁷ , tj. 3,0 lekarzy/100 tys. ludności) oraz pielęgniarek, w szczególności ze specjalizacją: pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej.
	11.1.	Wskaźnik liczby zespołów ratownictwa medycznego (dalej: ZRM) w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi 3.862.	Wyzwaniem jest wzmocnienie floty i zwiększenie liczby jednostek Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (dalej: PRM) udzielających świadczeń zdrowotnych w warunkach przedszpitalnych - do średniego wskaźnika dla Polski.	Dostosowanie liczby ZRM do stale zmieniającego się stanu (liczebności) i struktury społeczeństwa województwa (starzenie się społeczeństwa, migracje społeczeństwa z aglomeracji wiejskich do aglomeracji miejskich)
	11.2.	Czasy dotarcia ZRM do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców: <ul style="list-style-type: none"> • odnotowano 86,8% wezwań z czasem dojazdu do 15 minut oraz • 13,2% wezwań powyżej 15 minut 	Konieczność dążenia do poprawy czasów dotarcia ZRM, zgodnie z założeniami Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym	Zwiększenie liczby ZRM, alokacja z ewentualnym rozproszeniem zespołów - ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki województwa, ewentualnych

				<p>zagrożeń, potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.</p> <p>Ponadto, przeanalizowania wymaga możliwość usprawnienia Systemu PRM poprzez uruchomienie zespołów motocyklowych, po wprowadzeniu stosownych uregulowań prawnych.</p> <p>Rekomenduje się w szczególności funkcjonowanie zespołów motocyklowych na obszarze dużych miast w województwie mazowieckim, tj. Warszawa, Radom, Płock, Ostrołęka, Siedlce, Ciechanów.</p>
11.3.	Czas dotarcia do zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców:	<ul style="list-style-type: none"> • odnotowano 78,8% wezwań z czasem dojazdu do 20 minut oraz • 21,2% wezwań powyżej 20 minut 	Konieczność dążenia do poprawy czasów dotarcia ZRM, zgodnie z założeniami Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.	<p>Zwiększenie liczby ZRM, alokacja z ewentualnym rozproszeniem zespołów - ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki województwa, ewentualnych zagrożeń, potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.</p> <p>Ponadto, przeanalizowania wymaga możliwość usprawnienia Systemu PRM</p>

			poprzez uruchomienie zespołów motocyklowych, po wprowadzeniu stosownych uregulowań prawnych.
11.4.	Brak wystarczającej liczby lekarzy do zabezpieczenia składu specjalistycznych ZRM	nie dotyczy	Wobec dalszych problemów z zapewnieniem dostępności lekarzy do pracy w ZRM oraz faktu rozwoju zawodu ratownika medycznego jako filaru działania Systemu PRM, rekomenduje się planowanie ilości zespołów specjalistycznych z uwzględnieniem możliwości realnego wsparcia działań medycznych przez te zespoły dla zespołów ratownictwa medycznego typu podstawowego. Rekomenduje się również przeanalizowanie obowiązujących wymagań dotyczących kwalifikacji lekarzy Systemu PRM oraz wymogów co do składu osobowego ZRM specjalistycznych.

Kadry	11.5.	Jakość środków transportu wykorzystywanych do udzielania świadczeń przez ZRM oraz wyposażenie zespołów w specjalistyczny sprzęt medyczny wymaga ciągłej poprawy.	nie dotyczy	Wspierania wymaga wymiana środków transportu ZRM ze szczególnym uwzględnieniem wyposażania ambulansów w sprzęt do automatycznej kompresji klatki piersiowej, zwłaszcza w ZRM funkcjonujących w składzie dwuosobowym.
	11.6.	Skuteczność funkcjonowania harmonogramów, o których mowa w art. 21a Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. harmonogramu jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego funkcjonujących w warunkach zwiększonej gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego) wymaga dalszych analiz i ewentualnego rozwoju.	Ustalanie tzw. „ostrych dyżurów” w sposób umożliwiający kierowanie pacjentów do placówek udzielających świadczeń we właściwym zakresie docelowo powinno mieć wpływ na eliminowanie nieakceptowanych sytuacji odmawiania przyjęcia pacjentów. Oczekiwana jest również poprawa czasu uzyskania przez pacjenta świadczenia odpowiedniego do występującego problemu zdrowotnego.	Rekomenduje się utrzymanie objęcia ww. harmonogramami świadczeń z zakresu m.in. psychiatrii dziecięcej, okulistyki oraz ewentualne rozszerzenie o inne zakresy świadczeń w miarę zgłaszanych przez podmioty potrzeb.
	12.1.	Największe różnice pomiędzy liczbą lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny do 2024 r. a liczbą lekarzy, którzy do tego czasu uzyskają tytuł specjalisty zostały oszacowane w następujących dziedzinach: choroby wewnętrzne (702), chirurgia ogólna (161), choroby	Obserwowane i prognozowane są braki w liczbie lekarzy specjalistów z wybranych dziedzin.	Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach deficytowych.

	<p>płuc (143), pediatria (120), diabetologia (81), alergologia (66), neurologia (46).</p> <p>Największe różnice pomiędzy wskaźnikiem rekomendowanej liczby lekarzy na 100 tys. ludności, a wskaźnikiem rzeczywistym liczby lekarzy na 100 tys. ludności oszacowano w: geriatricy, medycynie rodzinnej, medycynie ratunkowej, psychiatry, medycynie pracy.</p> <p>Uwzględniając wymienialność pokoleniową i rekomendacje to największe zapotrzebowanie na nowe miejsca specjalizacyjne w 2020 r. oszacowano w: medycynie rodzinnej (439 miejsc specjalizacyjnych), geriatricy (348), pediatrii (235), medycynie pracy (246), medycynie ratunkowej (165), medycynie paliatywnej (89).</p> <p>W dziedzinach alergologia i diabetologia ze względu na przyrost zapadalności na przewlekłe choroby układu oddechowego oraz cukrzycę istnieje większe zapotrzebowanie na opiekę specjalistyczną.</p> <p>Choroby zakaźne, anestezjologia i intensywne terapie, choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, choroby płuc, neurologia, neonatologia, geriatricy, rehabilitacja medyczna - pomimo uruchamiania liczby miejsc szkoleniowych w każdym postępowaniu kwalifikacyjnym, zarówno w trybie rezydenckim, jak</p>		<p>Występowanie do podmiotów leczniczych o podjęcie działań w celu pozyskania akredytacji do szkolenia specjalizacyjnego oraz stworzenie systemu motywującego ubieganie się placówek o udzielenie akredytacji szczególnie we wskazanych dziedzinach.</p> <p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie województwa w wybranych dziedzinach np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych medyków.</p> <p>Podjęcie działań zachęcających lekarzy do odbywania specjalizacji w mniejszych ośrodkach, głównie w szpitalach powiatowych, gdzie braki kadrowe są największe oraz zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych.</p>
--	---	--	--

	i pozarezydenckim, zainteresowanie szkoleniami jest niewystarczające.		
12.2.	Według prognoz do 2030 r. liczba fizjoterapeutów aktywnych zawodowo w przedziale wieku 25-59 lat będzie się zwiększać, przy założeniu, że zostaną zachowane obecne trendy wchodzenia na rynek pracy młodych fizjoterapeutów. Na terenie województwa aktualnie sześć jednostek szkoleniowych posiada akredytację, która uprawnia do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego przez fizjoterapeutów w tych placówkach.	Utrzymanie przyrostu absolwentów kierunku fizjoterapia.	Rozszerzanie możliwości podnoszenia kwalifikacji przez tą grupę zawodową, a w szczególności zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych.
12.3.	Systematycznie pogłębiający się proces starzenia ludności województwa powoduje, że zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską będzie wzrastać. Niedobór kadry pielęgniarskiej jest szczególnie zauważalny w takich dziedzinach, jak: pielęgniarstwo chirurgiczne, diabetologiczne, epidemiologiczne, geriatryczne, neurologiczne, pediatriczne, psychiatryczne, rodzinne, pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących. Zauważalne są znaczne braki kadrowe w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą nowotworową, w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, oddziałach chorób zakaźnych, jak również w pielęgniarstwie opieki długoterminowej.	Podjęcie działań mających na celu ograniczenie pogłębiających się niedoborów kadry pielęgniarskiej i położniczej w podmiotach leczniczych.	Promocja zawodów pielęgniarstwa i położniczego, wzrost miejsc na studiach pielęgniarskich oraz ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych w tym specjalizacji. Stworzenie systemu motywującego do podejmowania studiów pielęgniarskich. Podjęcie działań motywujących do wykonywania zawodu pielęgniarstwa osób, które zrezygnowały z jego wykonywania.

Sprzęt medyczny	13.1.	<p>Akceleratory zlokalizowane są w czterech powiatach (m. Warszawa, pow. legionowski, m. Siedlce, m. Radom). Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu ostrołęckiego (108 km).</p> <p>Szacuje się, że do 2023 r. 42% akceleratorów osiągnie wiek powyżej, którego nie jest w stanie wykonywać efektywnej liczby badań i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty, natomiast do 2029 r. wszystkie obecnie posiadane akceleratory będą wymagały wymiany.</p>	<p>W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>	<p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.</p>
	13.2.	<p>Angiografy znajdują się w dwunastu powiatach (ciechanowski, grodziski, otwocki, sierpecki, wołomiński, m. Ostrołęka, m. Radom, m. Siedlce, m. Warszawa). Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym jest, co najmniej 1 angiograf jest powiat ostrowski (54 km).</p> <p>32,3% angiografów ma wysoki priorytet do wymiany, 3,1% angiografów ma średni priorytet do wymiany, natomiast 64,6% angiografów ma niski priorytet do wymiany. Do 2023 r. 69% angiografów osiągnie wiek predysponujący do wymiany na nowy sprzęt. W perspektywie 2029 r. wszystkie obecnie posiadane angiografy będą się zaliczały do sprzętów starych, wymagających wymiany.</p>	<p>W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>	<p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.</p>

13.3.	<p>W województwie znajduje się 12 aparatów do brachyterapii, ulokowanych w m. Warszawa, m. Radom, powiecie legionowskim i powiecie lipskim. Średni wiek aparatów to 9,5 roku.</p>	<p>W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>	<p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.</p>
13.4.	<p>Województwo dysponuje 15 aparatami ECMO, służącymi do pozaustrojowego utlenowania krwi. Znajdują się one w m. Warszawa (12), m. Radom (2) i w m. Ostrołęka (1). Odległość od najbliższego aparatu jest największa dla mieszkańców powiatu sierpeckiego (117 km).</p> <p>W 2019 r. niski priorytet do wymiany posiadało 80% sprzętu, a średni priorytet 20%.</p> <p>Według prognoz zapotrzebowania, 87% posiadanych aparatów ECMO będzie musiała być wymieniona do 2023 r., a cała aktualna baza do 2027 r.</p>	<p>W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>	<p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.</p>
13.5.	<p>Gammakamery zlokalizowane są w trzech powiatach (m. Warszawa, pow. ciechanowski, m. Siedlce). Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu kozienickiego (92 km).</p>	<p>W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów</p>	<p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań</p>

	<p>W 2019 r. niski priorytet do wymiany posiadało 62,5% sprzętu, wysoki priorytet 37,5%.</p> <p>Uwagę zwraca nierównomierny rozkład eksploatacji sprzętu.</p>	<p>posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>	<p>technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.</p>
13.6.	<p>Stacjonarne mammografy działają w większości powiatów województwa mazowieckiego.</p> <p>W 2019 r. wysoki priorytet do wymiany posiadało 27,9% sprzętu, średni priorytet 2,8%.</p>	<p>W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>	<p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.</p>
13.7.	<p>Na terenie województwa znajduje się 6 aparatów PET. Średni wiek aparatów wynosi 6,6 lat. Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym zlokalizowane są aparaty PET jest powiat sierpecki (119 km).</p> <p>Spośród 6 aparatów PET, 1 posiada średni priorytet do wymiany.</p>	<p>W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>	<p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.</p>
13.8.	<p>Rezonans magnetyczny - aparaty zlokalizowane są w m. Warszawa, m. Ostrołęka, m. Płock, m. Radom, m. Siedlce, powiecie ciechanowskim, powiecie</p>	<p>W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego,</p>	<p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje</p>

	<p>garwolińskim, powiecie grodziskim, powiecie legionowskim, powiecie otwockim, powiecie płońskim i powiecie pruszkowskim.</p> <p>W trzech powiatach średni wiek sprzętu przekroczył 10 lat.</p>	<p>a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>	<p>w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.</p>
13.9.	<p>Aparaty RTG to bardzo rozpowszechnione urządzenia diagnostyczne, dostępne we wszystkich powiatach.</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 7 do 14 lat. 27,9% sprzętów ma wysoki priorytet do wymiany. Niski priorytet do wymiany posiada 71,0% aparatów RTG.</p>	<p>W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>	<p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.</p>
13.10.	<p>Tomografy komputerowe zlokalizowane są w większości powiatów województwa mazowieckiego.</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 1 do 14 lat.</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami, 15,8% tomografów komputerowych w województwie mazowieckim ma obecnie wysoki priorytet do wymiany, 9,8% ma priorytet średni do wymiany. Prognozuje się, że do 2023 r. 52% aparatów TK osiągnie wiek istotnie</p>	<p>W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>	<p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.</p>

	ograniczający efektywne wykonywanie badań, a w perspektywie 2030 r. wszystkie obecnie posiadane tomografy będą się zaliczały do sprzętów starych, wymagających wymiany.		
13.11.	<p>Aparaty USG to bardzo rozpowszechnione urządzenia diagnostyczne, dostępne we wszystkich powiatach.</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 7 do 24 lat (w większości powiatów wynosi co najmniej 10 lat).</p> <p>Do 2023 r. 77% aparatów USG osiągnie wiek, po przekroczeniu którego są w stanie wykonywać efektywną liczbę badań i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty.</p>	W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).	Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.
13.12.	W perspektywie 2023 r., wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań osiągnie 42% akceleratorów, 69% angiografów, 50% aparatów do brachyterapii, 87% aparatów ECMO, 68% gammakamer, 34% mammografów, 50% aparatów PET, 65% rezonansów magnetycznych, 62% aparatów RTG, 52% tomografów komputerowych i 77% aparatów USG.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, a także wdrażać innowacyjne technologie medyczne.	Inwestycje w zakresie innowacyjnych metod i technologii wykorzystywanych do udzielania świadczeń medycznych.

Załącznik 8.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa opolskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	<p>W 2019 r. gęstość zaludnienia w województwie opolskim wyniosła 104 os./km² i był to wynik poniżej średniej dla Polski. Zarówno liczba kobiet (507,5 tys.) jak i mężczyzn (475,2 tys.) była najniższa spośród wszystkich województw.</p> <p>W 2050 r. notowany będzie najwyższy wiek środkowy (mediana wieku) – 56,1 lat, tj. o 3,6 lat wyższy niż dla Polski ogółem. W województwie w okresie 2013-2050 liczba osób w wieku 65 lat i więcej zwiększy się o 75,0% do 268,9 tys. w 2050 r., a osób w wieku 80 lat i więcej o 138,4% do 90,7 tys., przy czym odsetek tych osób w ludności województwa w 2050 r. wyniesie 12,2%.</p> <p>Prognozowana liczba ludności ogółem w 2050 r. dla województwa ma wynieść 744,58 tys. i będzie najniższa względem Polski.</p>	<p>Zagęszczenie ludności w województwie opolskim poniżej średniej dla kraju.</p> <p>Prognoza wskazuje, że spośród wszystkich województw proces starzenia się społeczeństwa będzie przebiegać najszybciej w województwie opolskim względem kraju.</p>	nie dotyczy

Epidemiologia	1.2.	W 2019 r. w porównaniu z 2018 r. odnotowano następujące zmiany w sytuacji demograficznej województwa opolskiego: spadek liczby ludności zarazem na wsi jak i w mieście, wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym przy spadku osób w wieku przedprodukcyjnym, spadek liczby zawartych małżeństw, spadek liczby orzeczonych rozwodów oraz separacji, spadek liczby urodzeń żywych oraz wzrost liczby zarejestrowanych zgonów, wyższy współczynnik dzietności, ale nadal niegwarantujący zastępowalność pokoleń, spadek liczby osób zameldowanych jak i wymeldowanych na pobyt stały w ruchu wewnętrznym, spadek liczby osób wymeldowanych z pobytu stałego za granicę.	Ze względu na zmiany demograficzne na terenie województwa nastąpi zmiana zapotrzebowania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia (wzrost zapotrzebowania na świadczenia geriatryczne przy jednoczesnym spadku zapotrzebowania na świadczenia pediatryczne, neonatologiczne i ginekologiczno-położnicze).	nie dotyczy
	2.1.	W 2019 r. za 26,73% łącznej liczby zgonów odpowiadała choroba niedokrwienna serca, 11,67% spowodowanych było udarami, a za 7,03% zgonów odpowiadał nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc. Łączny udział zgonów w wyniku zachorowań na nowotwory wyniósł 15,31% łącznej liczby zgonów w województwie.	Najczęstszymi przyczynami zgonów mieszkańców województwa opolskiego w 2019 r. były: choroba niedokrwienna serca, udary oraz choroby nowotworowe.	nie dotyczy
	2.2.	Choroby układu krążenia nadal pozostają najczęstszą przyczyną zgonów mieszkańców województwa w wieku 45–59 lat. Ponadto, są one najczęstszą	nie dotyczy	nie dotyczy

	<p>przyczyną zgonów wśród osób powyżej 60. roku życia.</p> <p>Prognozy epidemiologiczne na lata 2020–2028 r., zarówno dla województwa opolskiego jak i dla Polski, sugerują jednak stopniowy spadek chorobowości i zapadalności na choroby układu krążenia.</p>		
2.3.	<p>Prognozy epidemiologiczne na lata 2020-2028 wskazują, że chorobowość i zapadalność z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego będzie systematycznie rosła, między innymi ze względu na zwiększającą się liczbę ludności powyżej 65. roku życia. W 2019 r. choroby płuc były drugą przyczyną zgonów, ustępując chorobom układu sercowo-naczyniowego.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy
2.4.	<p>Analiza najistotniejszych problemów zdrowotnych, wg wskaźnika DALY na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat (1999-2019) wskazuje, że najistotniejszymi problemami były niezmiennie: choroba niedokrwienna serca, udar, nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1.	<p>W 2019 r. udział behawioralnych czynników ryzyka w DALY wyniósł 12,3 tys. na 100 tys. ludności, a w zgonach 494,6 na 100 tys. ludności. Przewyższały one wartości dla Polski (odpowiednio 11,78 tys. oraz 460,3).</p>	<p>Dominującą grupą czynników ryzyka, tak jak i w Polsce była grupa czynników behawioralnych, ale sytuacja w województwie była gorsza niż średnio w kraju.</p>	<p>Promowanie wśród społeczeństwa województwa zdrowego stylu życia.</p>
	3.2.	<p>Najwyższy wpływ na wskaźnik DALY dla mężczyzn i kobiet w województwie (wartość na 100 tys. ludności) miał: tytoń (5,97 tys.), wysokie ciśnienie krwi (4,84 tys.), wysokie BMI (4,58 tys.), ryzyko żywieniowe (4,55 tys.), wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo (4,20 tys.).</p> <p>Najwyższy udział w zgonach wśród czynników ryzyka w województwie (na 100 tys. ludności), występował w zakresie wysokiego ciśnienia krwi (269,70 tys.), ryzyk żywieniowych (245,90 tys.), tytoniu (227,50 tys.) oraz wysokiego stężenia glukozy w osoczu na czczo (195,89 tys.).</p> <p>W porównania do całego kraju (dla kobiet i mężczyzn łącznie) udział tytoniu w DALY był o ok. 5% wyższy niż średnio w Polsce, a w przypadku zgonów ok. 6% wyższy. Istotnym problem w województwie były ryzyka żywieniowe, gdzie województwo zajmowało 1. miejsce w kraju w przypadku DALY i 2. w przypadku zgonów. W przypadku udziału wysokiego ciśnienia krwi, wysokiego BMI, wysokiego stężenia glukozy</p>	<p>Czynniki mające największy wpływ na utratę DALY i zgony w województwie są związane ze stylem życia.</p>	<p>Promowanie wśród społeczeństwa województwa prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej w celu zmniejszenia oddziaływania takich czynników jak: tytoń, ryzyka żywieniowe, wysokie ciśnienie krwi, wysokie BMI oraz wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo.</p>

	<p>w osoczu na czczo w DALY województwo zajmowało 3. miejsce w kraju. W przypadku udziału wysokiego ciśnienia krwi, wysokiego stężenia glukozy w osoczu na czczo w zgonach również 3. miejsce w kraju. Natomiast wpływ wysokiego BMI na zgony był najwyższy w kraju.</p>		
3.3.	<p>Udział tytoniu w DALY i zgonach dla kobiet i mężczyzn łącznie zmniejszył się od 1990 r. (odpowiednio o ok. 14% i ok. 4%). Nastąpił wzrost udziału tytoniu od 2010 r. zarówno w DALY i zgonach (odpowiednio o ok. 3% i ok. 7%). W przypadku kobiet udział tytoniu w DALY od 2010 r. zwiększył się aż o ok. 12%, a w zgonach o ok. 17% (wartości dla Polski oscylują w granicach ok. 9% i 13%). Dla mężczyzn udział tytoniu w DALY od 2010 r. zmniejszył się o ok. 0,5%, a w zgonach wzrósł o ok. 3%.</p> <p>Udział wysokiego ciśnienia krwi w DALY, który był czynnikiem ryzyka najbardziej wpływającym na zgony w województwie (dla kobiet i mężczyzn łącznie) zmniejszył się od 1990 r. o ok. 15%, a od 2010 r. o ok. 6%. Udział w zgonach od 1990 r. wzrósł o ok. 4%, a o od 2010 r. o ok. 3%.</p>	<p>W przypadku udziału tytoniu w DALY i zgonach występują niekorzystne trendy w ostatnim dziesięcioleciu, w szczególności w przypadku kobiet. Mimo mniejszego udziału wysokiego ciśnienia krwi w DALY, czynnik ten nadal jest czynnikiem znacząco wpływającym na zgony.</p>	<p>Rekomendowane są działania przyczyniające się do zmniejszenia oddziaływania tytoniu (część działań powinna być ukierunkowana na kobiety, gdzie problem narasta) oraz wysokiego ciśnienia krwi.</p>

3.4.	W województwie sprawozdano tylko 4 działania z zakresu profilaktyki palenia tytoniu.	Mała liczba przeprowadzonych działań z profilaktyki palenia tytoniu, gdzie czynnik ten jest jednym z najbardziej obciążających.	Zwiększenie ilości programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki tytoniu.
3.5.	Badaniom przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy poddało się jedynie 16,7% rocznej populacji do przebadania (średnia dla Polski wyniosła 17,3%). Dodatkowo należy zaznaczyć, że udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania w ostatnich latach mała (z 18,9 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania w 2018 r. do 16,7 w 2019 r.). Zapadalność na nowotwór złośliwy szyjki macicy w przeliczeniu na 100 tys. kobiet wyniósł 17,8 (16,5 dla Polski), a liczba zgonów na 100 tys. kobiet to 11,9 (10,7 dla Polski).	Zgłaszalność na badania cytologiczne, tak jak i w kraju, jest na niskim poziomie. Dodatkowo, województwo negatywnie wypada na tle kraju, jeżeli chodzi o wskaźniki epidemiologiczne w kontekście nowotworu szyjki macicy.	Podjęcie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na cytologię. Promowanie badań przesiewowych.
3.6.	Badaniom przesiewowym w kierunku nowotworu złośliwego sutka poddało się 52,9% rocznej populacji do przebadania. Była to druga najniższa wartość w kraju (średnia dla Polski to ok. 63,9%). Udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania wzrósł w porównaniu z 2018 r. (z 40,7 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania do 52,9 tys.). Zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w przeliczeniu na 100 tys. kobiet była wyższa niż średnia dla kraju (97,1 vs. 93,5 dla Polski),	Zgłaszalność na badania mammograficzne w województwie jest na niższym poziomie niż średnio w Polsce. Województwo charakteryzuje się również wyższą zapadalnością i śmiertelnością na nowotwór złośliwy sutka niż średnio w kraju.	Podjęcie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na mammografię. Promowanie badań przesiewowych.

Podstawowa opieka zdrowotna		analogicznie jak liczba zgonów na 100 tys. kobiet (41,1 vs. 37,6 dla Polski).		
	4.1.	Według danych za 2019 r. 82,48% ludności województwa opolskiego było zapisanych na listy aktywne POZ, z czego najniższy odsetek (68,9%) został odnotowany w powiecie opolskim (powiat obwarzankowy miasta Opole), a najwyższy w mieście Opole (98,6%). Odsetek ludności zapisanej do POZ w województwie zamieszkania wyniósł 98,35%, jednak podobne porównanie na poziomie powiatów wskazuje na zróżnicowanie tego odsetka (od 79,06% w powiecie opolskim do 96,43% w powiecie kędzierzyńsko-kozielskim).	W województwie zaobserwowano niższy odsetek ludności zapisanej na liście aktywnej POZ w swoim powiecie obwarzankowym, ponieważ ludność ta często była zapisana na listach aktywnych w przyległych miastach na prawach powiatu.	Biorąc pod uwagę niższe średnie uczestnictwo w listach aktywnych POZ mieszkańców województwa opolskiego potrzebne są działania promocyjno-edukacyjne mające na celu zachęcenie mieszkańców do uczestnictwa w listach, szczególnie wśród ludzi młodych oraz zdrowych. Przykładem może być organizowanie akcji edukacyjno-promocyjnych w lokalnych środkach informacji (portale oraz gazety lokalne), a także organizowanie badań profilaktycznych i przesiewowych dla ludności zapisanych do POZ.
	4.2.	Liczba pacjentów w województwie w 2019 r. wyniosła 648,7 tys., spośród których najwięcej było między 60. a 70. rokiem życia. Wśród pacjentów ogółem pod względem płci dominowały kobiety zarówno w wartościach bezwzględnych (356,2 tys.	Niezależnie od grupy wiekowej dominowali pacjenci zamieszkujący miasta, jednak patrząc na odsetek korzystających wśród zapisanych, nie ma istotnej różnicy w miejscu zamieszkania.	Rekomendowane jest, aby POZ pełnił wiodącą rolę w zabezpieczeniu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa opolskiego. Od jego sprawności

	pacjentów), jak i biorąc pod uwagę odsetek pacjentów korzystających wśród zapisanych.		i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność całego systemu opieki zdrowotnej.
4.3.	Według danych za 2019 r. głównymi problemami zdrowotnymi wśród pacjentów z terenu województwa opolskiego, korzystających z wizyt, były: samoistne (pierwotne) nadciśnienie stanowiące 12,18% ogółu problemów, ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (7,43% ogółu) oraz ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie) - 6,22% wszystkich przypadków w województwie opolskim.	Nadciśnienie, ostre zakażenie dróg oddechowych oraz przeziębienie to główne problemy zdrowotne wśród pacjentów województwa.	Zwiększenie częstotliwości zlecenia badań diagnostycznych przez lekarza POZ jak również poszerzenie diagnostyki na poziomie POZ w województwie opolskim.
4.4.	Dane za 2019 r. wskazują, że liczba lekarzy na 100 tys. ludności pracujących w POZ w województwie wynosiła 43,05, przy średniej dla wszystkich województw 68,15. Występowały znaczące różnice na poziomie powiatów. Najniższy wskaźnik występował w powiecie prudnickim (12,67), a najwyższy w mieście Opole (78,88). Liczba zatrudnionych pielęgniarek na 100 tys. ludności pracujących w POZ w województwie wynosiła 58,41 - poniżej średniej dla Polski (76,22). Na poziomie powiatu również występowało znaczące zróżnicowanie, z najniższymi wskaźnikami w powiatach opolskim (19,40) oraz prudnickim	Zabezpieczenie w obszarze kadr POZ w województwie jest na niższym poziomie niż średnia dla wszystkich województw, stąd wnioskuje się, że jest ono niewystarczające.	Należy poprawić sytuację kadrową w zakresie POZ w województwie poprzez przyciągnięcie kadr medycznych do powiatów, gdzie liczba lekarzy, pielęgniarek czy położnych na 100 tys. mieszkańców jest szczególnie niska, a które nie są powiatami obwarzankowymi (powiat opolski).

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		(36,20), a najwyższym w mieście Opole (91,38). Liczba położnych na 100 tys. mieszkańców pracujących w POZ wynosiła 6,21 przy średniej na poziomie Polski 12,82.		
	5.1.	<p>Liczba poradni na 10 tys. mieszkańców w 2019 r. wyniosła 597 i był to przedostatni wynik względem Polski, natomiast liczba porad na 10 tys. mieszkańców wyniosła 1 811,24 i była to najniższa wartość względem całej Polski.</p> <p>Średni czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w województwie przekraczał 100 dni. Szczególnie długo musieli czekać pacjenci chcący skorzystać z poradni endokrynologicznej – czas oczekiwania 311 dni.</p>	Mieszkańcy województwa mieli znacznie ograniczony dostęp do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych skutkujący długim czasem oczekiwania.	Wzmocnienie dostępu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwie opolskim i jednocześnie odciążenie leczenia szpitalnego. Zapewnienie równomiernego dostępu do świadczeń, monitorowania czasu oczekiwania na udzielnie świadczenia w zakresie porad pierwszorazowych, wprowadzenie opieki koordynowanej, odpowiedniej liczby specjalistów w szczególności w dziedzinach deficytowych (choroby zakaźne, urologia, anestezjologia).

Leczenie szpitalne	6.1.	W 2019 r. na terenie województwa zlokalizowanych było 40 szpitali, a liczba szpitali w podziale na PSZ kształtowała się następująco: szpitale poza siecią: 13, szpitale I stopnia: 13, II stopnia: 5, szpitale ogólnopolskie: 5, szpitale pulmonologiczne: 3 i jeden szpital onkologiczny. Są to proporcje porównywalne ze średnią dla Polski, za wyjątkiem szpitali III stopnia i szpitali pediatrycznych, których na terenie województwa opolskiego brakuje.	Obecna infrastruktura jest niewystarczająca dla zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w zakresie szpitali III stopnia i szpitala pediatrycznego względem innych województw.	Wskazane jest maksymalne zabezpieczenie opieki pediatrycznej.
	6.2.	Nie wliczając SOR średnie obłożenie powyżej 100% zanotowano dla 5 rodzajów oddziałów, z czego najwyższe dla oddziałów takich jak: onkologii klinicznej oraz wybranych świadczeń w ramach chemioterapii – 157,25%, chorób wewnętrznych – 116,92%, psychiatrii sądowej – 110,72%. Obłożenie poniżej 50% zanotowano dla 4 typów oddziałów. Najniższe dla oddziałów: pediatrycznych – 46,85%, neonatologicznych – 39,19%, jednego dnia (chirurgii i leczenia) – 23,18%.	Występuje wyraźna potrzeba odciążenia oddziałów internistycznych w zakresie realizowanych świadczeń.	Realokacja pacjentów internistycznych z obszaru centralnego (zwłaszcza powiatu opolskiego) do powiatów ościennych, a w zakresie samego obszaru centralnego województwa – z SOR USK do szpitali w regionie, w tym do 2 resortowych w celu wyrównania nieproporcjonalnego obciążenia łóżek internistycznych w województwie.

6.3.	<p>Najwyższy wskaźnik łóżek szpitalnych całodobowych na 100 tys. ludności był na oddziałach: wewnętrznych – wynosił 56 (był mniejszy o 4,8 w stosunku do roku poprzedniego), rehabilitacyjny – wynosił 36,4 (roczny wzrost o 2,1), psychiatryczny – wyniósł 35,7, położniczo-ginekologicznych – wynosił 33,5 (był mniejszy o 9,8 w stosunku do roku poprzedniego).</p>	<p>Liczba łóżek szpitalnych dostępnych w województwie jest niewystarczająca.</p>	<p>Rekomenduje się zarówno rozwój bazy łóżkowej jak i racjonalne jej wykorzystanie na oddziałach szpitalnych, szczególnie tych z największym obciążeniem.</p>
6.4.	<p>Rozpatrując przypadki stabilne, najdłuższe kolejki w leczeniu szpitalnym w lutym 2020 r. (czyli o największej średniej liczbie dni oczekiwania) występowały na oddziałach: reumatologicznych – 341,5 dni, chirurgii urazowo-ortopedycznej – 244,9 dni oraz neurochirurgicznych – 230 dni. Średni czas oczekiwania do oddziału w tym okresie wyniósł 79,9 dni i był wyraźnie krótszy od krajowego (114 dni).</p> <p>Rozpatrując kolejki przypadków pilnych w lutym 2020 r. najdłuższe były do oddziałów: reumatologicznych – 191,3 dni (Polska 89,8 dni), neurochirurgicznych – 122 dni (Polska 222,6 dni), chirurgii urazowo-ortopedycznej – 81,6 dni (Polska 185,2 dni). Średnia w przekroju kolejek wynosiła 53,3 dni (dla Polski 56,4 dni).</p>	<p>Średni czas oczekiwania na świadczenia w lecznictwie szpitalnym (w szczególności na oddziale reumatologicznym, chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz neurochirurgii) wskazuje na ograniczoną dostępność do świadczeń.</p>	<p>Należy zwiększyć dostępności do tych świadczeń, dla których występuje najdłuższy średni czas oczekiwania.</p>

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	6.5.	Liczba lekarzy pracujących w województwie opolskim w 2019 r. w leczeniu szpitalnym przypadająca na 100 tys. mieszkańców wynosiła 196,3. Był to 6. najniższy wskaźnik w kraju.	Niewystarczająca liczba lekarzy przypadająca na 100 tys. mieszkańców. W szczególności potrzeba działania obejmuje oddziały obserwacyjno-zakaźne, rehabilitacyjne, nefrologiczne, chirurgiczne dla dzieci oraz okulistyczne.	Należy zwiększyć liczbę kadry medycznej, poprzez m.in. poprawę warunków materialno-bytowych, zwiększanie miejsc szkoleniowych w jednostkach akredytowanych w dziedzinach medycyny, w których jest niedobór personelu medycznego.
	7.1.	Poradnie psychiatryczne/psychologiczne dla dorosłych znajdują się w każdym powiecie, oddziały szpitalne znajdują się w pięciu powiatach województwa.	Występują braki w dostępie do oddziałów dziennych oraz zespołów leczenia środowiskowego, które znajdują się odpowiednio w pięciu i sześciu powiatach (z dwunastu powiatów województwa).	Zwiększenie dostępu do oddziałów dziennych psychiatrycznych oraz zespołów leczenia środowiskowego dla pacjentów dorosłych. Poza planowanym powstaniem Centrum Zdrowia Psychicznego w Opolu, dążenie do powstania nowych na terenie województwa.
	7.2.	Dostęp do poradni leczenia uzależnień w województwie: poradnie ogólne leczenia uzależnień znajdowały się w południowej części województwa (w siedmiu gminach), poradnie uzależnienia od alkoholu znajdowały się w dziesięciu gminach, brakowało ich w centralnej części	Na terenie województwa występuje zapotrzebowanie na zwiększenie dostępności w zakresie poradni ogólnych leczenia uzależnień	Zmiana proporcji udzielanych porad, szczególnie w poradniach dla dorosłych, na rzecz większego udziału porad psychologicznych, psychoterapii

	<p>województwa (w tym w Opolu), jedyna poradnia uzależnienia od substancji psychoaktywnych znajdowała się w Opolu, nie zlokalizowano żadnej poradni antynikotynowej. Jeśli chodzi o inne formy leczenia uzależnień, w województwie znajdowały się 3 oddziały dzienne dla uzależnionych od alkoholu, zlokalizowane w Opolu, Nysie i Kędzierzyn-Koźle; oddziały/ośrodki leczenia uzależnień znajdowały się w pięciu gminach; w dwóch skrajnych gminach województwa (Namysłów, Branice) zlokalizowano oddziały/ośrodki detoksykacji alkoholowej; w gminie Chrzęstowice dostępny był hostel dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.</p>	<p>w centralnej części województwa (w tym w Opolu).</p>	<p>indywidualnej, oddziaływań grupowych/rodzinnych.</p>
7.3.	<p>Procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze w województwie był równy 89,04. Tylko w dwóch powiatach województwa powyżej 80% pacjentów do 18. roku życia leczyło się w powiecie zamieszkania, dla większości powiatów wskaźnik ten wyniósł poniżej 20%, co może świadczyć o niedostatecznym dostępie do opieki w większości powiatów. Odsetek porad lekarskich realizowanych w poradniach dla dzieci i młodzieży był w województwie niższy niż średnio w Polsce (54,02% w województwie vs. 62,42% w Polsce). Poradnie dostępne były tylko w Opolu i Kędzierzyn-Koźle, w Opolu był także dostęp do opieki szpitalnej.</p>	<p>Dostęp do podstawowych form opieki leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży był w województwie bardzo ograniczony. W 2019 r. w województwie nie było w ogóle oddziałów dziennych ani zespołów leczenia środowiskowego dedykowanych dzieciom i młodzieży. Wysoki poziom migracji względem pozostałych województw świadczy o niskiej w stosunku do potrzeb dostępności do świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.</p>	<p>Zakontraktowanie świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży na trzech poziomach referencyjnych, zgodnie reformą opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Utworzenie poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży we wszystkich powiatach, w których poradnie jeszcze nie funkcjonują.</p>

Rehabilitacja medyczna	7.4	W 2019 r. było tylko 6 lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży, w tym dwóch w wieku emerytalnym. Na 100 tys. ludności przypadało tylko 0,6 lekarza, co jest wartością poniżej średniej dla Polski (1,1).	Niewystarczająca liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży.	Dążenie do zwiększenia liczby specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.
	8.1.	W województwie było 100 ośrodków w zakresie rehabilitacji w tym najwięcej w m. Opolu (16) i powiecie nyskim (15), a najmniej w powiecie prudnickim (3). Natomiast liczba ośrodków na 100 tys. ludności wyniosła 10,18 i był to jeden z wyższych wskaźników w Polsce. Najwyższy wskaźnik wystąpił w powiecie głubczyckim (15,37), a najniższy w powiecie prudnickim (5,43).	Pomimo dużej liczby ośrodków rehabilitacyjnych, nie są udzielane świadczenia rehabilitacji dziennej w zakresie zaburzeń wzroku i pulmonologii. Jednocześnie udziela się mało świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie kardiologii - liczba pacjentów na 100 tys. ludności wyniosła 17 (60% poniżej średniej dla Polski).	Podjęcie działań w celu zapewnienia dostępności do świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie: zaburzeń wzroku, pulmonologii i kardiologii.
	8.2.	Najczęstsze rozpoznania, z jakimi pacjenci trafiają na rehabilitację medyczną to: choroby układu mięśniowo-szkieletowego i choroby układu nerwowego. Najdłuższy czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne w trybie pilnym jest w zakładach/ośrodkach rehabilitacji leczniczej dziennej i wynosi 192 dni (w skali Polski 176 dni), co stanowi jeden z wyższych wskaźników w Polsce.	Niedostateczna liczba ośrodków z rehabilitacją stacjonarną przyczynia się do wydłużenia czasu oczekiwania pacjenta na świadczenia zdrowotne.	Rekomendowane jest zminimalizowanie czasu oczekiwania na rehabilitację pacjentów poprzez zwiększenie liczby ośrodków udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji stacjonarnej.

Opieka długoterminowa		Natomiast w przypadku stabilnym, najdłuższy czas oczekiwania pacjentów jest na rehabilitację neurologiczną w warunkach stacjonarnych - przeciętnie wynosi 1 095 dni (w skali Polski 556 dni). W 2019 r. województwo miało jeden z wyższych wskaźników liczby osobodni na 100 tys. ludności w rehabilitacji stacjonarnej (19 993, 4. miejsce), podczas gdy wskaźnik dla całej Polski wyniósł 15 920.		
	8.3.	W 2019 r. liczba lekarzy w zakresie rehabilitacji medycznej na 100 tys. ludności wyniosła 4,2 i była poniżej średniej krajowej (5,0).	W województwie obserwowany jest niedobór kadry lekarskiej w dziedzinie rehabilitacji medycznej.	Zwiększenie upowszechnienia wśród lekarzy specjalizacji w zakresie rehabilitacji, w celu dalszego kształcenia mającego zmniejszyć niedobór lekarzy w określonej dziedzinie.
	9.1.	<p>Wśród pacjentów opieki długoterminowej 2 964 stanowiły kobiety (67,9%), a mężczyźni 1 399 (32,1%). Struktura wiekowa pacjentów objętych opieką długoterminową, według płci była zbliżona do danych krajowych.</p> <p>Liczba osób objętych opieką długoterminową w populacji osób w wieku 65 i więcej lat w grupach wiekowych wynosiła 2 % (w tym opieką stacjonarną 0,65 %), co przekracza średnią dla Polski (1,34%) (w tym stacjonarną 0,6%).</p>	Brak ośrodków długoterminowej opieki stacjonarnej w dwóch powiatach (kędzierzyńsko-kozielskim i strzeleckim).	Utworzenie stacjonarnej opieki długoterminowej w 2 powiatach w województwie opolskim strzeleckim i kędzierzyńsko-kozielskim.

	<p>Głównymi rozpoznaniem w opiece długoterminowej były choroby układu krążenia (35%, z czego dużą grupę stanowiły udary) oraz choroby układu nerwowego (28%; w grupie tej dominowała choroba Alzheimera i inne choroby otępienne).</p> <p>Długoterminowa opieka domowa została zorganizowana we wszystkich powiatach. Wskaźnik liczby ośrodków opieki domowej przypadających na 100 tys. ludności wyniósł 9,36 (+122% w stosunku do średniej dla Polski). Wskaźnik dostępności ośrodków stacjonarnych wyniósł 1,73 ośrodka/100 tys. ludności (+43% w stosunku do średniej dla Polski).</p>		
9.2.	Według prognoz, współczynnik potencjału pielęgnacyjnego będzie malał z około 217 w 2019 r. do 176 w 2030 r.	Spadek tego wskaźnika będzie jedną z przyczyn kreujących popyt na usługi opiekuńczo-lecznicze, gdyż malejący współczynnik pielęgnacyjny przyczynia się do zmniejszenia potencjału opieki nieformalnej i konieczności zwiększenia roli administracji publicznej w zapewnieniu opieki niesamodzielnym seniorom.	Niezbędne jest dostosowanie dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (we wszystkich oferowanych zakresach), do pogłębiającej się niekorzystnej sytuacji demograficznej oraz epidemiologicznej w regionie.
9.3.	DDOM są wsparciem w opiece dla osób niesamodzielnych, w szczególności powyżej 65. roku życia, które ze względu na stan zdrowia wymagają	Istotne jest zwiększenie dostępności do długoterminowej opieki pielęgnarskiej świadczonej przewlekłe	Rekomendowany jest rozwój dziennych form opieki, takich jak

Opieka hospicyjna i paliatywna		<p>świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, ale nie wymagają hospitalizacji na oddziale szpitalnym i nie kwalifikują się do objęcia opieką w ZOL ze względu na ocenę w skali Barthel powyżej 40 punktów. Świadczenia w DDOM nie są świadczeniami gwarantowanymi. Obecnie w województwie funkcjonują 2 takie placówki.</p>	<p>chorym w środowisku domowym jako kierunek działań służących deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej.</p>	<p>np. DDOM oraz zapewnienie ich finansowania ze środków NFZ.</p>
	10.1.	<p>W 2019 r. ze świadczeń paliatywno-hospicyjnych ogółem skorzystało 288,31 pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności (5. miejsce w kraju, +15% w stosunku do średniej dla Polski). Dostępność do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych została zapewniona w 4 powiatach.</p> <p>W zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej łączna liczba łóżek na koniec roku wyniosła 96, w tym: w mieście Opolu wykazano 47 łóżek, w powiecie opolskim 20, nyskim 15 oraz namysłowskim 14. Liczba łóżek na koniec roku na 1 mln mieszkańców wyniosła 97,7 odpowiednio w: powiecie m. Opolu 367,09, w powiecie namysłowskim 328,38, w powiecie opolskim 161,65, w powiecie nyskim 110,34. W pozostałych powiatach brak zapewnienia wg wskazań Europejskiego Towarzystwa Opieki</p>	<p>Konieczne jest zwiększenie i wyrównanie dostępności do świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej pomiędzy powiatami.</p>	<p>Zapewnienie adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej poprzez dostosowanie liczby łóżek w opiece stacjonarnej, co najmniej do wartości wskaźnika określonego przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (min. 100 łóżek/1 mln mieszkańców).</p>

	Paliatywnej (100 łóżek na 1 mln mieszkańców). Jest to jeden z niższych wyników względem Polski.		
10.2.	W perspektywie zachodzących zmian demograficznych i epidemiologicznych zgodnie z prognozą na najbliższe trzydzieści lat (2020-2050) zapotrzebowanie na liczbę miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej zwiększy się z 3,8 tys. miejsc w 2020 r. do 4,8 tys. miejsc w 2050 r. (wzrost o 25%). Ponadto w 2040 i w 2050 r. w województwie opolskim przewiduje się największe zapotrzebowanie na liczbę miejsc w OPH w przeliczeniu na 100 tys. ludności w porównaniu do reszty kraju (odpowiednio 3,40 i 3,82).	Przy utrzymującym się trendzie wzrostowym zapotrzebowania na liczbę miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej należy poprawić dostępność do opieki realizowanej w warunkach domowych.	Rozwój istniejącej bazy stacjonarnej i domowej z uwagi na wzrost zapotrzebowania na świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej związanego z zachodzącymi zmianami demograficznymi i epidemiologicznymi. Dążenie do zapewnienia funkcjonowania ośrodków domowych w każdym powiecie.
10.3.	Liczba lekarzy medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi 1,3 (wartość referencyjna to 3/100 tys. ludności).; Średni wiek lekarzy to 51 lat.	Kadra medyczna w ośrodkach opieki paliatywnej i hospicyjnej nie jest wystarczająca. Dotyczy to zarówno lekarzy jak i pielęgniarek, w szczególności posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej i hospicyjnej.	Zwiększenie w ośrodkach opieki paliatywnej i hospicyjnej liczby lekarzy ze specjalizacją z medycyny paliatywnej co najmniej do wartości referencyjnej tj. 3,0 lekarzy/100 tys. ludności. Jednoczesne zwiększenie liczby pielęgniarek, w szczególności ze specjalizacją: pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej.

Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1.	<p>Analiza funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego na Opolszczyźnie wskazuje, że funkcjonuje w nim najmniej zespołów ratownictwa medycznego – 44 względem pozostałych województw w Polsce</p> <p>W województwie opolskim mimo działania 7 szpitalnych oddziałów ratunkowych wielokrotnie zdarzają się przypadki odmów przyjęć, po czym zespół ratownictwa medycznego przy współudziale dyspozytora medycznego oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego poszukują miejsca dla pacjenta w innych podmiotach szpitalnych. Bywają przypadki, iż zespół ratownictwa medycznego poszukuje 4-5 godzin miejsca dla pacjenta w innym podmiocie leczniczym. Powoduje to realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. W szczególności dotyczy to pacjentów internistycznych, gdzie w centralnej części województwa brakuje miejsc na tych oddziałach szpitalnych.</p>	Brak współpracy i komunikacji między Szpitalnymi Oddziałami Ratunkowymi w poszczególnych podmiotach leczniczych województwa.	<p>Poprawa komunikacji między oddziałami szpitalnymi oraz innymi podmiotami leczniczymi w zakresie przejmowania pacjentów ze szpitalnych oddziałów ratunkowych do oddziału docelowego.</p> <p>Zapewnienie lepszego przepływu pacjentów przez szpitalne oddziały ratunkowe, w których winna być zatrudniona adekwatna do potrzeb ilość personelu medycznego.</p>
	Kadry	12.1.	<p>W 2019 r. liczba lekarzy na terenie województwa na 100 tys. ludności wyniosła 261 (w Polsce 342) i jest to jeden z niższych wskaźników względem innych województw. Z kolei średni wiek lekarzy, równy 51 lat jest jednym z najwyższych w rankingu (2. miejsce w kraju).</p>	Niewystarczający poziom zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentyistów w województwie, spowodowane zbyt małą liczbą miejsc specjalizacyjnych w części dziedzin medycyny. Istotnym

	<p>Największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych (oszacowane na 2020 r. z uwzględnieniem liczby miejsc szkoleniowych potrzebnych do wymienialności pokoleniowej oraz rekomendowanej liczby specjalistów oszacowano w następujących dziedzinach: choroby wewnętrzne (614), medycyna rodzinna (246), psychiatria (130), medycyna pracy (83), geriatria (71)</p> <p>W 2019 r. liczba lekarzy dentyistów na 100 tys. ludności wyniosła 70,7 (14. miejsce wśród województw).</p> <p>Średni wiek dla lekarza dentyisty w województwie wynosił 49 lat, przy średniej krajowej 46 lat.</p>	<p>problemem jest również starzenie się kadr medycznych.</p>	<p>w których w województwie nie ma żadnego lekarza specjalisty lub jest 1-2 lekarzy specjalistów i wartość ta znacznie odbiega od rekomendacji konsultantów krajowych.</p> <p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie województwa w wybranych dziedzinach np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych medyków.</p>
12.2.	<p>Liczba pielęgniarek na 100 tys. ludności w województwie wyniosła 613 (w Polsce 621). W najbliższych 10 latach szacowany jest spadek czynnych zawodowo pielęgniarek w wieku 25-59 lat o 29% (w Polsce o 33%).</p>	<p>Coraz mniej czynnych zawodowo pielęgniarek.</p>	<p>Zwiększenie liczby miejsc na kierunku studiów pielęgniarstwa oraz zwiększenie promocji specjalizacji wśród studentów kierunków pielęgniarstwa.</p> <p>Tworzenie programów motywujących i stypendialnych absolwentów szkół średnich zachęcających do podjęcia nauki na kierunkach pielęgniarstwa.</p>

Sprzęt medyczny	12.3.	Liczba położnych na 100 tys. ludności w województwie wyniosła 71 (w Polsce 82). W najbliższych 10 latach szacowany jest spadek czynnych zawodowo położnych w wieku 25-59 lat o 4% w województwie (w Polsce o 24%).	Poziom zatrudnienia kadry położniczej w województwie jest niewystarczający, zwłaszcza mając na uwadze prognozowane spadki czynnych zawodowo położnych.	Zwiększenie liczby miejsc na kierunku studiów położnictwa oraz zwiększenie promocji specjalizacji wśród studentów kierunków położnictwa. Tworzenie programów motywujących i stypendialnych absolwentów szkół średnich zachęcających do podjęcia nauki na kierunkach położnictwa.
	12.4.	Liczba fizjoterapeutów na 100 tys. ludności w województwie wyniosła 184. Dla grupy fizjoterapeutów w wieku 25-59 lat na terenie województwa oszacowano, podobnie jak dla Polski, że w przeciągu najbliższych 10 lat ich liczba będzie wzrastać.	nie dotyczy	Zwiększenie promocji specjalizacji wśród studentów kierunków fizjoterapii.
	13.1.	Liczba akceleratorów w województwie wynosiła 2, w tym żaden priorytetowo nie musi być do wymiany. Sprzęt medyczny zlokalizowany był jedynie w mieście Opolu. W województwie zanotowano najniższy wynik w kraju – 0,2 na 100 tys. ludności. Sprzęt jest stosunkowo stary - w wieku 12 i 14 lat, co oznacza, że akceleratorzy osiągnęły wiek uniemożliwiający	Akceleratorzy były zlokalizowane jedynie w mieście Opolu. Pomimo braku priorytetu do wymiany, dostępne akceleratorzy przestały być efektywne i należy je wymienić.	Odnowienie bazy sprzętowej w odniesieniu do akceleratorów oraz zwiększenie dostępności do akceleratorów dla pacjentów spoza Opolu.

	efektywne wykorzystanie. Aparaty wykonywały średnio 600 badań rocznie.		
13.2.	<p>Liczba angiografów wyniosła 11, a liczba angiografów na 100 tys. ludności wyniosła 1,12 przy średniej krajowej 0.97, co oznacza, że dostępność jest lepsza niż w kraju. Średni wiek aparatów w powiatach waha się od 7 lat powiecie kędzierzyńsko-kozielski do 14 lat powiecie kluczborski. Również w powiecie kluczborskim wykonuje się najwięcej procedur, średnio około 1 000 rocznie.</p> <p>27,3% angiografów w województwie ma wysoki priorytet do wymiany (w tym angiograf w powiecie kluczborskim), pozostałe 72,7% znajduje się w bazie sprzętu o niskim priorytecie do wymiany. Według prognozy na 2021 r. zapotrzebowanie na angiograf będzie wynosiło 9 sztuk, w tym: w mieście Opolu (5 sztuk), w powiatach kluczborskim, nyskim, krapkowickim oraz kędzierzyńsko – kozielskim po 1.</p>	Część angiografów w województwie wymaga wymiany na nowe.	Zakup nowych angiografów, bieżąca wymiana starego i bardzo wyeksploatowanego sprzętu m.in. w powiecie kluczborskim.
13.3.	W województwie liczba aparatów do brachyterapii wyniosła 1, a wartość wskaźnika na 100 tys. ludności – 0,1, czyli poniżej średniej dla Polski (0,14). Wiek aparatu wyniósł 11 lat, a średnia liczba wykonywanych badań - 215 procedur rocznie.	Sprzęt ze względu na niską liczbę wykonywanych procedur został zakwalifikowany do średniego priorytetu do wymiany, jednak wiek sprzętu może uniemożliwiać efektywne	Rekomenduje się wymianę aparatów do brachyterapii.

		wykonywanie badań, z tego względu należy go wymienić.	
13.4.	<p>Liczba mammografów w województwie wyniosła 9. Liczba mammografów na 100 tys. ludności w porównaniu do wartości dla Polski (1,97) była niższa i wyniosła 0,92. Średni wiek sprzętu w powiatach wahał się od 5 lat w Opolu do 20 lat w powiecie kędzierzyńsko-kozielski. Najwięcej procedur wykonano w m. Opole i jest to średnio 7 tys. procedur rocznie. Oznacza to, że sprzęt jest bardzo dobrze wykorzystywany.</p> <p>Prognoza zapotrzebowania w 2021 r. na mammograf (7 sztuk) wystąpi w powiatach: strzeleckim (2 sztuki) oraz nyskim, głubczyckim, kędzierzyńsko - kozielskim, brzeskim oraz w mieście Opolu (po 1 sztuce).</p>	<p>W województwie opolskim 66% mammografów zostało zakwalifikowanych do wysokiego priorytetu do wymiany.</p>	<p>Należy zakupić więcej sprzętu do mammografii oraz wymienić ten o wysokim priorytecie.</p>
13.5.	<p>Liczba aparatów PET w województwie wyniosła 1. Liczba aparatów PET na 100 tys. ludności w porównaniu do wartości dla Polski (0,08) była wyższa i wyniosła 0,1. Sprzęt posiada niski priorytet do wymiany.</p>	<p>Jedyny aparat PET znajdujący się w województwie ma niski priorytet do wymiany i nie wykonuje efektywnej liczby procedur.</p>	<p>Rekomenduje się zwiększenie wydajności aparatu PET.</p>

13.6.	<p>Liczba rezonansów w województwie wyniosła 11. Liczba rezonansów na 100 tys. ludności w porównaniu do wartości dla Polski (1,05) była wyższa i wynosiła 1,12. 9 aparatów ma niski priorytet do wymiany, a pozostałe 2 wysokie. Średni wiek rezonansów w powiatach waha się od 6 lat w mieście Opole do 17 lat w powiecie kędzierzyńsko-kozielski, w tym również powiecie wykonuje się średnio najwięcej procedur rocznie około 4,8 tys. Średnio najmniej wykonywanych procedur w powiecie nyskim – 1 330.</p> <p>Prognozuje się zapotrzebowanie na rezonans w 2021 r. w następujących powiatach: mieście Opolu (2 sztuki) oraz kędzierzyńsko - kozielskim i nyskim (1 sztuka).</p>	<p>Rezonans z powiatu kędzierzyńsko-kozielski jest najstarszy i najbardziej eksploatowany, w związku z czym powinien zostać wymieniony.</p>	<p>Wymiana rezonansu w powiecie kędzierzyńsko-kozielskim. Dążenie do równomiernej eksploatacji sprzętów pomiędzy powiatami.</p>
13.7.	<p>Liczba aparatów RTG w województwie wyniosła 136. Liczba aparatów RTG na 100 tys. ludności wyniosła 13,84 i był to najniższy wynik w kraju. Średni wiek RTG waha się od 7 lat w powiecie głubczyckim do 14 lat w powiecie nyskim. Największą liczbę procedur wykonuje się w m. Opole - średnio 2 500 wykonanych procedur. Wysoki priorytet do wymiany ma 30% aparatów.</p> <p>Prognoza zapotrzebowania w 2021 r. na RTG (71 sztuk) wystąpi największa w: mieście Opolu (24 sztuki), powiatach nyskim (11 sztuk), brzeskim</p>	<p>Liczba dostępnych w województwie aparatów RTG, w przeliczeniu na 100 tys. ludności, jest niewystarczająca. Dodatkowo, prawie 1/3 z nich wymaga wymiany.</p>	<p>Należy zakupić więcej aparatów RTG oraz wymienić te, które są stare i wyeksploatowane.</p>

	(8 sztuk), kędzierzyńsko - kozielskim, oleskim oraz prudnickim (6 sztuk).		
13.8.	<p>Liczba tomografów w województwie wyniosła 20. Liczba tomografów na 100 tys. ludności była wyższa niż średnia krajowa (2,02) i wyniosła 2,04, w tym 5 tomografów miało wysoki priorytet do wymiany. Średni wiek tomografów w powiatach wahał się od 4,5 lat w powiecie kluczborskim do 12 lat w powiecie kędzierzyńsko-kozielskim. Również w tych powiatach wykonuje się średnio najmniej i najwięcej badań.</p> <p>Prognoza zapotrzebowania w 2021 r. na tomograf (9 sztuk) wystąpi w: mieście Opolu (4 sztuki), powiecie prudnickim (2 sztuki) oraz powiatach strzeleckim, głubczyckim i kędzierzyńsko - kozielskim - 1 aparat.</p>	W województwie jest za mało tomografów.	Zakup nowych tomografów, bieżąca wymiana starych i bardzo wyeksploatowanych.
13.9.	<p>Liczba aparatów USG wyniosła 410. Liczba aparatów USG na 100 tys. ludności wyniosła 41,72, przy średniej krajowej 36,74 z czego priorytetowo 288 sztuk do wymiany. Średni wiek USG waha się od 10 lat w powiecie kędzierzyńsko-kozielskim do 16 lat w powiecie oleskim. Średnio najwięcej procedur wykonuje się w powiecie prudnickim – 1 030 procedur rocznie, a najmniej w powiecie kluczborskim - 330 procedur. Prognoza zapotrzebowania w 2021 r. na USG (318) wystąpi</p>	Zapotrzebowanie na aparaty USG zwiększy się w przyszłości, stąd konieczny będzie zakup nowych sprzętów. Już teraz, ponad połowa z nich wymaga wymiany na nowe.	W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów USG posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).

	największa w: mieście Opolu (90), powiecie nyskim (53) powiecie kędzierzyńsko-kozielskim (33), brzeskim (22), powiecie kluczborskim i krapkowickim (20).		
13.10.	W województwie był 1 aparat ECMO. Wartość wskaźnika na 100 tys. ludności wyniosła 0,1 przy średniej krajowej 0,17.	W 2021 r. jedyny aparat ECMO osiągnie wiek wskazujący na zapotrzebowanie na wymianę.	Rekomenduje się wymianę aparatu ECMO, najlepiej do 2021 r.
13.11.	Liczba gammakamer wyniosła 4. Wartość wskaźnika na 100 tys. ludności wyniosła 0,41, przy średniej krajowej 0,42, w tym 3 aparaty mają wysoki priorytet do wymiany. Średnia wieku gammakamer to 11 lat, a średni wykorzystanie to 590 procedur rocznie.	W 2026 r. wszystkie 4 aparaty osiągną wiek wskazujący na zapotrzebowanie na wymianę.	Zakup nowych gammakamer, które wymagają wymiany.

Załącznik 9.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa podkarpackiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	W 2019 r. województwo zamieszkiwało 2,1 mln osób, co stanowiło 5,5% ludności kraju. Było to 8. pod względem liczby ludności województwo w Polsce. Gęstość zaludnienia to 119 osób/km ² , co było 7. wartością wśród województw. Gęstość zaludnienia wśród powiatów województwa była zróżnicowana, najwyższa była w Rzeszowie (1 550 os./km ²), najniższe – powiaty bieszczadzki i leski.	nie dotyczy	nie dotyczy
	1.2.	Do 2050 r. prognozowany jest spadek liczby ludności o 11,7%. Najwyższe spadki liczby ludności prognozowane są w Tarnobrzegu (33,6%) i Przemyślu (30,1%), jedynym powiatem o prognozowanej dodatniej zmianie liczby ludności jest powiat rzeszowski, zaś dla m. Rzeszowa liczba ludności będzie stała.	Spadek liczby ludności będzie zróżnicowany terytorialnie.	nie dotyczy
	1.3.	Prognozowana długość życia w województwie jest najdłuższa ze wszystkich województw w kraju (w przypadku mężczyzn - 75,4 lata, a kobiet – 83,2	Wysoka prognozowana długość życia spowoduje wzrost zapotrzebowania na świadczenia dedykowane osobom	nie dotyczy

	<p>lata), co dodatkowo wzmaga wszystkie procesy starzenia się populacji. Prognozowana długość życia jest wyższa dla mieszkańców miast niż wsi, dla mężczyzn wynosi odpowiednio 76,3 i 74,7, a dla kobiet 83,5 i 82,9.</p>	<p>starszym. Prognoza jest zróżnicowana w zależności od miejsca zamieszkania (miasto/wieś).</p>	
1.4.	<p>W województwie było 18,2% osób w wieku przedprodukcyjnym, 61,5% osób w wieku produkcyjnym i 20,4% osób w wieku poprodukcyjnym. Udział osób w wieku poprodukcyjnym był zatem nieco niższy niż w Polsce (21,9%). W 2050 r. prognozowany jest udział: 13,6% osób w wieku przedprodukcyjnym, 48,95% osób w wieku produkcyjnym i 37,45% osób w wieku poprodukcyjnym, co wiąże się z obserwowanym w całym kraju starzeniem się społeczeństwa. Udział ludności powyżej 85. roku życia wynosił w województwie 2,5% i był wyższy niż w Polsce (2,1%).</p>	<p>Przewidywana jest zmiana struktury wiekowej ludności czyli tzw. „starzenie się społeczeństwa.”</p>	<p>nie dotyczy</p>
1.5.	<p>Liczba urodzeń żywych w województwie była w 2019 r. o 1,7% wyższa niż w 2016 r. W latach 2016-2018 zaobserwowano wzrost liczby urodzeń żywych, zaś w 2019 r. odnotowano spadek. W kraju na przestrzeni lat 2016-2019 liczba ludności spadła o 1,9%, zatem tendencja w województwie była nieco korzystniejsza. Z kolei liczba urodzeń martwych w 2019 r. wyniosła 65.</p>	<p>nie dotyczy</p>	<p>nie dotyczy</p>

1.6.	Współczynnik dzietności ogólnej w województwie był niższy niż średnia dla Polski (1,34 vs 1,42). Pod względem współczynnika płodności dla kobiet w wieku 15-49 lat województwo uplasowało się na 6. miejscu wśród województw i był to wynik nieco poniżej wartości dla Polski. Współczynnik dynamiki demograficznej był powyżej wartości przeciętnej dla Polski (1,03 vs 0,92), co jest spowodowane przede wszystkim niską liczbą zgonów w województwie.	nie dotyczy	nie dotyczy
1.7.	Wskaźnik ogólnej liczby zgonów na 100 tys. ludności był w województwie najniższy w kraju. Był on niższy w miastach niż na wsi. Prognozowany jest wzrost wskaźnika liczby zgonów na 100 tys., który ma wynieść 1246,7 w 2050 r., plasując województwo na 12. miejscu wśród województw.	nie dotyczy	nie dotyczy
1.8.	Umieralność niemowląt na 1 000 urodzeń żywych była na 5. miejscu wśród województw (podkarpackie – 4,03; Polska – 3,77). Była ona znacznie wyższa na wsi niż w mieście (4,45 vs 3,36). Z kolei w skali kraju różnica między umieralnością na wsi a w mieście nie była tak duża (odpowiednio 3,88 i 3,69). Współczynnik umieralności okołoporodowej w województwie był na 6. miejscu wśród województw i nieco powyżej średniej dla Polski (5,5 vs 5,3). Dla mieszkańców miast wskaźnik ten był niższy niż dla mieszkańców wsi	Umieralność niemowląt większa dla mieszkańców wsi.	nie dotyczy

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna		(odpowiednio 5,1 i 5,8). W skali kraju nie zaobserwowano takiej zależności - wskaźnik wyniósł tyle samo dla mieszkańców miast i wsi.		
	2.1.	<p>Wskaźnik DALY oraz liczba zgonów, do których doprowadziła choroba niedokrwienna serca osiągnęły najwyższe wartości spośród wszystkich problemów zdrowotnych.</p> <p>Na podstawie szacunków chorobowości i liczby zgonów przypuszcza się, że do 2028 r. sytuacja ta nie ulegnie zmianie.</p>	Choroba niedokrwienna stanowi od lat i do 2028 r. będzie stanowić największy problem zdrowotny w województwie.	nie dotyczy
	2.2.	<p>Drugim spośród najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych pod względem wartości wskaźnika DALY oraz liczby zgonów był udar. Wartości obu wskaźników w województwie były zbliżone do wartości przeciętnej dla Polski.</p> <p>Udary były odpowiedzialnie za dwukrotnie większą utratę liczby lat życia z powodu niesprawności niż choroba niedokrwienna serca, która jest chorobą przewlekłą.</p> <p>Według prognoz, do 2028 r. wartości chorobowości, zapadalności oraz liczby zgonów z powodu udarów odnotują wzrosty i udar wciąż będzie drugą najczęstszą przyczyną zgonów w województwie.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy

	<p>2.3. Na podstawie rankingu DALY ból dolnego odcinka kręgosłupa uplasował się na trzecim miejscu. W latach 1999-2019 zaobserwowano wzrost wartości DALY dla tego problemu zdrowotnego, podczas gdy dla choroby niedokrwiennej serca oraz udarów odnotowano spadek.</p> <p>W latach 2020-2028 prognozuje się dalszy wzrost wartości wskaźników chorobowości (o 6%) i zapadalności (o 5%).</p>	<p>Ból dolnego odcinka kręgosłupa stanowi coraz poważniejszy problem w województwie.</p>	<p>nie dotyczy</p>
	<p>2.4. Trzecią przyczyną zgonów w województwie był nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, który u mężczyzn spowodował ponad 9% wszystkich zgonów, podczas gdy dla kobiet tylko 3%. Ponadto, nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy zyskał na znaczeniu w rankingu względem DALY i w latach 1999-2019 z 12. miejsca osiągnął 7. W tym okresie odnotowano także niemal dwukrotny wzrost liczby zgonów z tego powodu u mężczyzn i 50% wzrost u kobiet.</p> <p>Według prognoz, do 2028 r. wskaźniki chorobowości, zapadalności oraz liczby zgonów dla nowotworów odnotują znaczące wzrosty, przy czym wzrost chorobowości będzie największy spośród analizowanych grup chorób i wyniesie 20%, co</p>	<p>nie dotyczy</p>	<p>nie dotyczy</p>

	wyróżnia województwo na tle Polski, dla której prognozuje się wzrost jedynie o 4%.		
2.5.	<p>Wśród pięciu problemów zdrowotnych odznaczających się najwyższymi wartościami wskaźnika DALY znalazła się również cukrzyca, której znaczenie wzrosło (z 9. na 5. miejsce w 2019 r.). Na wspomnianą sytuację największy wpływ miał wzrost wartości składowej YLD.</p> <p>Prognozy w przypadku cukrzycy są alarmujące. Wartość wskaźnika zapadalności wzrośnie do 2028 r. o 26%, a szacowany wzrost będzie trzecim największym spośród wszystkich problemów zdrowotnych.</p>	Wzrost znaczenia cukrzycy jako problemu zdrowotnego.	nie dotyczy
2.6	<p>Wśród problemów zdrowotnych odpowiedzialnych za najwięcej zgonów znalazła się również choroba Alzheimera i inne choroby otępienne – liczba zgonów w porównaniu z 1999 r. zwiększyła się dwukrotnie. Zaobserwowano także dynamiczny wzrost wartości DALY, co przełożyło się na wzrost znaczenia tego problemu zdrowotnego w rankingu najistotniejszych problemów zdrowotnych – z 17. na 9. miejsce.</p> <p>Prognozy na najbliższe lata wskazują, że liczba zgonów z powodu choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych odnotuje drugi najwyższy</p>	nie dotyczy	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		wzrost spośród wszystkich problemów zdrowotnych – o 20% w latach 2020-2028.		
	3.1.	<p>Udział wszystkich czynników ryzyka w DALY był najniższy w kraju i wynosił ok. 14,6 tys. na 100 tys. ludności (dla Polski ok. 17 tys.). Natomiast współczynnik zgonów na 100 tys. ludności wynosił 610,8 (dla Polski 690,1) -było to drugie najlepsze województwo w kraju. Dominującą grupą czynników ryzyka, tak jak i w kraju była grupa czynników behawioralnych, aczkolwiek jej udział w DALY i zgonach był niższy niż w Polsce.</p> <p>Czynniki ryzyka mające największy udział w DALY w województwie to: tytoń, wysokie ciśnienie krwi i ryzyka żywieniowe. Ich wartości są mniejsze niż wartości dla Polski (odpowiednio o ok. 20%, ok. 8%, ok. 9%). Na zgony najbardziej wpływają: wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń. Tak jak w przypadku udziału w DALY, sytuacja przedstawia się lepiej niż w Polsce. Wartość dla wysokiego ciśnienia krwi jest mniejsza o ok. 4%, dla ryzyk żywieniowych o ok. 2%, a dla tytoniu o ok. 20%. Udział tytoniu w DALY i w zgonach w województwie jest najniższy w kraju (ok. 4,5 tys. oraz 172,6 na 100 tys. ludności).</p>	Mimo, że województwo wypada korzystnie na tle kraju warto dążyć do jak najniższych wartości czynników ryzyka. Największy wpływ na DALY i zgony ma grupa czynników związana ze stylem życia.	Potrzeba działań zmniejszających wpływ czynników behawioralnych. Zwiększenie działań profilaktycznych w zakresie używania tytoniu, wysokiego ciśnienia, ryzyka żywieniowego, wysokiego BMI, wysokiego poziomu cholesterolu i cukru oraz nadmiernego spożywania alkoholu.

3.2.	<p>Udział tytoniu i ryzyk żywieniowych w DALY zmniejszył od 1990 r. (odpowiednio o ok. 24% i 29%), ale od 2010 r. można zauważyć zahamowanie tego trendu i wzrost wartości o ok. 1%. W przypadku udziału w zgonach trendy przedstawiają się podobnie, tj. od 2010 r. udział tytoniu w zgonach wzrósł o ok. 2%, a udział ryzyk żywieniowych ok. 8%.</p>	<p>Udział tytoniu w DALY i zgonach rośnie w ostatnich latach.</p>	<p>Intensyfikacja działań z zakresu profilaktyki palenia i używania tytoniu. Wspieranie działań mających na celu poprawę zgłaszalności oraz skuteczności realizowanych programów profilaktycznych.</p>
3.3.	<p>Z zakresu profilaktyki palenia tytoniu przeprowadzono 79 programów, których działaniem objęto średnio ok. 9,4 tys. osób (była to czwarta najwyższa wartość w kraju). W 7 powiatach nie przeprowadzono działań z tego zakresu. Z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości przeprowadzono 23 programy, a ich działaniem objęto średnio ok. 1,9 tys. osób (7. województwo w kraju). W tym przypadku w 9 powiatach nie przeprowadzono działań z tego zakresu.</p>	<p>Część powiatów jest niezabezpieczona w działania profilaktyczne z zakresu palenia tytoniu oraz profilaktyki nadwagi i otyłości.</p>	<p>Zapewnienie równego dostępu na terenie województwa do działań z zakresu profilaktyki antynikotynowej oraz nadwagi i otyłości. Uświadamianie jednostek samorządu terytorialnego o korzyściach płynących z profilaktyki oraz zachęcanie do podejmowania działań w tym kierunku.</p>
3.4.	<p>Badaniom przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy poddało się 15% rocznej populacji do przebadania i był to wynik poniżej średniej krajowej (17,3%). W 2018 r. przebadano 16,7 tys. kobiet na 100 tys. rocznej populacji do przebadania, a w 2019 r. 15 tys.).</p>	<p>Zbyt niska zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne. Liczba przebadanych kobiet w ostatnich latach maleje.</p>	<p>Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania cytologiczne. Prowadzenie działań promujących badania przesiewowe.</p>

Podstawowa opieka zdrowotna	3.5.	Badaniom przesiewowym w kierunku nowotworu złośliwego sutka poddało się 55,1% rocznej populacji do przebadania. Jest to mniej niż wynosi średnia dla Polski (63,9%). Udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania wzrósł w porównaniu z 2018 r. (z 51,4 do 55,1 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania). Liczba kobiet badanych w etapie pogłębionej diagnostyki rośnie i w 2019 r. była to najwyższa wartość w kraju na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem.	Niższa niż średnio w kraju zgłaszalność na badania mammograficzne. Wysoki odsetek kobiet kierowanych do pogłębionej diagnostyki.	Podjęcie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe w kierunku nowotworu złośliwego sutka. Prowadzenie działań promujących badania przesiewowe.
	4.1.	Liczba pacjentów na listach aktywnych w stosunku do liczby mieszkańców województwa (86,82%) była niższa niż dane krajowe (89,35%), a zarazem nieznacznie wyższa wśród ludności powyżej 80. roku życia, szczególnie mężczyzn i ludności miejskiej. Najniższe uczestnictwo na listach aktywnych dotyczyło ludności w wieku 19-30 oraz 31-40 lat (kolejno 74,75% oraz 76,17%) oraz ludności wiejskiej (73,24%, 74,35%), szczególnie wśród mężczyzn (73,92% oraz 75,03%).	Brak informacji w przestrzeni publicznej o korzyściach zapisania się do lekarza POZ.	Podjęcie działań mających na celu zwiększenia się zgłaszalności się do lekarza POZ oraz korzyści bycia zapisanym do przychodni.
	4.2.	Sytuacja zabezpieczenia w kadry medyczną na poziomie województwa w porównaniu do średnich krajowych wyglądała dobrze. Liczba lekarzy, pielęgniarek oraz położnych pracujących w POZ na 100 tys. ludności była w województwie wyższa niż średnie krajowe współczynniki (odpowiednio: 72,02	Zabezpieczenie kadrowe w województwie w POZ jest nieznacznie lepsze niż średnio w kraju.	Utrzymanie pozytywnych trendów w zabezpieczeniu kadrowym POZ.

	<p>vs. 68,16 dla Polski; 98,49 vs. 76,22 dla Polski oraz 13,82 vs. 12,82 dla Polski). Liczba pediatrów pracujących z zakładach POZ na 100 tys. ludności była nieznacznie niższa od średniej (71 vs. 74,3 dla Polski).</p>		
4.3.	<p>Sytuacja zabezpieczenia w kadre pracującą w POZ na poziomie wewnątrz wojewódzkim charakteryzowała się znacznym zróżnicowaniem. Dla 19 spośród 25 powiatów odnotowano liczbę lekarzy na 100 tys. ludności niższą niż średnia krajowa, z czego najniższy poziom (od 35,1 do 47,08) występował w powiatach przemyskim, rzeszowskim, bieszczadzkim nizańskim oraz lubaczowskim, natomiast najwyższy w powiatach leżajskim, Przemysłu oraz Rzeszowie.</p> <p>Pod względem zabezpieczenia pielęgniarstwa, zróżnicowanie było niższe, tj. mniej powiatów charakteryzował poziom poniżej średniej (7 na 25), najniższy wskaźnik był w powiecie rzeszowskim, leskim oraz lubaczowskim, zaś najwyższy w Przemysłu, powiecie leżajskim oraz Rzeszowie.</p> <p>Wśród wskaźnika zabezpieczenia kardy położnych połowa powiatów (12 z 25) powiatów było poniżej średniej krajowej (najmniej powiat kolbuszowski, najwięcej Rzeszów). Zabezpieczenie pediatrami poniżej średniej wystąpiło w 13 powiatach, z czego</p>	Nierównomierne zabezpieczenie w kadre POZ w województwie.	Wyrównywanie dostępności do świadczeń POZ w skali województwa.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		szczególnie niski poziom wystąpił w powiatach przeworskim oraz bieszczadzkim (19,73 oraz 26,43), w kolejnych 5 powiatach był niższy niż 40. Najlepiej sytuacja przedstawiała się w miastach na prawach powiatu oraz powiecie leżajskim (Tarnobrzeg, powiat leżajski, Rzeszów, Przemyśl oraz Krosno).		
	5.1.	W 2019 r. nie było żadnej poradni okulistycznej udzielającej świadczeń w ramach NFZ w powiatach bieszczadzkim, leskim, przemyskim oraz urologicznej w powiatach przemyskim, lubaczowskim, strzyżowskim.	„Białe plamy” w zabezpieczeniu AOS tj. poradni okulistycznej oraz urologicznej w powiatach, gdzie brak takich poradni.	Zwiększenie dostępności do AOS w powiatach, np. poradni okulistycznej oraz urologicznej w powiatach, gdzie brak takich poradni.
	5.2.	Zmiany w strukturze wiekowo-płciowej pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odzwierciedlają proces starzenia się społeczeństwa. Liczba porad udzielanych osobom w wieku ponad 65 lat w okresie 2015-2019 wzrosła przy jednoczesnym spadku liczby wizyt pacjentów z pozostałych grup wiekowych, przy wymieniony trend zanikał przy uwzględnieniu zmian w liczbie ludności poszczególnych grup wiekowych. POW NFZ kontraktowało 2 poradnie geriatryczne: w powiecie łańcuckim i jasielskim.	Notowany wzrost liczby świadczeń dla seniorów.	Dostosowanie się świadczeniodawców AOS oraz płatnika publicznego do potrzeb starzejącego się społeczeństwa, m.in. poprzez tworzenie dedykowanych poradni geriatrycznych pozwalających na odciążenie innych form opieki zdrowotnej.

	<p>5.3. Wśród problemów zdrowotnych pacjentów zgłaszających się do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zanotowano wzrost w przypadku nowotworu sutka oraz innych nowotworów, co jest prawdopodobnie częściowo odbiciem zmian w strukturze wiekowej pacjentów, ale też wprowadzonych w ostatnich latach zmian w leczeniu onkologicznym (m.in. wprowadzenie szybkiej ścieżki onkologicznej).</p> <p>Pomimo ogólnego spadku liczby porad udzielanych w większości rodzajów poradni oraz liczby pacjentów korzystających z AOS w ramach NFZ, nastąpił wzrost liczby udzielanych porad w poradniach onkologicznych. Porównując 2019 r. do 2015 r. odnotowano również wzrost badań w pracowniach diagnostycznych: pracowni rezonansu magnetycznego o 61,8% i tomografii komputerowej o 18,7%.</p>	<p>Wzrost liczby badań w pracowniach diagnostycznych oraz liczby porad w poradniach onkologicznych</p>	<p>Sukcesywna wymiana zużytego i wiekowego sprzętu diagnostycznego.</p> <p>Dostosowanie się świadczeniodawców do zwiększającego się zapotrzebowania na wizyty w poradniach onkologicznych.</p>
	<p>5.4. Na terenie województwa podkarpackiego był 1 ośrodek w Brzozowie, który zawarł umowę na realizację świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) w Brzozowie.</p>	<p>KON-Pierś dostępny u jednego świadczeniodawcy w województwie.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do opieki koordynowanej w zakresie KON-Pierś.</p>

Leczenie szpitalne	6.1.	<p>Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego powyżej 100 dni dla przypadków pilnych był w następujących rodzajach świadczeń stacjonarnych: rehabilitacja pulmonologiczna, zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy, endoprotezoplastyka stawu kolanowego, oddział leczenia jednego dnia dla dzieci, endoprotezoplastyka stawu biodrowego, zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej, przeszskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca, oddział chorób płuc, operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, oddział otorynolaryngologiczny.</p>	Zbyt wysoki czas oczekiwania na niektóre pilne świadczenia szpitalne.	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza w dziedzinach, w których czas oczekiwania na świadczenie przypadków określanych jako pilne jest najdłuższy.</p> <p>Zwiększenie kontraktowania świadczeń zdrowotnych, rozwój istniejącej infrastruktury oraz zabezpieczenia zasobów kadrowych celem skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia stacjonarne określane jako pilne.</p>
	6.2.	<p>Rozpatrując przypadki stabilne, najdłuższe kolejki w leczeniu szpitalnym w lutym 2020 r. występowały na oddziałach: leczenia jednego dnia dla dzieci - 627 dni (Polska 322 dni), chorób płuc - 427 dni (Polska 97,3 dni), chirurgii urazowo-ortopedycznej – 400,9 dni (Polska 548,5 dni). Kolejki na pozostałe oddziały były równe lub krótsze niż 192,3 dni.</p> <p>Średni czas oczekiwania na przyjęcie na oddział w tym okresie wyniósł 83,52 dni (Polska 114,33 dni).</p> <p>Czas oczekiwania na świadczenia leczenia szpitalnego dla przypadków stabilnych był</p>	W niektórych rodzajach świadczeń czas oczekiwania znacznie przekracza średnią krajową.	Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza w dziedzinach, w których czas oczekiwania na świadczenie przypadków określanych jako stabilne jest najdłuższy

	<p>najdłuższy dla następujących rodzajów świadczeń: endoprotezoplastyka stawu kolanowego – 1 696,7 dni (Polska 1 022,6 dni), endoprotezoplastyka stawu biodrowego – 1 472,8 dni (Polska 924 dni), operacje usunięcia żyłaków kończyny dolnej – 311,9 dni (Polska 308,1 dni). Kolejki do pozostałych zabiegów były równe lub krótsze niż 266 dni. Średni czas oczekiwania na zabieg w tym okresie wyniósł 148,43 dni, podczas gdy w skali całej Polski było to 137,1 dni).</p>		
6.3.	<p>W województwie nie funkcjonował dedykowany dzieciom szpitalny oddział ratunkowy, oddział nefrologiczny oraz oddział dermatologiczny. W regionie brak jest wiodącego szpitala, który zapewnia kompleksową opiekę nad matką i dzieckiem. Jedyne w województwie OAIT dla dzieci, funkcjonujący w Klinicznym Szpitalu Nr 2 w Rzeszowie, liczył tylko 4 łóżka i 4 inkubatory. Średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne poradni genetycznej dla dzieci wynosił dla przypadku pilnego 38 dni, a dla przypadku stabilnego 150 dni.</p>	Wymagająca rozwinięcia opieka szpitalna dla dzieci i młodzieży.	Utworzenie deficytowych oddziałów dziecięcych, zwłaszcza tych w obrębie ratowania życia i ciągłości udzielania świadczeń cyklicznych w oparciu o istniejącą bazę kliniczną. Istnieje potrzeba rozwinięcia zaplecza dla kompleksowej opieki perinatologicznej.
6.4.	<p>Całkowita liczba łóżek szpitalnych w oddziałach całodobowych w dniu 31.12.2019 r. była niższa o 547 łóżek w porównaniu z końcem 2018 r. (4,8%). Wskaźnik liczby łóżek na 100 tys. ludności na koniec</p>	Następuje racjonalizacja oferty szpitali.	Wspieranie w szpitali w dostosowywaniu oferty do potrzeb ludności.

	2019 r. wyniósł 507 i był o 25 łóżek na 100 tys. ludności niższy niż w 2018 r.		
6.5.	Najwyższy wskaźnik łóżek szpitalnych całodobowych na 100 tys. ludności w 2019 r. był na oddziałach: wewnętrznych (mniejszy o 2,2 w stosunku do roku poprzedniego), położniczo- ginekologicznych (spadek o 4 w porównaniu z rokiem poprzednim), chirurgiczny (spadek o 4), psychiatryczny (wzrost o 2).	Następuje stopniowa zmiana w strukturze lecznictwa szpitalnego.	Wspieranie inicjatyw zmierzających do zmian w strukturze szpitalnej zgodnych z potrzebami ludności.
6.6.	Średnie obłożenie łóżek szpitalnych wyniosło 84,34%, co oznacza niemal 5 procentowy wzrost w porównaniu z rokiem poprzednim (79,73 %).	Następuje wzrost wykorzystania istniejącej infrastruktury szpitalnej.	Dalsze wspieranie inicjatyw szpitali aktywnie dostosowujących swoją ofertę do potrzeb ludności.
6.7.	Zaobserwowano niewykorzystaną infrastrukturą szpitalną. Obliczono średnie obłożenie oddziałów w ciągu ostatnich 5 lat i zaobserwowano obłożenie poniżej 40% w 5 oddziałach pediatrii, 3 oddziałach ginekologiczno-położniczych, 2 oddziałach chirurgii ogólnej oraz 1 oddziale reumatologicznym. Średnie 5-letnie obłożenie poniżej 60% odnotowano w przypadku 8 oddziałów ortopedii oraz 4 oddziałów chorób wewnętrznych. W stolicy regionu funkcjonowały 2 oddziały chorób wewnętrznych, dla których średnie 5 letnie obłożenie wynosiło 100%. W powiecie ziemskim rzeszowskim	Zidentyfikowano słabo wykorzystywaną bazę szpitalną w województwie.	Wprowadzenie oddziaływań regionalnych zmierzających do przekształcania i uaktywniania słabo wykorzystywanych zasobów szpitalnych.

	funkcjonował 1 oddział chorób wewnętrznych, którego średnie obłożenie w ciągu ostatnich lat nie przekraczało 60%. Dodatkowo, do Rzeszowa trafiali pacjenci z bardziej skomplikowanymi przypadkami z terenu województwa podkarpackiego.		
6.8.	Szczególnym obszarem województwa wymagającym nieco innego spojrzenia, jest rejon Bieszczad (powiat bieszczadzki, leski i sanocki). Południowa, górzysta część rejonu ma dodatkowe, specyficzne uwarunkowania i bardzo niską gęstość zaludnienia. Średnie obłożenie 5 oddziałów funkcjonujących w szpitalach powiatów bieszczadzkiego, leskiego, sanockiego w ciągu ostatnich 5 lat wynosiło poniżej 40% (2 oddziały pediatryczne, 1 oddział ginekologiczno-położniczy, 1 oddział neonatologiczny, 1 oddział anestezjologii i intensywnej terapii), natomiast wartości 60% nie przekroczyło 7 oddziałów (2 chirurgii ogólnej, i po jednym chirurgii urazowo-ortopedycznej, ginekologiczno-położniczy, pulmonologiczny, chorób zakaźnych i pediatrii).	Niskie wykorzystanie infrastruktury szpitalnej w regionie Bieszczad przy równocześnie dublujących się niektórych zasobach.	Konieczność wypracowania rozwiązań lokalnych dla funkcjonowania ochrony zdrowia na dużych obszarach o niskiej gęstości zaludnienia, z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych.
6.9.	Pod względem wskaźnika liczby zakażeń szpitalnych leczonych stacjonarnie na 100 tys. ludności województwo zajmowało 12. miejsce w kraju z wartością poniżej średniej dla Polski (207,84 vs 235,6). Współczynnik zgonów spowodowanych	Co najmniej utrzymanie wskaźnika zakażeń szpitalnych.	Wspieranie inicjatyw lokalnych przyczyniających się do obniżenia wskaźnika zakażeń szpitalnych.

zakażeniem szpitalnym na 100 tys. ludności w województwie był o wiele niższy niż średnia w kraju (0,28 vs. 4,05). Pod względem śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych województwo zajęło ostatnie miejsce w Polsce. Z kolei pod względem zapadalności na zakażenia o etiologii *Clostridium difficile* (CDI) w przeliczeniu na 100 tys. ludności, zarówno pod względem ogólnej liczby zakażeń, jak i zakażeń szpitalnych (wskaźniki dla województwa: 33,94 i 21,34; odpowiednio wskaźniki dla Polski: 29,33 oraz 17,89), województwo zajęło 4. miejsce.

Oddziałami, na których prawdopodobnie dochodziło do największej liczby zakażeń pod względem łącznej liczby przypadków CDI były oddziały chorób wewnętrznych, szpitalne oddziały ratunkowe, izby przyjęć i oddziały chirurgiczne.

Wskaźnik zgonów związanych z CDI (do 90 dni od rozpoznania CDI) na 100 tys. ludności wyniósł 8,04, gdzie średnia dla Polski to 9,45. Zawężając analizę do zakażeń szpitalnych wywołanych tym patogenem współczynnik zgonów na 100 tys. ludności wyniósł 5,83, gdzie średnia dla Polski to 6,32.

Liczba osób z sepsą w przeliczeniu 100 tys. mieszkańców województwa uplasowała województwo na 10. miejscu w rankingu województw (82,6 vs 86,79 dla Polski). Ok. 33% sprawozdanych przypadków sepsy zostało

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		zakwalifikowanych jako sepsa szpitalna (wskaźnik 27,6/100 tys. mieszkańców, przy średniej dla kraju 21,06). Do 2018 r. obserwowano trend rosnący dla występowania sepsy w województwie, jednak ten trend odwrócił się w 2019 r. Analogiczny trend dotyczył wskaźnika śmiertelności. Oddziałami, na których prawdopodobnie najczęściej dochodziło do rozwinięcia sepsy były oddziały chorób wewnętrznych, oddziały obserwacyjno-zakaźne oraz oddziały chirurgii ogólnej.		
	7.1.	Pod względem rozmieszczenia podstawowych form opieki w zakresie psychiatrii dla dorosłych poradnie psychiatryczne/psychologiczne znajdowały się w każdym powiecie/aglomeracji. Opieka szpitalna dostępna była w 8 powiatach województwa, zaś najdalej do szpitala mieli mieszkańcy południowej części województwa. Zespoły leczenia środowiskowego znajdowały się w 6 powiatach, brakowało ich w południowej i zachodniej części województwa. Oddziały dzienne znajdowały się w 12 powiatach.	Zapewnienie dostępności do świadczeń psychiatrycznych we wszystkich powiatach województwa.	Zapewnienie dostępności do stacjonarnej opieki psychiatrycznej dla dorosłych, zwłaszcza w odniesieniu do przypadków pilnych, poprzez dostosowanie istniejących zasobów do potrzeb zdrowotnych ludności. Zapewnienie szerszego dostępu do opieki środowiskowej, szczególnie w południowej części województwa.
	7.2	Więcej pacjentów dorosłych zamieszkałych w województwie było leczonych z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych w POZ niż w rodzaju świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia	Znaczny odsetek pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych nie trafia do opieki specjalistycznej.	Rozwój Centrów Zdrowia Psychicznego, zapewnienie równomiernego dostępu do poradni, opieki środowiskowej

	uzależnień, przy czym ponad 70% pacjentów POZ było leczonych tylko tam.		i dziennej na terenie województwa.
7.3.	Wartość nadwyżki względnej w województwie była mniejsza od 1 (0,994), co oznacza, że liczba pacjentów leczonych na terenie województwa jest niższa od liczby pacjentów zamieszkałych na jego terenie. Województwo ma również najniższy w kraju wskaźnik liczby pacjentów spoza województwa, leczonych w danym województwie (3,07%).	Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dostępne w województwie wydają się być mniej atrakcyjne dla pacjentów niż świadczenia oferowane w innych województwach.	Podjęcie działań mających na celu poprawę jakości udzielanych świadczeń w województwie.
7.4.	Przeciętny czas oczekiwania na przyjęcie na oddziałach psychiatrycznych (ogólnych) wyniósł w lutym 2020: 28,1 dni w przypadkach stabilnych i 19 dni w przypadkach pilnych.	Czas oczekiwania 19 dni dla pilnych potrzeb hospitalizacji psychiatrycznych wymaga poprawy.	Zwiększenie dostępu do opieki w przypadkach pilnych w celu zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańców województwa.
7.5.	Na terenie województwa w ramach pilotażu funkcjonowały dwa Centra Zdrowia Psychicznego przy Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej im. Prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu oraz przy Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie.	Zasadne jest rozszerzenie kompleksowej oferty dla osób z deficytami psychicznymi dla całego terenu województwa.	Wdrożenie reformy psychiatrii w całym województwie.
7.6.	Liczba psychiatrów dla dorosłych na 100 tys. ludności była niższa od średniej dla Polski (8,2 vs 10,2). Ponadto, wartość ta jest dużo niższa od	Zbyt niska liczba psychiatrów dla dorosłych.	Wspieranie rozwoju kadry psychiatrycznej ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy.

	wartości rekomendowanej przez konsultantów krajowych (20).		
7.7.	Pod względem rozmieszczenia podstawowych form opieki w zakresie psychiatrii dla dzieci i młodzieży jedyny oddział szpitalny znajdował się w powiecie łańcuckim. Poradnie psychiatryczne/psychologiczne znajdowały się w 7 powiatach, nie było ich północno-zachodniej części województwa. Oddziały dzienne znajdowały się wyłącznie w Rzeszowie, Przemyślu oraz powiecie łańcuckim. W całym województwie podkarpackim brak było zespołów leczenia środowiskowego.	Konieczność zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży dla wszystkich powiatów województwa.	Rozwijanie sieci poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży w powiatach, w których takie poradnie jeszcze nie funkcjonują, a także opieki dziennej i środowiskowej, zgodnie z założeniami reformy psychiatrii dzieci i młodzieży.
7.8.	Jedyny oddział psychiatrii dziecięcej dostępny w województwie regularnie notował pełne obłożenie. Liczba łóżek to 24, czyli 1 na 100 tys. ludności. W Polsce liczba łóżek na 100 tys. ludności na oddziałach psychiatrycznych (ogólnych) dla dzieci wynosi znacznie więcej - 2,8.	Psychiatryczna baza szpitalna dla dzieci i młodzieży wymaga rozwinięcia.	Istnieje konieczność zapewnienia dostępności do stacjonarnej opieki psychiatrycznej dla pacjentów 0-18 lat wraz z rozdzieleniem świadczeń zdrowotnych dla dzieci od świadczeń zdrowotnych dla młodzieży poprzez rozwinięcie istniejącej infrastruktury.
7.9.	W województwie więcej pacjentów poniżej 18. roku życia leczyło się z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych w rodzaju świadczeń ambulatoryjna opieka specjalistyczna niż w rodzaju świadczeń	Znaczny odsetek pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych nie trafia do opieki specjalistycznej.	Rozwój oferty ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w celu zapewnienia dostępności do świadczeń.

Rehabilitacja medyczna		opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, z czego blisko 70% pacjentów AOS leczyło się wyłącznie tam.		
	7.10.	W regionie pracowało 15 psychiatrów dziecięcych, co daje to współczynnik 0,7 lekarza na 100 tys. ludności (średnia dla Polski to 1,1, a wartość rekomendowana przez konsultantów krajowych 2).	Konieczność zwiększenia liczby pracujących psychiatrów dziecięcych w województwie.	Wsparcie dla młodej kadry medycznej zachęcające do podejmowania nauki, osiedlania się i pracy w województwie.
	8.1	Bardzo długi przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację pulmonologiczną oraz ogólnoustrojową dla przypadków stabilnych w warunkach stacjonarnych (odpowiednio 1 102 dni, 769 dni). W przypadku pilnym, czas oczekiwania jest krótszy dla rehabilitacji pulmonologicznej o połowę, zaś dla rehabilitacji ogólnoustrojowej – niemal 6-krotnie.	Nie akceptowalny czas oczekiwania dla niektórych pilnych świadczeń z zakresu opieki stacjonarnej.	Zwiększenie dostępności do specjalistycznej rehabilitacji stacjonarnej.
	8.2.	Saldo migracji pacjentów wymagających rehabilitacji było dodatnie i wyniosło 552. Jest to wartość przedstawiona dla wszystkich rodzajów świadczeń łącznie. Najwyższe saldo migracji było w Rzeszowie, a najniższe w powiecie rzeszowskim. Zaobserwowano migrację pacjentów do ośrodków położonych w miastach na prawach powiatu z ich obrzeży.	Konieczność zapewnienia równego dostępu do świadczeń dla wszystkich mieszkańców województwa.	Zapewnienie równego dostępu do świadczeń dla mieszkańców województwa.

8.3.	Liczba fizjoterapeutów w maju 2020r. przypadająca na 100 tys. ludności była wyższa o 26% niż średnia wartość dla Polski. Według prognoz do 2030 r. całkowita liczba fizjoterapeutów aktywnych zawodowo w przedziale wieku 25-59 lat będzie się zwiększać.	Potrzeba podtrzymania pozytywnych tendencji w zakresie dostępności do fizjoterapeutów.	Podtrzymanie pozytywnych tendencji w zakresie dostępności do fizjoterapeutów.
8.4.	Współczynnik liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej przypadających na 100 tys. ludności był o 113% większy w stosunku do średniej dla Polski, co daje 1. miejsce w kraju. Ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej znajdowały się we wszystkich powiatach. Dużą koncentrację ośrodków zaobserwowano w Rzeszowie i powiecie rzeszowskim. W odniesieniu do 2016 r. przybyło 7 świadczeniodawców.	Potrzeba podtrzymania wysokiej dostępności do rehabilitacji ambulatoryjnej.	Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie wysokiej dostępności do rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.
8.5.	Popyt na świadczenia zdrowotne przewyższa podaż - czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na fizjoterapię ambulatoryjną w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 132 dni).	Konieczność zapewnienie dostępu do świadczeń wynikających z potrzeb zdrowotnych ludności.	Zapewnienie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych w formie niestacjonarnej, wynikających z potrzeb zdrowotnych ludności.
8.6.	Z rehabilitacji stacjonarnej skorzystało 5,2% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania	Słabo rozwinięta rehabilitacja stacjonarna na tle kraju. Niska dostępność ośrodków rehabilitacji stacjonarnej na terenie województwa.	Wsparcie dla działań zmierzających do rozwoju rehabilitacyjnych świadczeń stacjonarnych.

	<p>świadczeń) była poniżej średniej dla kraju o 4%, co daje 8. miejsce w Polsce.</p> <p>Współczynnik liczby ośrodków rehabilitacji stacjonarnej przypadających na 100 tys. ludności był mniejszy o 18% w stosunku do średniej dla Polski, co daje 14. miejsce w kraju. Z kolei liczba łóżek na 100 tys. ludności była o 23% poniżej średniej dla kraju, a w 10 powiatach nie było żadnego ośrodka rehabilitacji stacjonarnej. Dużą koncentrację ośrodków zaobserwowano w powiecie krośnieńskim. W odniesieniu do 2016 r. przybyło 3 świadczeniodawców.</p>		
8.7.	<p>Współczynnik liczby ośrodków rehabilitacji dziennej przypadających na 100 tys. ludności był o 80% wyższy w stosunku do średniej dla Polski, co uplasowało województwo na 1. miejscu w kraju. Ośrodki rehabilitacji dziennej były we wszystkich powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Rzeszowie. W odniesieniu do 2016 r. przybyło 6 świadczeniodawców.</p> <p>Z rehabilitacji dziennej skorzystało 9,9% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej w województwie. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) była o 24% powyżej średniej dla kraju, co daje 3. miejsce w Polsce.</p>	Utrzymanie wysokiej dostępności na terenie województwa.	Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie wysokiej dostępności do rehabilitacji dziennej.

Opieka długoterminowa	8.8.	Przeciętny czas oczekiwania do zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 206 dni.	Bardzo długi czas oczekiwania na rehabilitację w warunkach dziennych.	Wsparcie dla działań zmierzających do skrócenia kolejek.
	8.9.	Przeciętny czas oczekiwania na fizjoterapię domową w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 57 dni.	Zbyt długi czas oczekiwania na fizjoterapię domową.	Skrócenie czasu oczekiwania na fizjoterapię domową poprzez.
	9.1.	Województwo posiadało rozwiniętą i w pełni wykorzystaną bazę stacjonarnej opieki długoterminowej. Wobec trendów demograficznych zapotrzebowanie na powyższe świadczenia zdrowotne wzrosło. Jednocześnie obserwuje się brak świadczeniodawców w powiatach: brzozowskim, bieszczadzkim, krośnieńskim, leskim, niżańskim, przeworskim. W powiatach bez bazy stacjonarnej rozwinięta była długoterminowa opieka domowa, obszar bez opieki stacjonarnej pokrywał się w większości z niewykorzystaną bazą łóżkową w szpitalach.	Konieczność zapewnienia równomiernego dostępu do świadczeń.	Przekształcenie niewykorzystanej infrastruktury szpitalnej w długoterminową opiekę stacjonarną.
	9.2.	Saldo migracji pacjentów w opiece długoterminowej stacjonarnej było dodatnie, co oznacza, że więcej pacjentów z innych województw otrzymało świadczenia zdrowotne w województwie. Jednocześnie saldo migracji pomiędzy powiatami w pełni pokrywało się z brakiem placówek stacjonarnych oraz łóżek. Pacjenci potrzebujący	Konieczność zapewnienia równomiernego dostępu do świadczeń na terenie województwa.	Przekształcenie niewykorzystanej infrastruktury szpitalnej w długoterminową opiekę stacjonarną.

Opieka paliatywna i hospicyjna		stacjonarnej opieki byli zmuszeni migrować do powiatów lepiej zaopatrzonych.		
	9.3.	W placówkach, które zaraportowały kolejki, przeciętny czas oczekiwania w zależności od stanu pacjenta przekraczał 250 dni w ZOL oraz pomiędzy 17 a 80 dni w ZPO. Czas oczekiwania do opieki domowej dla pacjentów stabilnych wyniósł 112 dni.	Skrócenie czasu oczekiwania do wybranych form opieki domowej.	Utworzenie placówek stacjonarnej opieki długoterminowej w powiatach, w których brakuje świadczeń stacjonarnych (brzozowskim, bieszczadzkiem, krośnieńskim, leskim, nizańskim, przeworskim).
	10.1.	Ze świadczeń paliatywno-hospicyjnych ogółem skorzystało mniej o 5% pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności w stosunku do średniej dla Polski, co daje 10. miejsce w kraju. W rozbiciu na rodzaje świadczeń zdrowotnych, w przypadku opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń zdrowotnych skorzystało mniej o 18% pacjentów na 100 tys. ludności w stosunku do średniej dla Polski, co uplasowało województwo na 11. miejscu w kraju. W przypadku opieki stacjonarnej było to o 39% więcej w stosunku do średniej dla Polski, co daje 2. miejsce w kraju. Natomiast w warunkach ambulatoryjnych współczynnik ten był o 72% niższy od średniej dla Polski, co daje 15. miejsce w kraju.	Konieczność zapewnienia równomiernego dostępu do świadczeń zdrowotnych.	Zapewnienie adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej poprzez rozwój istniejącej bazy z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa podkarpackiego ze szczególnym uwzględnieniem regionów o ograniczonej dostępności oraz zapewnienie lepszego rozmieszczenia geograficznego jednostek opieki stacjonarnej. Poprawę dostępności do świadczeń paliatywnych i hospicyjnych udzielanych w warunkach ambulatoryjnych

			poprzez utworzenie nowych poradni medycyny paliatywnej na terenie województwa oraz dążenie do zapewnienia opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych na terenie każdego powiatu.
10.2.	W województwie funkcjonowało 17 podmiotów realizujących świadczenia paliatywne w warunkach stacjonarnych. Na 100 tys. ludności współczynnik ten był wyższy o 60% w stosunku do średniej dla Polski, co uplasowało województwo na 2. miejscu w kraju. Wskaźnik liczby łóżek na 1 mln ludności na koniec roku w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej osiągnął wysoką wartość na tle pozostałych województw, co dało 2. miejsce w kraju, ale ich rozmieszczenie regionalne było nierównomierne. Stacjonarna opieka paliatywna była dostępna głównie w centralnej części województwa, tj. w 9 z 25 powiatów.	Konieczność zapewnienia równomiernego dostępu do świadczeń zdrowotnych.	Wyrównanie dostępności do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych na terenie województwa.
10.3.	Dobrze rozwinięta działalność w ramach opieki hospicjum domowego. W prawie wszystkich powiatach funkcjonował co najmniej jeden podmiot zapewniający domową opiekę hospicyjną dla dorosłych. Łącznie na terenie województwa w ramach umów z NFZ działało 60	Sieć hospicjów domowych jest na terenie województwa dobrze rozwinięta, Jedynym powiatem, na terenie którego nie było dostępnej tej formy opieki, był powiat tarnobrzeski,	Utrzymanie obecnej dostępności do świadczeń domowych z ewentualnym rozszerzeniem sieci hospicjów o powiat tarnobrzeski.

	świadczeniodawców,, co było o 93% więcej niż średnia dla Polski pod względem liczby ośrodków na 100 tys. ludności (1. miejsce w kraju).	jednak chorzy mogli skorzystać ze świadczeń w Tarnobrzegu.	
10.4.	W 2019 r. 6 podmiotów świadczyło usługi z zakresu domowej opieki paliatywnej dla dzieci, co wydaje się było wystarczające, ponieważ w lutym 2020 r. nie odnotowano kolejek do tego zakresu świadczeń zdrowotnych.	Świadczone usługi z zakresu domowej opieki paliatywnej dla dzieci są wystarczające.	Utrzymanie obecnej dostępności do świadczeń domowych dla dzieci.
10.5.	Świadczeń paliatywnych w warunkach ambulatoryjnych udzielano w 2 poradniach medycyny paliatywnej. Wskaźnik na 100 tys. ludności był o 78% niższy w stosunku do średniej dla Polski, co uplasowało województwo na przedostatnim miejscu w kraju.	Dostępność poradni medycyny paliatywnej była na terenie województwa bardzo ograniczona.	Zwiększenie dostępności do poradni medycyny paliatywnej na terenie województwa.
10.6.	W perspektywie zachodzących zmian demograficznych i epidemiologicznych szacuje się, że w ciągu najbliższych trzydziestu lat (2020-2050) wzrost zapotrzebowania na liczbę miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej będzie znacznie większy niż średnio w Polsce (50% vs 38%). Zgodnie z prognozą, zapotrzebowanie na liczbę miejsc zwiększy się z 7,5 tys. miejsc w 2020 r. do 11,3 tys. miejsc w 2050 r.	Konieczność zapewnienia dostępu do świadczeń.	Systematycznie zwiększanie dostępności do świadczeń paliatywnych i hospicyjnych na terenie województwa.

Państwowe Ratownictwo Medyczne	10.7	W 2019 r. liczba lekarzy medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 0,7. Średni wiek lekarzy to 54 lata. Wskaźnik dostępności lekarzy powinien wynosić 3/100 tys. ludności. Niewystarczająca jest również liczba pielęgniarek, w szczególności posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej.	Zabezpieczenie w kadrę medyczną ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej jest niewystarczające.	Zwiększenie w ośrodkach opieki paliatywnej i hospicyjnej liczby lekarzy ze specjalizacją z medycyny paliatywnej (co najmniej do wartości referencyjnej, wskazanej przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej) oraz pielęgniarek, w szczególności ze specjalizacją pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej.
	11.1.	Jedyna w województwie baza Lotniczego Pogotowia Ratunkowego zlokalizowana była w Sanoku, co zapewniało odpowiednie zabezpieczenie południowej części województwa. W trakcie inwestycji jest drugi SOR w Rzeszowie zlokalizowany w SPZOZ MSWiA - z wyniesionym lądowiskiem (skrócony czas lądowania).	Konieczność zapewnienia dostępu do świadczeń zgodnie z potrzebami ludności.	Zasadnym jest uruchomienie drugiego śmigłowca LPR w porcie lotniczym Rzeszów – Jasionka co pozwoli na skrócenie czasu oczekiwania przez ciężko poszkodowanych w centralnej i północnej części województwa.
	11.2.	Zarówno w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców jak i poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców zespoły ZRM najczęściej interweniowały do zdarzeń określonych jako „inne/złe samopoczucie”.	Konieczność zapewnienia dostępu do świadczeń zgodnie z potrzebami ludności.	Zapewnienie adekwatnej do potrzeb Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej dla pacjentów zgłaszających się

Kadry				na szpitalne oddziały ratunkowe oraz izby przyjęć.
	11.3.	Rozpoznaniem stawianymi przez zespoły ZRM w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców najczęściej były “omdlenie i zapaść”, natomiast na terenach poza miastem 10 tys. mieszkańców najczęstszym stawianym rozpoznaniem był “ból w okolicy brzucha i miednicy”.	Konieczność zapewnienia dostępu do świadczeń zgodnie z potrzebami ludności.	Zapewnienie adekwatnej do potrzeb Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej oraz prowadzenie kampanii informacyjnych przypominających, że PRM udziela świadczeń w stanach nagłych i zagrożenia życia.
	12.1.	Liczba lekarzy oraz lekarzy dentystów przypadających na 100 tys. ludności w województwie była niższa niż średnia dla Polski, natomiast w przypadku pielęgniarek, położnych oraz fizjoterapeutów współczynnik ten przyjął wartość wyższą od średniej krajowej.	Konieczność zapewnienia odpowiedniej liczby kadry medycznej.	Wzrost liczby miejsc na studiach na kierunku lekarskim. Stworzenie systemu motywującego do pracy lekarzy dentystów w województwie.
12.2.	Występuje deficyt lekarzy specjalistów w psychiatrii dzieci i młodzieży, gastroenterologii, ginekologii onkologicznej, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, diabetologii oraz chirurgii onkologicznej połączony ze zbyt małą liczbą miejsc specjalizacyjnych. Największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych (oszacowane na 2020 r.	Obserwowane i prognozowane są braki w liczbie lekarzy specjalistów z wybranych dziedzin.	Utworzenie większej liczby miejsc specjalizacyjnych. Stworzenie systemu motywującego placówki do występowania do Dyrektora CMKP o akredytacje do tworzenia nowych miejsc szkoleniowych.	

	<p>z uwzględnieniem liczby miejsc szkoleniowych potrzebnych do wymienialności pokoleniowej oraz rekomendowanej liczby specjalistów) były w następujących dziedzinach: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, psychiatria, medycyna pracy, geriatria, pediatria, medycyna ratunkowa.</p> <p>Pomimo potrzeb zwracane było 50% miejsc w dziedzinach, w których występuje deficyt lekarzy specjalistów - w chorobach wewnętrznych, medycynie rodzinnej, psychiatrii, geriatric, medycynie ratunkowej, radiologii i diagnostyki obrazowej oraz hematologii.</p>		<p>Utworzenie systemu motywującego lekarzy do specjalizowania się w dziedzinach, w których brakuje chętnych do odbywania szkoleń specjalizacyjnych oraz istnieje zapotrzebowanie na nowe miejsca specjalizacyjne.</p> <p>Stworzenie i wprowadzenie planu działań zachęcających lekarzy do odbywania specjalizacji w mniejszych ośrodkach, głównie w szpitalach powiatowych, gdzie braki kadrowe są największe.</p> <p>Wsparcie dla młodej kadry medycznej zachęcające do podejmowania nauki, osiedlania się i pracy w województwie oraz poprawa dostępności do płatnych lub niskopłatnych warsztatów i szkoleń dla personelu medycznego.</p>
12.3.	Systematycznie pogłębiający się proces starzenia ludności województwa powoduje, że zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską będzie wzrastać. W województwie prognozowany jest	Prognozowane są braki w liczbie pielęgniarek i położnych.	Wzrost liczby miejsc na studiach na kierunkach pielęgniarstwo oraz położnictwo.

Sprzęt medyczny		znaczący spadek liczby pielęgniarek i położnych w wieku 25-59 lat w perspektywie 2029 r. (odpowiednio o 25% i 27%).		Utworzenie systemu motywującego absolwentów liceów do rozpoczęcia studiów pielęgniarskich lub położniczych. Potrzeba wdrożenia systemu pomagającego pielęgniarkom w podjęciu pracy w zawodzie.
	13.1.	<p>Akceleratory znajdowały się w 3 powiatach: brzozowskim, m. Rzeszów oraz m. Tarnobrzeg. Wiek sprzętów wahał się od 0 do 16 lat, a każdy z nich wykonywał średnio 330 procedur rocznie. Trzy akceleratory posiadają średni priorytet do wymiany, a pozostałe - niski. Średni wiek sprzętów w powiatach wahał się od 0 do 8 lat. Trzy akceleratory miały więcej niż 10 lat i zostały zakwalifikowane do wymiany.</p> <p>Szacuje się, że w przypadku braku nowych inwestycji, do 2025 r. 40% akceleratorów w województwie osiągnie wiek uniemożliwiający efektywne wykonywanie procedur i osiągnie wysoki priorytet do wymiany.</p>	Zapewnienie efektywnego wykorzystania posiadanych zasobów.	Wymiana sprzętu zgodnie z priorytetami do wymiany.
	13.2.	Średni wiek angiografów, których w województwie było 13 w powiatach wahał się od 1 do 9 lat, jednak w aż trzech powiatach: mieleckim, m. Rzeszów oraz m. Przemyśl średni wiek wyniósł 9 lat. W pozostałych dwóch powiatach: sanockim	Zapewnienie efektywnego wykorzystania posiadanych zasobów.	Wymiana sprzętów zgodnie z priorytetami do wymiany.

	<p>i stalowowolskim sprzęt był młody. Również w tych powiatach wykonano najwięcej badań, średnio 1 000 i 2 000 na sprzęt. Wysoki priorytet do wymiany odnotowano dla 4 z 13 angiografów.</p> <p>Szacuje się, że w przypadku braku nowych inwestycji w 2025 r. 70% angiografów przekroczy wiek umożliwiając efektywne wykonywanie badań, a do 2029 r. cała baza sprzętowa powinna zostać wymieniona.</p>		
13.3.	<p>Średnia wieku aparatów do brachyterapii w powiatach wynosił 7 i 16 lat odpowiednio dla powiatów: brzozowskiego i m. Rzeszów W powiecie brzozowskim znajdował się aparat, który miał aż 24 lata. Każdy aparat wykonywał średnio 300 procedur rocznie. Szacuje się, że w przypadku braku nowych inwestycji do 2023 r. niezbędna będzie wymiana całej bazy sprzętowej.</p>	<p>Zapewnienie odpowiedniego sprzętu z uwzględnieniem stanu technicznego, stopnia wykorzystania oraz równego dostępu do świadczeń.</p>	<p>Wymiana sprzętu zgodnie z priorytetami do wymiany.</p>
13.4.	<p>Województwo posiadało aparaty ECMO zlokalizowane w m. Rzeszów. Odległość od najbliższego aparatu była największa dla mieszkańców powiatu bieszczadzkiego (117 km). Średni wiek aparatów wynosił prawie 12 lat, a dwa z nich miało powyżej 10 lat. Szacuje się, że w przypadku braku nowych inwestycji do 2023 r. niezbędna będzie wymiana całej bazy sprzętowej.</p>	<p>Zapewnienie odpowiedniego sprzętu z uwzględnieniem stanu technicznego, stopnia wykorzystania oraz równego dostępu do świadczeń.</p>	<p>Wymiana sprzętu zgodnie z priorytetami do wymiany.</p>

13.5.	<p>Liczba aparatów gammakamera na 100 tys. ludności wynosiła 0,28 przy średniej krajowej 0,42, co oznacza, że województwo zajmowało 14. miejsce w skali kraju Średni wiek sprzętu w powiatach wahał się od 7 lat w m. Rzeszów do 13 lat w m. Przemyśl, przy średniej liczbie wykonywanych procedur odpowiednio 920 oraz 330. Wynika stąd, że 30% aparatów posiada wysoki priorytet do wymiany. Według prognoz, przy braku nowych inwestycji do 2023 r. do wymiany będzie 50% aparatów, a w 2028 r. cała baza osiągnie wiek uniemożliwiający efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Zapewnienie odpowiedniego sprzętu z uwzględnieniem stanu technicznego, stopnia wykorzystania oraz równego dostępu do świadczeń.</p>	<p>Wymiana sprzętu zgodnie z priorytetami do wymiany.</p>
13.6.	<p>Liczba aparatów mammograficznych/100 tys. ludności wynosiła 1,83 przy średniej krajowej 1,93. Oznacza to, że dostępność jest nieznacznie poniżej średniej krajowej. Zarówno wiek, jak i stopień wykorzystania sprzętu był mocno zróżnicowany.</p> <p>Wysoki priorytet do wymiany posiadało 25% sprzętów. Szacuje się, że połowa posiadanych mammografów będzie musiała zostać wymieniona do 2023 r., zaś cała aktualna baza do 2028 r.</p>	<p>Zapewnienie odpowiedniego sprzętu z uwzględnieniem stanu technicznego, stopnia wykorzystania oraz równego dostępu do świadczeń.</p>	<p>Wymiana sprzętu zgodnie z priorytetami do wymiany</p>
13.7.	<p>Duży udział rezonansów magnetycznych w średnim wieku o stosunkowo małej liczbie badań wykonywanych rocznie sprawia, że 27% aparatów znalazło się w grupie o wysokim priorytecie do</p>	<p>Efektywniejsze wykorzystanie posiadanych zasobów sprzętowych przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiedniego stanu technicznego.</p>	<p>Wymiana sprzętu zgodnie z priorytetami wymiany.</p>

	<p>wymiany. W perspektywie do 2023 r. 86% rezonansów w województwie będzie starszych niż 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty. Z kolei w 2028 r. 100% obecnych zasobów będzie kwalifikowało się do wymiany.</p>		
13.8.	<p>W ciągu najbliższych 3-4 lat średni wiek aparatów RTG w województwie znacznie przekroczy 10 lat i będzie bliższy 20 lat. Jednocześnie zapotrzebowanie na ten sprzęt było dużo niższe niż posiadana baza sprzętowa w szczególności w Krośnie, Przemyślu, Rzeszowie, Tarnobrzegu oraz powiatach jarosławskim, kolbuszowskim, łańcuckim, nizańskim, stalowowolskim. Jednakże, według prognoz w 2023 r. 67% aparatów RTG przekroczy wiek umożliwiających efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Dostosowanie posiadanych zasobów do potrzeb w województwie przy zachowaniu odpowiedniego stanu technicznego.</p>	<p>Wymiana sprzętu zgodnie z priorytetami wymiany.</p>

Załącznik 10.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa podlaskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja/diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1.	<p>Choroby układu krążenia stanowiły 22,23% sumarycznej wartości wskaźnika DALY. Wartość DALY dla choroby niedokrwiennej serca stanowiła aż 9,73% sumarycznej wartości wskaźnika, zaś dla udarów – 5,74%. Są to jednocześnie najczęstsze przyczyny zgonów.</p> <p>Według prognoz na lata 2020-2028 szacowany jest wzrost wartości wskaźników chorobowości, zapadalności oraz liczby zgonów powodowanych przez wskazane problemy zdrowotne.</p>	Choroby układu krążenia stanowią i w ciągu kolejnych lat będą stanowiły poważne zagrożenie dla zdrowia i życia mieszkańców województwa.	nie dotyczy
	2.2.	<p>Nowotwory stanowiły 19,11% sumarycznej wartości wskaźnika DALY dla województwa. Wartość DALY dla nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc wynosiła 4,63% całkowitej wartości DALY, dla nowotworu złośliwego jelita grubego i odbytnicy natomiast o 2,43%.</p> <p>Z prognozy epidemiologicznej wynika, że chorobowość i zapadalność na nowotwory do</p>	Choroby onkologiczne stanowią i w ciągu kolejnych lat będą stanowiły poważne zagrożenie dla zdrowia i życia mieszkańców województwa.	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		2028 r. będą wzrastać, znacząco również wzrośnie liczba zgonów z powodu nowotworów.		
	2.3.	Zapadalność na cukrzycę w 2028 r. w stosunku do 2019 r. wzrośnie o 24,7% na 100 tys. mieszkańców (druga najwyższa wartość w Polsce). Wartość wskaźnika chorobowości w analizowanym okresie w przypadku cukrzycy wzrośnie o 14,7%, liczba zgonów – o 14,2%. W obu przypadkach wymienione wzrosty będą wyższe niż średnie wartości dla kraju.	Rosnące zagrożenie dla zdrowia i życia mieszkańców województwa ze względu na cukrzycę.	nie dotyczy
	3.1.	Wpływ spożywania alkoholu na DALY oraz zgony miał trzecią najwyższą wartość w Polsce (był wyższy od średniej dla Polski odpowiednio o 10,11% i 14,74%). W latach 1990-2019 wpływ spożywania alkoholu na DALY zwiększył się łącznie o 38,02%, wpływ na zgony natomiast – o 62,40%. Zmiana w latach 2010-2019 była nieznaczna (DALY – wzrost o 0,31%, zgony – wzrost o 2,61%).	Spożywanie alkoholu jest jednym z bardziej obciążających województwo czynników ryzyka. Niepokojące są utrzymujące się trendy wzrostowe w ostatnich latach.	Zwiększenie dostępności do leczenia (stacjonarnego i ambulatoryjnego) dla osób uzależnionych oraz zwiększenie nakładów finansowych na działania związane z przeciwdziałaniem alkoholizmowi. Intensyfikacja działań z zakresu profilaktyki nadużywania alkoholu.
	3.2.	Czynnikami ryzyka odpowiadającymi za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu biorąc pod uwagę wskaźnik DALY były: tytoń (4,91 tys./100 tys. mieszkańców), wysokie ciśnienie krwi (3,91 tys.), wysokie BMI (3,73 tys./100 tys. mieszkańców), wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo (3,69	Sytuacja w zakresie palenia tytoniu, wysokiego ciśnienia krwi, wysokiego BMI oraz ryzyka żywieniowego w województwie przedstawia się lepiej, niż średnio w kraju, jednak ww. czynniki ryzyka w sposób wyraźny negatywnie	Intensyfikacja działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób w celu zmniejszenia oddziaływania najistotniejszych czynników ryzyka.

	tys./100 tys. mieszkańców) oraz ryzyka żywieniowe (3,51 tys./100 tys. mieszkańców).	wpływają na długość życia w zdrowiu mieszkańców województwa.	
3.3.	W województwie zrealizowano 207 programów profilaktycznych, w tym 94 programy z zakresu uzależnień, 22 programy profilaktyki nadwagi i otyłości, 20 programów promujących zdrowy tryb życia oraz 12 programów z zakresu rehabilitacji. Programami, którymi objęta została największa liczba osób były: program profilaktyki w zakresie zagrożeń stwarzanych przez czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, program profilaktyki chorób płuc, program profilaktyki nadwagi i otyłości oraz program promujący zdrowy tryb życia. Nie realizowano m.in. programu w zakresie profilaktyki raka jelita grubego.	W województwie nie przeprowadzono działań profilaktycznych ukierunkowanych na niektóre istotne problemy zdrowotne np. rak jelita grubego.	Rekomenduje się podejmowanie działań profilaktycznych dostosowanych do potrzeb województwa z uwzględnieniem danych epidemiologicznych i czynników ryzyka mających wpływ na DALY i zgony.
3.4.	Badaniom przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy poddało się 22,7% rocznej populacji do przebadania. Badaniom w kierunku nowotworu piersi poddało się 66,6% rocznej populacji do przebadania (9 miejsce w Polsce).	Podobnie jak w całym kraju, województwo charakteryzuje się niską zgłaszalnością na badania cytologiczne. W przypadku mammografii zgłaszalność jest na wyższym poziomie, ale należy dążyć do jak największej liczby przebadanych kobiet. Sytuacja może wynikać z niskiej świadomości kobiet w zakresie konieczności systematycznego wykonywania badań przesiewowych.	Intensyfikacja działań skierowanych do kobiet z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych. Promowanie badań przesiewowych.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1.	<p>Czas oczekiwania na przyjęcie do poradni: chirurgii stomatologicznej, genetycznej, hematologicznej, leczenia bólu, periodontologicznej, rehabilitacyjnej, urologicznej, urologicznej dla dzieci był, w porównaniu do innych województw, najdłuższy w województwie podlaskim. Drugi najdłuższy czas oczekiwania wśród województw w podlaskim stwierdzono w przypadku poradni: gastroenterologicznej, geriatrycznej, ginekologicznej dla dziewcząt, okulistycznej dla dzieci, patologii ciąży, proktologicznej, reumatologicznej.</p> <p>W przypadku poradni, które w województwie podlaskim w 2019 r. wykazały największą liczbę porad, dłuższy niż w kraju przeciętny czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w lutym 2020 r. stwierdzono dla poradni: chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii ogólnej, okulistycznej, diabetologicznej, alergologicznej oraz gruźlicy i chorób płuc.</p>	<p>Czas oczekiwania do niektórych poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest dłuższy niż w pozostałych województwach w kraju.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które charakteryzują się długim czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia.</p>
	5.2.	<p>W latach 2015-2019 liczba pacjentów zmniejszała się we wszystkich grupach wiekowych, z wyjątkiem grupy pacjentów w wieku lat 65 i więcej – ich liczba w analizowanym okresie wzrosła o 10,77%.</p>	<p>Zapotrzebowanie na świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wśród osób starszych zwiększa się.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do opieki ambulatoryjnej w przypadku poradni, w których znaczna część pacjentów jest w wieku 65+ (w tym: kardiologicznej,</p>

Leczenie szpitalne				okulistycznej, neurologicznej, chirurgii ogólnej).
	5.3.	Województwo zajmowało pierwsze miejsce w Polsce pod względem liczby pacjentów na mieszkańca (0,48) oraz drugie miejsce w Polsce pod względem liczby porad na mieszkańca (2,43). Liczba poradni natomiast przyjęła trzecią najniższą wartość w kraju.	Województwo charakteryzuje znacznie wyższą niż średnio w Polsce liczbą pacjentów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na mieszkańca oraz udzielonych porad na mieszkańca, liczba poradni na mieszkańca jest natomiast niższa niż w większości województw.	Dostosowywanie podaży świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w województwie do potrzeb mieszkańców.
	6.1.	W województwie nie ma oddziału leczenia jednego dnia. Nie funkcjonuje tu także oddział jednego dnia dla dzieci.	Brak dostępu do świadczeń w trybie jednego dnia.	Umożliwienie udzielania i finansowania ze środków publicznych świadczeń w trybie jednego dnia.
	6.2.	Czas oczekiwania na przyjęcie na oddział otorynolaryngologiczny w województwie w przypadkach stabilnych w lutym 2020 r. był drugi najdłuższy w Polsce. Trzeci najdłuższy czas oczekiwania charakteryzował oddział neurochirurgiczny oraz oddział terapii uzależnienia od alkoholu, czwarty – oddział otorynolaryngologiczny dla dzieci oraz oddział okulistyczny dla dzieci. Najdłużej w Polsce oczekiwało się na realizację świadczeń w zakresie zabiegów na przegrodzie nosowej oraz leczenia operacyjnego zespołu cieśni nadgarstka. Długi czas	Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w części oddziałów/ zakresów jest znacznie wydłużony.	Zwiększenie dostępności do świadczeń na oddziałach /w zakresach, które charakteryzują się długim czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia.

	oczekiwania miał miejsce również w przypadku zabiegów w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego, plastyki więzadeł pobocznych kolana, operacji palucha koślawego, artroskopii leczniczej stawu kolanowego oraz artroskopowej rekonstrukcji więzadeł krzyżowych. W przypadkach „pilnych” najdłuższy czas oczekiwania w Polsce miał miejsce w przypadku artroskopowej rekonstrukcji więzadeł krzyżowych, badań genetycznych oraz fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej. Drugi najdłuższy czas oczekiwania stwierdzono w przypadku artroskopii stawu kolanowego i plastyki więzadeł pobocznych kolana. Leczenie operacyjne zespołu cieśni nadgarstka miało trzeci najdłuższy czas w Polsce.		
6.3.	Liczba łóżek geriatrycznych na 100 tys. mieszkańców wynosiła 1 (średnia wartość dla Polski – 3,27). Czas oczekiwania na przyjęcie na oddział geriatryczny w przypadkach stabilnych w lutym 2020 r. wynosił 111 dni (czwarty najdłuższy w Polsce).	Liczba łóżek geriatrycznych w województwie jest niewystarczająca do odpowiedniego zabezpieczenia potrzeb.	Zwiększenie geriatrycznej bazy łóżkowej.
6.4.	Obłożenie łóżek wyniosło 69,39% (wartość dla Polski: 83%). Najbardziej obłożony jest oddział neurologiczny /w tym udarowy/ (121,51%), oddział okulistyczny (101,59%) i oddział leczenia uzależnień (95,03%), najmniej obłożony jest oddział neonatologiczny (34,38%), oddział rehabilitacji	Oddziały w podmiotach województwa są obłożone nierównomiernie.	Optymalizacja zasobów łóżkowych w województwie (w szczególności zwiększenie bazy łóżek neurologicznych).

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		kardiologicznej (35,82%) i oddział pediatriczny (42,02%).		
	7.1.	<p>Województwo zajmowało drugie miejsce w kraju pod względem liczby pacjentów na 100 tys. ludności od 18 roku życia (5 518; wartość dla Polski – 4 791,36). Największa liczba pacjentów na 100 tys. mieszkańców była w mieście Suwałki (7 035 pacjentów), mieście Białystok (6 822 pacjentów), powiecie hajnowskim (5 955 pacjentów) oraz powiecie augustowskim (5 954 pacjentów).</p> <p>W województwie przeciętne czasy oczekiwania dla przypadków stabilnych według stanu na luty 2020 r. w: poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, zespole leczenia środowiskowego domowego, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, poradni zdrowia psychicznego, poradni leczenia uzależnień dla dzieci były najdłuższe w kraju (dłuższe niż we wszystkich pozostałych województwach). Poradnia leczenia nerwic, poradnia leczenia uzależnień, oddział psychogeriatryczny, oddział dzienny psychogeriatryczny oraz poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych są komórkami o drugim najdłuższym czasie oczekiwania w kraju.</p>	Województwo charakteryzuje znacznie wyższy wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień niż średnia dla kraju. Ponadto, czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, zarówno w przypadku opieki stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej, jest w przypadku większości podmiotów najdłuższy bądź prawie najdłuższy w kraju.	Poprawa dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień.

7.2.	W województwie podlaskim brak jest poradni antynikotynowej oraz hostelu dla osób uzależnionych.	Brak dostępu do wszystkich form leczenia uzależnień na terenie województwa.	Utworzenie poradni antynikotynowej oraz hostelu dla osób uzależnionych.
7.3.	Dostępność do poradni zdrowia psychicznego na terenie województwa jest dobra (poradnie zlokalizowane są w każdym powiecie/aglomeracji). Większość mieszkańców województwa pozbawiona jest natomiast możliwości korzystania z pozostałych form leczenia w pobliżu miejsca zamieszkania (zespołów leczenia środowiskowego nie ma w 9 powiatach, oddziałów dziennych – w 8 powiatach, oddziałów szpitalnych - w 7 powiatach).	Dostęp do świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień jest w województwie nierównomierny. Poprawa dostępności do ośrodków opieki pozaszpitalnej w pobliżu miejsca zamieszkania pozwoli zapewnić pacjentom kompleksową opiekę oraz wpłynie na zmniejszenie prawdopodobieństwa hospitalizacji.	Utworzenie ośrodków psychiatrycznej opieki pozaszpitalnej (zespołów leczenia środowiskowego i oddziałów dziennych) w powiatach, w których istnieje na nie zapotrzebowanie.
7.4.	W województwie, jako jedynym w kraju, nie ma oddziału szpitalnego dla dzieci i młodzieży, nie funkcjonuje tu również zespół leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży. Ograniczony dostęp do świadczeń występował również w przypadku pozostałych form opieki - poradnie dla dzieci funkcjonowały jedynie w Białymstoku, Łomży, Suwałkach i w powiecie łomżyńskim, oddział dzienny dla dzieci znajdował się w Białymstoku i Łomży.	Dostępność do świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży jest niewystarczająca. Pacjenci poniżej 18. roku życia często są zmuszeni korzystać ze świadczeń w podmiotach przeznaczonych dla osób dorosłych bądź korzystać ze świadczeń w innych województwach.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży, w tym otwarcie oddziału szpitalnego im dedykowanego oraz rozwijanie sieci poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży w powiatach, w których takie poradnie jeszcze nie funkcjonują, a także opieki dziennej i środowiskowej, zgodnie

Rehabilitacja medyczna				z założeniami reformy psychiatrii dzieci i młodzieży.
	7.5.	Zdecydowana większość porad udzielanych w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych w województwie to porady lekarskie. W przypadku dorosłych stanowiły one 79,55% wszystkich udzielonych porad, w przypadku dzieci i młodzieży - 67,16% (w obu przypadkach więcej niż średnio dla kraju, tj. odpowiednio 68,9% i 62,42%). W ogólnej liczbie porad znacznie niższy niż średnio dla kraju jest natomiast udział psychoterapii indywidualnej, który w województwie, w przypadku dorosłych wynosi 10,44%, w przypadku dzieci – 5,45% (w kraju odpowiednio 15,25% i 13,78%).	Struktura porad udzielanych w poradniach psychiatrycznych / psychologicznych oparta jest na poradach lekarskich.	Zmiana struktury porad udzielanych w poradniach, tj. zwiększenie udziału psychoterapii indywidualnej w stosunku do liczby porad lekarskich.
	8.1.	W województwie podlaskim, jako jednym z trzech województw w kraju, nie ma ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej.	Brak ośrodka rehabilitacji pulmonologicznej.	Zabezpieczenie dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej.
	8.2.	Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną rehabilitacji w warunkach stacjonarnych to: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (77,6% pacjentów), choroby układu nerwowego (11,2%), choroby układu krążenia (3,2%) oraz nowotwory (1,4%). Liczba pacjentów, którym udzielono stacjonarnych świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej wyniosła 248 na 100 tys. ludności	Rozkład zakresów, w których udzielane są rehabilitacyjne świadczenia stacjonarne wynika z grupy chorób będącej przyczyną rehabilitacji, ale również z dostępności do danego zakresu rehabilitacji.	Dostosowanie strumienia finansowania świadczeń do zapotrzebowania na dany zakres rehabilitacji.

	<p>(najmniejsza w kraju; o 31% mniej od średniej krajowej), z zakresu rehabilitacji kardiologicznej – 131 (czwarta największa wartość w kraju; o 31% więcej od średniej krajowej), z zakresu rehabilitacji neurologicznej natomiast – 79 (druga najmniejsza wartość w kraju; o 24% mniej od średniej krajowej). Czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych wynosi 310 dni (trzeci najkrótszy w kraju), na rehabilitację kardiologiczną – 36,2 dni (trzeci najdłuższy w kraju), na neurologiczną – 248,2 dni (11. miejsce w kraju).</p>		
8.3.	<p>Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej przypadających na 100 tys. mieszkańców w województwie był najniższy w kraju (o 55% niższy niż w Polsce). Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia natomiast wynosił w lutym 2020 r. 197 dni (w kraju – 98 dni). Liczba porad lekarskich na 100 tys. mieszkańców była najwyższa w kraju (o 77% wyższa niż średnia wartość dla Polski).</p>	<p>Podaż świadczeń z zakresu rehabilitacji ambulatoryjnej w województwie jest niewystarczająca w stosunku do zapotrzebowania na te świadczenia.</p>	<p>Zwiększenie finansowania oraz poprawa dostępności do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu rehabilitacji.</p>
8.4.	<p>Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną rehabilitacji w warunkach stacjonarnych to: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (77,6% pacjentów), choroby układu nerwowego (11,2%), choroby układu krążenia (3,2%) oraz nowotwory (1,4%). Liczba pacjentów, którym udzielono</p>	<p>Rozkład zakresów, w których realizowano świadczenia rehabilitacyjne stacjonarne wynika z grupy chorób będącej przyczyną rehabilitacji, ale również z dostępności do danego zakresu rehabilitacji.</p>	<p>Dostosowanie strumienia finansowania świadczeń do zapotrzebowania na dany zakres świadczeń rehabilitacji stacjonarnej.</p>

	<p>stacjonarnych świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej wyniosła 248 na 100 tys. ludności (najmniejsza w kraju; o 31% mniej od średniej krajowej), z zakresu rehabilitacji kardiologicznej – 131 (4 największa wartość w kraju; o 31% więcej od średniej krajowej), z zakresu rehabilitacji neurologicznej natomiast – 79 (druga najmniejsza wartość w kraju; o 24% mniej od średniej krajowej). Czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych wynosi 310 dni (trzeci najkrótszy w kraju), na rehabilitację kardiologiczną – 36,2 dni (trzeci najdłuższy w kraju), na neurologiczną – 248,2 dni (11. miejsce w kraju).</p>		
8.5.	<p>Liczba łóżek w rehabilitacji stacjonarnej na 100 tys. mieszkańców wynosiła 79,26 (10. miejsce w kraju; o 17% mniej od średniej krajowej). Ośrodków rehabilitacji nie było w 6. powiatach (w tym w dwóch, na terenie których były zlokalizowane ośrodki w miastach na prawach powiatu).</p>	<p>Podaż świadczeń z zakresu rehabilitacji stacjonarnej w województwie jest niewystarczająca w stosunku do zapotrzebowania na te świadczenia.</p>	<p>Zwiększenie finansowania oraz poprawa dostępności do stacjonarnych świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji.</p>
8.6.	<p>Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji dziennej przypadających na 100 tys. mieszkańców wyniósł 1,78 (11. miejsce w kraju; 19% mniej od średniej krajowej). Ośrodków rehabilitacji dziennej nie było w 5. powiatach (w tym w dwóch, na terenie których były zlokalizowane ośrodki w miastach na prawach powiatu). Czas oczekiwania na udzielenie</p>	<p>Bardzo długi czas oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji dziennej, mimo większej niż średnio w kraju liczby miejsc pobytu dziennego na 100 tys. mieszkańców.</p>	<p>Dostosowanie strumienia finansowania świadczeń do zapotrzebowania na dany rodzaj świadczeń, który pozwoli na skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji dziennej.</p>

Opieka długoterminowa		świadczenia w przypadkach stabilnych w lutym 2020 r. wynosił 405 dni (drugi najdłuższy w kraju). Liczba miejsc pobytu dziennego na 100 tys. mieszkańców wynosiła 157,59 (trzecia największa wartość w kraju; więcej od średniej krajowej o 44%).		
	8.7.	Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji domowej przypadających na 100 tys. mieszkańców wyniósł 0,68 (14 miejsce w kraju; o 51% mniej od średniej krajowej). Ośrodków rehabilitacji domowej nie było w 10 powiatach (w tym w jednym mieście na prawach powiatu). Czas oczekiwania na świadczenie z zakresu fizjoterapii domowej w województwie jest najdłuższy w kraju (145 dni).	Podaż świadczeń z zakresu rehabilitacji domowej w województwie jest niewystarczająca w stosunku do zapotrzebowania na te świadczenia.	Zwiększenie finansowania oraz poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji domowej.
	9.1.	Liczba ośrodków opieki długoterminowej na 100 tys. mieszkańców wynosiła 3,99 (druga najniższa wartość w kraju; mniej od średniej krajowej o 23%). Liczba ośrodków opieki długoterminowej domowej na 100 tys. mieszkańców wynosiła 2,72 (druga najniższa wartość w kraju; mniej od średniej krajowej o 35%), opieki długoterminowej stacjonarnej – 1,44 (piąta najwyższa wartość w kraju; więcej od średniej krajowej o 19%). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie przyjął trzecią najniższą wartość w kraju (9% mniej od średniej krajowej).	Zmniejszenie współczynnika pielęgnacyjnego (potencjału opieki nieformalnej), przy ograniczonej ilości ośrodków długoterminowej opieki domowej, stanowi zagrożenie dla braku możliwości zapewnienia opieki niesamodzielnym osobom starszym.	Zwiększenie liczby ośrodków udzielających świadczeń z zakresu opieki długoterminowej domowej.

Opieka paliatywna i hospicyjna	9.2.	<p>Ośrodki opieki długoterminowej stacjonarnej nie występowały w powiecie kolneńskim, łomżyńskim, suwalskim i zambrowskim.</p> <p>W przypadku powiatu łomżyńskiego i suwalskiego ośrodki zlokalizowane były w przylegających do nich miastach na prawach powiatu. Liczba łóżek w ww. ośrodkach wynosiła odpowiednio 12,7 (w Łomży) i 31,5 (w Suwałkach) na 100 tys. ludności. Średnia liczba łóżek stacjonarnych na 100 tys. ludności w województwie wyniosła 60,42 (11 miejsce w kraju; o 26% mniej od średniej krajowej).</p>	<p>Świadczenia z zakresu stacjonarnej opieki długoterminowej w powiecie kolneńskim i zambrowskim nie były dostępne. Na terenach powiatów łomżyńskiego i suwalskiego również nie było ośrodków, znajdowały się one w Łomży i Suwałkach, jednak liczba łóżek na 100 tys. ludności była w tych miastach znacznie niższa niż średnio w województwie. Liczba łóżek stacjonarnych w województwie jest znacznie niższa niż wartość ogólnopolska.</p>	<p>Poprawa dostępności do stacjonarnych świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej.</p>
	10.1.	<p>W województwie istnieje 1 poradnia medycyny paliatywnej (najmniejsza ilość poradni na 100 tys. ludności w kraju; o 80% mniej od średniej krajowej).</p>	<p>Na terenie województwa obserwuje się ograniczoną dostępność do ambulatoryjnych świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej.</p>	<p>Poprawa dostępności do ambulatoryjnych świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej.</p>
	10.2.	<p>Ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej nie ma w powiecie suwalskim i łomżyńskim (znajdują się one za to w Łomży i Suwałkach) oraz w powiecie sejneńskim. Liczba ośrodków na 100 tys. ludności w pozostałych powiatach województwa waha się od 1,34 w powiecie białostockim, do 4,69 w powiecie hajnowskim.</p>	<p>Istnieją wyraźne różnice w dostępie do świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej między powiatami województwa.</p>	<p>Wyrównanie różnic w dostępie do świadczeń na terenie województwa.</p>

Kadry	12.1.	Największe zapotrzebowanie na miejsca specjalizacyjne, przy uwzględnieniu potrzeb wynikających z wymienialności pokoleniowej oraz potrzeb zgodnych z rekomendacjami konsultantów krajowych, występuje w dziedzinach: choroby wewnętrzne (380 miejsc), medycyna pracy (101 miejsc), psychiatria (82 miejsca), pediatria (75 miejsc), geriatria (66 miejsc), położnictwo i ginekologia (36 miejsc), audiologia i foniatrya (23 miejsca), choroby zakaźne (19 miejsc), balneologia i medycyna fizykalna (18 miejsc) oraz psychiatria dzieci i młodzieży (16 miejsc).	Obserwowane i prognozowane są braki w liczbie lekarzy specjalistów z wybranych dziedzin.	Uruchamianie w najbliższych latach większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach deficytowych na terenie województwa. Stworzenie i wprowadzenie planu działań zachęcających lekarzy do odbywania specjalizacji na terenie województwa w dziedzinach, w których zainteresowanie nie jest wystarczające.
	12.2.	Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii na 100 tys. mieszkańców wynosiła 13,7 (3. miejsce w kraju), ich średni wiek wynosił 54 lata, a udział lekarzy w wieku emerytalnym wynosił 21%. Liczba lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców jest niższa niż rekomendowana przez konsultanta krajowego (20,0).	Obserwowane są braki w liczbie psychiatrów. Dodatkowe zagrożenie stanowi ich wiek i udział lekarzy w wieku emerytalnym.	Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych oraz jednostek posiadających akredytację w dziedzinie psychiatrii.
	12.3.	Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na 100 tys. mieszkańców wynosiła 0,9 (10. miejsce w kraju), średni wiek – 56 lat, a udział lekarzy w wieku emerytalnym – 27%.	Obserwowane są braki w liczbie psychiatrów dzieci i młodzieży. Dodatkowe zagrożenie stanowi ich wiek i udział lekarzy w wieku emerytalnym.	Utworzenie jednostki akredytowanej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

	Liczba lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców jest niższa niż rekomendowana przez konsultanta krajowego (2,0).		
12.4.	Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie epidemiologii na 100 tys. mieszkańców wynosiła 0,3 (4 lekarzy; 13. miejsce w kraju), średni wiek – 62 lata, udział lekarzy w wieku emerytalnym – 75%. Suma miejsc szkoleniowych potrzebnych do wymienialności pokoleniowej wynosi 2.	Z czterech lekarzy specjalistów w dziedzinie epidemiologii, trzech jest w wieku emerytalnym, a nie ma możliwości odbywania szkolenia specjalizacyjnego na terenie województwa.	Utworzenie jednostki akredytowanej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie epidemiologii
12.5.	Liczba lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosiła 1,5 na 100 tys. mieszkańców (9. miejsce w kraju). W wieku emerytalnym było 4 lekarzy, 2 lekarzy miało osiągnąć wiek emerytalny w ciągu 6 najbliższych lat. Liczba lekarzy realizujących szkolenie specjalizacyjne wynosiła 5. Liczba lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców jest niższa niż rekomendowana przez konsultanta krajowego (3,0).	Biorąc pod uwagę fakt, że w liczbie lekarzy uwzględniono osoby w wieku emerytalnym oraz osoby, które w ciągu najbliższych lat osiągną wiek emerytalny należy stwierdzić, że istnieje poważne zagrożenie znacznego pogorszenia się sytuacji kadrowej w przedmiotowej dziedzinie.	Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinie medycyny paliatywnej.
12.6.	Liczba fizjoterapeutów przypadająca na 100 tys. mieszkańców w maju 2020 r. wynosiła 133 (14. miejsce w kraju) i była niższa o 23% niż średnia liczba fizjoterapeutów w Polsce (172).	Obserwowane są braki w liczbie fizjoterapeutów.	Utworzenie jednostki akredytowanej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów.
12.7.	Liczba pielęgniarek w województwie wynosiła 684 na 100 tys. mieszkańców (8. miejsce w kraju).	Spadek liczby pielęgniarek i położnych w zakresie wynikającym z prognoz	Zwiększenie liczby miejsc na kierunkach pielęgniarstwo

Pozostałe obszary		Pielęgniarki powyżej 59 roku życia stanowią 18% wszystkich pielęgniarek. Z prognozy liczby pielęgniarek w wieku 25-59 lat wynika, że liczba pielęgniarek w latach 2019-2029 zmniejszy się o 31%. Liczba położnych w województwie wynosi 94 na 100 tys. mieszkańców (6. miejsce w kraju). Położne powyżej 59 roku życia stanowią 13% wszystkich położnych. Z prognozy liczby położnych w wieku 25-59 lat wynika, że w latach 2019-2029 ich liczba zmniejszy się o 33% (wartość dla Polski – 24%).	będzie stanowił poważne zagrożenie dla właściwej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.	i położnictwo na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie do kształcenia i podejmowania pracy pielęgniarki/położnej.
	14.1.	W województwie było 20 poradni ortodontycznych (11. miejsce w kraju). Przeciętny czas oczekiwania na wizytę w lutym 2020 r. wynosił 412,9 dni (w kraju 385,1). Przeciętny czas oczekiwania na leczenie aparatem ortodontycznym wynosił 773,2 dni i był najdłuższy w kraju.	Dostępność do leczenia ortodontycznego jest niewystarczająca.	Zwiększenie liczby poradni realizujących leczenie aparatem ortodontycznym.
	14.2.	W województwie było 28 poradni protetyki stomatologicznej (7. miejsce w kraju), świadczeń z zakresu leczenia protetycznego udzielało łącznie 278 podmiotów (12. miejsce w kraju) – leczenie protetyczne było także realizowane w poradniach stomatologicznych. Przeciętny czas oczekiwania na wizytę do poradni protetyki stomatologicznej w lutym 2020 r. wynosił 104,4 dni (w kraju 316,9), jednakże czas oczekiwania na leczenie protetyczne wynosił 644,8 dni (w kraju 590,9 dni).	Dostępność do leczenia protetycznego jest niewystarczająca.	Zwiększenie liczby poradni realizujących leczenie protetyczne.

Załącznik 11.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa pomorskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	Współczynnik dzietności ogólnej wyniósł 1,6 (Polska 1,4). Wśród powiatów, wyłącznie powiat kartuski, z wartością współczynnika 2,24, zapewnia prostą zastępowalność pokoleń. Wyższą wartość wskaźnika obserwuje się w centralnej części województwa. Najniższą wartość wskaźnika dzietności zaobserwowano w Sopocie, wyniosła ona 1,08.	Województwo charakteryzuje się najwyższym przyrostem naturalnym w Polsce, który wyniósł 1,5%.	nie dotyczy
	1.2.	Odnotowano wysoki wskaźnik umieralności okołoporodowej - 6,3 przy średniej dla Polski - 5,3, co klasyfikuje województwo na 2. pozycji w Polsce. Wskaźnik umieralności niemowląt wyniósł 3,6 na 1 000 urodzeń żywych.	Wzmocnienia wymagają wszystkie rodzaje i poziomy opieki nad matką i dzieckiem.	nie dotyczy
	1.3.	Dalsza oczekiwana długość życia mieszkańców województwa w wieku 0 lat dla mężczyzn była wyższa od średniej ogólnopolskiej i wynosiła 74,8 lat. Dalsza oczekiwana długość życia dla kobiet była równa średniej dla kraju i wynosiła 81,8 lat.	W województwie obserwowane jest wydłużenie przeciętnego trwania życia, w szczególności u mężczyzn.	nie dotyczy

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna		Przeciętne trwanie życia nadal będzie się wydłużało, osiągając w 2050 r. wartości dla mężczyzn wyższe o 9 lat i dla kobiet wyższe o 6 lat.		
	2.1.	Dane epidemiologiczne wskazują, że w województwie największy problem zdrowotny stanowiła choroba niedokrwienna serca. Prognozuje się, że do 2028 r. chorobowość i liczba zgonów nie ulegnie zmianie oraz choroba niedokrwienna serca pozostanie istotnym problemem zdrowotnym w województwie.	Choroba niedokrwienna serca stanowi obecnie i będzie stanowić w ciągu następnych 10 lat poważny problem dla zdrowia i życia mieszkańców województwa.	nie dotyczy
	2.2.	Drugim spośród najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych pod względem wartości wskaźnika DALY był nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc. Prognoza dla opisywanego nowotworu wskazuje, że w przeciągu kolejnych lat – do 2028 r. – sytuacja będzie ulegać pogorszeniu. Prognozowane są wzrosty wartości chorobowości, zapadalności oraz liczby zgonów.	Nowotwór złośliwy tchawicy oskrzeli i płuc będzie stanowić w ciągu następnych lat poważny problem dla zdrowia i życia mieszkańców województwa pomorskiego.	nie dotyczy
	2.3.	Trzecim spośród najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych pod względem wartości wskaźnika DALY był udar. Odpowiadał jednocześnie za 9,5% wszystkich zgonów w województwie. Według prognoz, do 2028 r. wartości wskaźnika chorobowości oraz zapadalności na udar będą rosły,	Przy utrzymującym się trendzie wzrostowym współczynników zapadalności i chorobowości na udar dla województwa, można założyć, że zapotrzebowanie na świadczenia	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		natomiast liczba zgonów utrzyma się na podobnym poziomie.	w zakresie leczenia udarów będzie wzrastać.	
	3.1.	<p>Udział grupy czynników behawioralnych w DALY wśród wszystkich grup ryzyka stanowił 49,69%. Czynniki ryzyka odpowiadającymi za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu, dla kobiet i mężczyzn łącznie, biorąc pod uwagę wskaźnik DALY były: tytoń (ok. 5,3 tys. DALY na 100 tys. mieszkańców), wysoki BMI (ok. 3,7 tys. na 100 tys. mieszkańców), wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo (ok. 3,6 tys. na 100 tys. mieszkańców).</p> <p>Z zakresu profilaktyki palenia tytoniu przeprowadzono 6 programów, których działaniem objęto średnio 35 osób (12. miejsce w kraju). Działania z tego zakresu przeprowadzono tylko w 3 powiatach.</p>	Dominującą grupą czynników ryzyka, tak jak i w Polsce, była grupa czynników behawioralnych. Czynniki najbardziej wpływające na utratę DALY były skorelowane ze stylem życia. Z zakresu profilaktyki palenia tytoniu w większości powiatów nie przeprowadzono żadnych działań, a jest to czynnik najbardziej wpływający na utratę lat życia w zdrowiu.	Istnieje potrzeba zintensyfikowania działań na poziomie lokalnym w zakresie profilaktyki chorób odtyniowych. Istotne są także wszelkie działania promujące zdrowy styl życia.
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1.	Najczęstszymi powodami wizyt było wypisywanie recepty (15,03% wizyt, dla porównania 16,04% dla Polski). Najczęstszymi problemami zdrowotnymi, niezależnie od płci oraz miejsca zamieszkania, były samoistne (pierwotne), nadciśnienie (11,18%), ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (7,89%), ostre zapalenie nosa i gardła (6,26%). W przypadku kobiet, czwartym najczęstszym stanem	Problemy zdrowotne mieszkańców województwa są tożsame problemom zdrowotnym kraju, więc wyzwania są analogiczne.	Podjąć działania podobne do ogólnopolskich.

	<p>była niedoczynność tarczycy (2,95). Wśród dzieci i młodzieży najczęstszymi przyczynami wizyt w POZ były ostre zapalenie nosa i gardła, ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym oraz ostre zakażenie oskrzeli, ostre zapalenie gardła. Wśród ludzi dorosłych stosunkowo częste było zaburzenie korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych. Wraz z wiekiem coraz częstszą przyczyną wizyt było też samoistne pierwotne ciśnienie (główna przyczyna dla pacjentów w grupie wiekowej od 41 lat i starszych).</p>		
4.2.	<p>Wskaźnik liczby lekarzy pracujących w POZ na 100 tys. ludności dla województwa pomorskiego był w 2019 r. poniżej średniej krajowej (57,81 vs 68,15), podobnie w przypadku pediatrów (61,17 vs 74,29) oraz pielęgniarek (60,88 vs 76,22) i położnych (8,45 vs 12,82).</p> <p>Najmniej lekarzy na 100 tys. ludności było w powiatach sztumskim, kwidzyńskim, człuchowskim, najwięcej w powiatach chojnickim oraz nowodworskim. Najniższa liczba pielęgniarek na 100 tys. ludności (znacznie poniżej średniej krajowej) była w powiatach kwidzyńskim, słupskim, sztumskim, najwięcej w powiatach: stargardzkim, chojnickim, Sopocie oraz Słupsku.</p>	<p>Liczba kadr medycznych pracujących w POZ w poszczególnych powiatach znacząco się różniła.</p>	<p>Należy poprawić sytuację kadrową w powiatach o niskiej liczbie lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz innych członków kadry medycznej przypadających na 100 tys. ludności.</p> <p>Szczególnie tyczy się to powiatów sztumskiego, kwidzyńskiego, człuchowskiego oraz słupskiego.</p>

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	<p>5.1. Pod względem liczby wybranych poradni przypadających na 10 tys. mieszkańców, województwo uzyskało jedno z najniższych wskaźników w Polsce:</p> <ul style="list-style-type: none">- endokrynologiczna - wskaźnik 0,09,- endokrynologiczna dla dzieci - wskaźnik 0,01,- preluksacyjna - wskaźnik 0,01,- nefrologiczna - wskaźnik 0,01,- gastroenterologiczna - wskaźnik 0,07,- geriatryczna - wskaźnik 0,01,- reumatologiczna - wskaźnik 0,13. <p>Dostęp do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skumulowany był pomiędzy aglomeracją trójmiejską, a innymi powiatami, szczególnie tymi położonymi na krańcach województwa. Dotyczy to w szczególności powiatów: słupskiego, sztumskiego i bytowskiego.</p>	<p>Niewystarczająca w odniesieniu do zapotrzebowania liczba niektórych rodzajów poradni specjalistycznych. Występuje duża różnica w dostępności do AOS. Zbyt mała dostępność do poradni w powiatach peryferyjnych.</p>	<p>Zapewnienie adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń ambulatoryjnych na obszarze całego województwa, zwłaszcza poza aglomeracją trójmiejską. Ważne jest ukierunkowanie na rozwój zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych udzielanych w trybie ambulatoryjnym w rodzaju AOS na terenie powiatów: pucki, wejherowski, kartuski i gdański. Zapewnienie większego dostępu do poradni (poprzez zwiększenie liczby zawartych kontraktów z NFZ, zatrudnienie większej liczby specjalistów) w specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo długim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne w województwie pomorskim tj.: ortopedia, endokrynologia, neurologia oraz geriatryka.</p>
--------------------------------------	---	--	---

5.2.	<p>Liczba poradni położniczo-ginekologicznych w województwie wynosiła 134, a poradni patologii ciąży 2(po jednej poradni w Słupsku i Lęborku).</p> <p>Poradnie dziecięce: immunologiczna, urologiczna, gastroenterologiczna dla oraz onkologii, funkcjonują tylko w Gdańsku (po jednej poradni każdego rodzaju).</p> <p>W województwie pomorskim w 2019 r. odnotowano 26 151 urodzeń (w tym 110 urodzeń martwych).</p>	<p>Nadal niedostatecznie przebiega monitorowanie stanu zdrowia kobiety ciężarnej. Obecne zasoby potwierdzają niską dostępność do świadczeń.</p> <p>Województwo nie posiada wielozakresowego centrum opieki zdrowotnej realizującego świadczenia dla matki i dziecka (w jednym miejscu).</p> <p>Prognozy demograficzne pokazują, że województwo od lat, jako jedyne w Polsce, odnotowuje dodatni przyrost naturalny a ludność w grupie wiekowej 0-14 lat stanowić będzie wartości wzrostowe, wyższe od średniej dla Polski.</p>	<p>Istotnym jest monitorowanie dostępu świadczeniobiorców do świadczeń zdrowotnych związanych z opieką ginekologiczno-położniczą, okołoporodową i pediatryczną, zwiększenie profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej w okresie ciąży, stopniowe zwiększanie dostępu do świadczeń pediatrycznych oraz dostosowanie infrastruktury opieki tj. utworzenie wielozakresowego centrum opieki pediatrycznej w województwie.</p>
5.3.	<p>W lutym 2020 r. średni czas oczekiwania na świadczenia AOS dla przypadków pilnych był najdłuższy w przypadku: poradni neurochirurgicznej – 269,6 dni (dla Polski 194,1 dni), poradni chirurgii naczyniowej – 89,3 dni (dla Polski 127,7 dni) oraz poradni immunologicznej dla dzieci – 85 dni (dla Polski 65,3 dni).</p>	<p>Bardzo długi czas oczekiwania na świadczenia w trybie pilnym w niektórych poradniach.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza w dziedzinach, w których czas oczekiwania na świadczenie przypadków określonych jako pilne jest najdłuższe.</p>

Leczenie szpitalne	<p>6.1. Z leczenia szpitalnego skorzystało 6,86% ogólnej liczby leczonych. W województwie zarejestrowane są 63 szpitale o różnej strukturze właścicielskiej i poziomach PSZ.</p> <p>Województwo na 100 tys. ludności dysponuje 517 łózkami przy średniej dla Polski 533,04.</p> <p>Najwyższy wskaźnik łóżek szpitalnych całodobowych na 100 tys. ludności odnotowano na oddziałach: rehabilitacyjnych (63,9 - roczny wzrost o 8,5), chorób wewnętrznych (38,5 - roczny spadek o 3), psychiatrycznych (33,8 - roczny wzrost o 1,3), chirurgicznych (29,9 - roczny spadek o 0,4), położniczo-ginekologicznych (28,4 - roczny spadek o 3).</p>	Przedstawione dane potwierdzają, że zaszły zamiany w zapotrzebowaniu na rodzaje opieki stacjonarnej.	<p>Istnieje potrzeba tworzenia centrów zdrowotnych zapewniających kompleksową opiekę dla pacjentów w różnych grupach wiekowych (np. geriatry, Centrum Pediatriczne-wysokospecjalistyczne leczenie).</p> <p>Tworzenie centrów onkologicznych zapewniających kompleksową opiekę nad pacjentami z nowotworem (AOS, REH, hospitalizacja, opieka hospicyjna i paliatywna, programy lekowe).</p> <p>Rozwój świadczeń szpitalnych w kierunku kompleksowej i koordynowanej opieki nad pacjentem, w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none">-Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-ZAWAŁ),-Koordynowana opieka nad pacjentem z chorobą kręgosłupa np. deformacja, nowotwór, uraz kręgosłupa
--------------------	---	--	--

			(Centrum Leczenia Chorób Kręgosłupa), Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży.
6.2.	<p>Pod względem liczby hospitalizacji w wybranych poziomach PSZ województwo w 2018 r. uzyskało następujące wskaźniki:</p> <ul style="list-style-type: none"> – I STOPIEŃ - 10 szpitali – 78,64 tys. hosp., wskaźnik na 10 tys. mieszkańców - 338,3; – II STOPIEŃ - 4 szpitale – 59,58 tys. hosp., wskaźnik na 10 tys. mieszkańców - 256,3; – III STOPIEŃ - 4 szpitale – 385,4 tys. hosp., wskaźnik na 10 tys. mieszkańców - 1658,2; – OGÓLNOPOLSKI - 5 szpitali – 127,32 tys. hosp., wskaźnik na 10 tys. mieszkańców - 547,8; – PEDIATRYCZNY - 1 szpitali 6,49 – tys. hosp., wskaźnik na 10 tys. mieszkańców - 27,9; – PULMONOLOGICZNY - 1 szpitali – 5,55 tys. hosp., wskaźnik na 10 tys. mieszkańców - 23,7. 	Przedstawione dane potwierdzają zasadność podziału na poziomy PSZ w zakresie realizacji świadczeń całodobowej opieki i potrzebę zwiększenia i wyrównania dostępności do świadczeń wyspospecjalistycznych.	<p>Zachowanie trójstopniowego podziału realizacji świadczeń, który poprawi dostępność i komfort leczenia pacjentów oraz dzięki któremu skróci się czas hospitalizacji.</p> <p>Prowadzenie koordynowanej opieki realizowanej przy zastosowaniu nowoczesnego sprzętu, nowoczesnych technik operacyjnych i metod diagnostyki oraz nieinwazyjnego leczenia przy jednoczesnym wsparciu leczenia poszpitalnego - przychodnie przyszpitalne i rehabilitacyjne.</p> <p>Zoptymalizowanie kosztów leczenia poprzez sukcesywne zastępowanie leczenia szpitalnego opieką ambulatoryjną, dzienną i domową.</p>

6.3.	<p>Całkowita liczba łóżek szpitalnych w oddziałach całodobowych w województwie w dniu 31.12.2019 r. była niższa o 2% w stosunku do 2018 r.</p> <p>Obłożenie łóżek w województwie pomorskim, w 2019 wyniosło 75.23%, a dla Polski 82.63%. Nie wliczając SOR, średnie obłożenie powyżej 100% zanotowano dla 5 typów oddziałów, z czego najwyższe dla oddziałów: onkologii klinicznej oraz wybranych świadczeń w ramach chemioterapii - 245.7%, alergologicznych - 153.97%, neurologicznych (w tym udarowe) - 142.09%. Obłożenie poniżej 50% zanotowano dla 14 typów oddziałów. Były to przede wszystkim oddziały: rehabilitacji neurologicznej dla dzieci - 36.1%, kardiologiczne dla dzieci (w tym inkubatory) - 27.41%, geriatryczne - 16.29%.</p>	Zasadne jest zwiększenie bazy łóżkowej w oddziałach, w których obłożenie przekracza 100% wykorzystania.	<p>Zwiększyć dostępność miejsc na oddziałach, które notują najwyższe obłożenie w województwie, takich jak oddziały onkologii klinicznej, oddziały alergologiczne czy oddziały neurologiczne (w tym udarowe).</p> <p>Zwiększyć dostępność miejsc na oddziałach, które mają znacznie mniejszą średnią liczbę łóżek w porównaniu z resztą województw. Są to szczególnie oddziały: medycyny paliatywnej, obserwacyjno-zakaźne, otorynolaryngologiczne dla dzieci, neurochirurgiczne dla dzieci oraz onkologii klinicznej/chemioterapii.</p> <p>Zwiększenie dostępności do odpowiedniej wysokospecjalistycznej diagnostyki chorób neurodegeneracyjnych.</p>
------	--	---	--

	<p>6.4. Najdłuższe kolejki przypadków stabilnych w leczeniu szpitalnym w lutym 2020 r.(czyli o największej średniej liczbie dni oczekiwania) były dla oddziałów: okulistycznych dla dzieci – 859 dni, chirurgii urazowo-ortopedycznej – 420,6 dni, leczenia jednego dnia 303 dni.</p> <p>Średni czas oczekiwania dla różnego rodzaju świadczeń w tym okresie wyniósł 104,2 dni (dla Polski 114,3 dni). Rozpatrując kolejki przypadków pilnych w lutym 2020 r., najdłuższy czas oczekiwania występował dla oddziałów neurochirurgicznych - 154,5 dni (Polska 222,6 dni), położniczo-ginekologicznych - 85,5 dni (Polska 57,8 dni) oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej – 74 dni (Polska 185,2 dni).</p> <p>Średnia w przekroju kolejek wynosiła 825,11 dni (dla Polski 56,4 dni).</p>	<p>Przedstawione dane potwierdzają niską dostępność do świadczeń, w których czas oczekiwania jest wydłużony.</p> <p>Wskazana jest rozbudowa bazy łóżkowej i zwiększenie finansowania świadczeń ze środków NFZ.</p>	<p>Zwiększyć dostępność do świadczeń szpitalnych, w których występują kolejki o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania, szczególnie w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego, oddziałów okulistycznych dla dzieci czy endoprotezoplastyki stawu biodrowego.</p>
	<p>6.5. Liczba lekarzy pracujących w lecznictwie szpitalnym przypadająca na 100 tys. mieszkańców wynosiła 192,6. Był to 12. wynik w kraju.</p>	<p>Obserwowane są niedobory kadry lekarskiej w lecznictwie szpitalnym.</p>	<p>Należy podjąć działania mające na celu zwiększenie liczby lekarzy zatrudnionych w lecznictwie szpitalnym.</p>
	<p>6.6. Wskaźnik liczby zakażeń szpitalnych leczonych stacjonarnie na 100 tys. ludności osiągnął wartość powyżej średniej dla Polski (254,53 vs 235,6). Zgonów spowodowanych zakażeniem szpitalnym</p>	<p>W województwie obserwowane są wysokie wskaźniki zakażeń szpitalnych osób leczonych stacjonarnie oraz zgonów spowodowanych zakażeniami</p>	<p>Należy poprawić jakość świadczonych usług oraz zwiększyć dostępność do innowacyjnych metod leczenia z wykorzystaniem</p>

	jako % hospitalizacji odnotowano 0,97 (w Polsce 0,84).	szpitalnymi w porównaniu do całego kraju.	nowoczesnych technologii i diagnostyki realizowanych w ramach leczenia szpitalnego.
6.7.	Ogólna liczba zakażeń o etiologii <i>Clostridium difficile</i> wyniosła 27,56 /100 tys. ludności, natomiast zakażeń szpitalnych było 15,19/100 tys. ludności – niższe wartości w porównaniu z średnią kraju (odpowiednio 29,33 oraz 17,89/100 tys.). Oddziałami, na których prawdopodobnie dochodziło do największej liczby zakażeń pod względem łącznej liczby przypadków CDI były oddziały chorób wewnętrznych, szpitalne oddziały ratunkowe, izby przyjęć i oddziały chirurgiczne.	Niedostateczne systemy kontroli zakażeń w placówkach, brak przestrzegania procedur i standardów. Niedobór kadry medycznej zajmującej się eliminacją zakażeń.	Zwiększyć nadzór sanitarno-higieniczny w szpitalach poprzez monitorowanie i ocenę zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz zwiększyć ilość sal izolacyjnych.
6.8.	Wartość liczby przypadków sepsy w przeliczeniu na 100 tys. ludności województwa była wyższa niż średnia dla Polski, co daje 2. miejsce w rankingu województw (124,79 osób vs 86,79). 17,16% przypadków sepsy zostało zakwalifikowanych jako sepsa szpitalna (wskaźnik 21,42/100 tys. mieszkańców, przy średniej dla kraju 21,06). Oddziałami, na których prawdopodobnie najczęściej, dochodziło do rozwinięcia się sepsy były oddziały chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii oraz izby przyjęć.	Niedostateczne systemy kontroli zakażeń w placówkach, brak procedur i standardów. Niedobór kadry medycznej zajmującej się eliminacją zakażeń.	Niezbędne jest przestrzeganie reżimu sanitarno-epidemiologicznego oraz opracowanie zasad postępowania w zakresie profilaktyki, diagnostyki i terapii zakażeń.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	<p>7.1. łączna liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu psychiatrii wyniosła 103,24 tys. (w Polsce 1.51 mln). Udzielono 594,65 tys. porad i 15,86 tys. hospitalizacji.</p> <p>W opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień województwo miało jeden z najwyższych w Polsce wskaźników pacjentów zamieszkałych i leczonych w województwie zamieszkania, tj. 97,13%. Tylko w trzech szpitalach psychiatrycznych na terenie województwa pomorskiego działały dzienne oddziały psychiatryczne ogólne. W opiece stacjonarnej w zakresie lecznictwa psychiatrycznego i leczenia uzależnień obserwuje się prawie 100% wykorzystanie łóżek, dotyczy to również psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu i oddziałów dla dzieci. Opieka psychiatryczna dla dorosłych dostępna była w poradniach we wszystkich powiatach/aglomeracjach województwa, oddziały psychiatryczne dostępne były w 8 powiatach, zespoły leczenia środowiskowego w 12 powiatach, a oddziały dzienne psychiatryczne w 9 powiatach. Opieka psychiatryczna dla dzieci dostępna była w trzech oddziałach stacjonarnych tj. Gdańsk, Starogard Gd., Chojnice. Poradnie psychiatryczne/psychologiczne dla dzieci dostępne były w 9 powiatach. W województwie nie było zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci,</p>	<p>W województwie obserwujemy niski stopień migracji poza województwo. Obecna infrastruktura jest niedostateczna w zakresie zaspakajania aktualnych i przyszłych potrzeb osób wymagających tego rodzaju opieki, zarówno stacjonarnej, dziennej, środowiskowej jak i ambulatoryjnej.</p>	<p>Rekomendowane jest zapewnienie równomiernego, adekwatnego do potrzeb zdrowotnych, dostępu do leczenia środowiskowego dorosłych poprzez zapewnienie tego rodzaju świadczeń na obszarze każdego powiatu. Rozwój opieki psychiatrycznej w trybie ambulatoryjnym, w szczególności na terenie powiatów: pucki, wejherowski, kartuski i gdański. Tworzenie kolejnych Centrów Zdrowia Psychicznego realizujących kompleksową opiekę psychiatryczną oraz oddziałów dziennego pobytu.</p>
---	--	---	---

	<p>a oddział dzienny psychiatryczny znajdował się wyłącznie w Gdańsku. Nowy model opieki nad dziećmi i młodzieżą w świadczeniach zdrowotnych z zakresu psychiatrii realizowany jest tylko na I poziomie referencyjnym.</p>		
7.2.	<p>Wśród pacjentów poniżej 18. roku życia procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w województwie pomorskim wynosił w 2019 r. 93,25% (wśród pozostałych województw wartość maksymalna to 96,75%, a minimalna to 85,32%). W 11 powiatach procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze wyniósł poniżej 20%, co wynika z braku dostępu do podstawowych form leczenia psychiatrycznego w tych powiatach. W województwie trzy szpitale psychiatryczne świadczyły usługi w oddziałach psychiatrycznych (ogólnych) dla dzieci. W oddziałach tych znajdowało się na 100 tys. ludności mniej łóżek niż średnio w Polsce (2 vs 2,8). Tylko jedna placówka stacjonarna posiadała dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu.</p>	<p>Niedostateczny dostęp do świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.</p>	<p>Rekomendowane jest wdrożenie i rozwijanie nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, adekwatnie do zmieniających się potrzeb. Zakontraktowanie 31 ośrodków I poziomu referencyjnego (zabezpieczające świadczenia psychologiczne i psychoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży na obszarze każdego powiatu oraz w aglomeracji trójmiejskiej na obszarach wyznaczonych grup dzielnic), ośrodków II poziomu referencyjnego zabezpieczających świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne, środowiskowe i dzienne oraz ośrodków III poziomu</p>

			zabezpieczających świadczenia między innymi stacjonarne.
7.3.	<p>W województwie na terenie siedmiu powiatów, nie było żadnego oddziału psychiatrycznego i oddziału leczenia uzależnień. Mieszkańcy tych obszarów kierowani byli do ośrodków w odległych powiatach co miało negatywny wpływ na proces leczenia i terapii, gdzie ważną rolę odgrywa kontakt z rodziną i bliskimi. Województwo nie posiadało hosteli dla osób z zaburzeniami psychicznymi, natomiast posiadało tylko 3 placówki świadczące usługi w zakresie hostelu dla uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Położone najbardziej na wschodzie powiaty województwa pomorskiego, a także powiat człuchowski, kartuski i pucki nie miały dostępu do oddziałów dziennych ani do ZLŚ.</p> <p>W województwie znajdowały się dwa Centra Zdrowia Psychicznego - z siedzibami: w Kościerzynie oraz w Słupsku.</p>	<p>Niedostateczne leczenie i opieka psychiatryczna na bazie ciągłości udzielania świadczeń w jednej placówce - od leczenia szpitalnego do opieki dziennej nad pacjentem po wypisie ze szpitala czy ośrodka uzależnień.</p>	<p>Wskazane jest sukcesywne zwiększanie liczby ośrodków opieki środowiskowej, w szczególności na obszarach, na których brak jest świadczeniodawców realizujących wskazane usługi medyczne.</p>
7.4.	<p>Najczęściej definiowane zaburzenia psychiczne wśród osób objętych opieką to:</p> <p>depresja - 29,99% z ogółu leczonych;</p> <p>stany lękowe - 23,15% z ogółu;</p> <p>schizofrenia - 16,32%;</p>	<p>Zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczną wzrasta, zwłaszcza w trudnych czasach epidemicznych.</p>	<p>Sytuacja epidemiczna w Polsce wymusiła zmianę modelu opieki. Wskazane jest utrzymanie w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ</p>

Rehabilitacja medyczna		choroba dwubiegunowa - 9,58%; inne zaburzenia psychiczne - 9,26% ogółu leczonych.		teleporad: lekarskich i psychologicznych oraz psychoterapii, a także wzrost finansowania świadczeń udzielanych przez instruktorów terapii uzależnień.
	8.1.	<p>Liczba świadczeniodawców na 100 tys. ludności wynosi 5,89, przedostatnie miejsce w kraju, 30% poniżej średniej dla Polski. Łącznie było 3212 ośrodków, w tym 839 dziennych, 440 stacjonarnych, 529 domowych i 2629 ambulatoryjnych. Ośrodki rehabilitacyjne znajdowały się w każdym powiecie. Najmniejszą ich liczbę na 100 tys. ludności odnotowano w powiecie kościerskim (2,75). Ze świadczeń rehabilitacji medycznej w ramach NFZ, w przeliczeniu na 100 tys. ludności skorzystało o 8% więcej pacjentów w stosunku do średniej dla Polski, co daje 7. miejsce w kraju.</p> <p>Na 100 tys. ludności leczonych było 9228 osób, z tego największą grupę, stanowiły osoby w wieku 18-64, ponad 50%.</p> <p>W podziale na płeć, 65% stanowiły kobiety, podobnie jak w Polsce.</p> <p>Z rehabilitacji skorzystało więcej osób z brakiem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (72,15). Głównymi rozpoznaniem w rehabilitacji medycznej</p>	<p>Obecna infrastruktura jest niewystarczająca do zaspokajania aktualnych oraz przyszłych potrzeb osób wymagających rehabilitacji w każdym jej zakresie i rodzaju.</p> <p>Występuje długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty oraz niski odsetek pacjentów rehabilitowanych.</p>	<p>Należy podjąć systematyczne działania w celu zwiększenia zabezpieczenia świadczeń rehabilitacyjnych nakierowanych na utrzymanie liczby osób pracujących będących w wieku produkcyjnym.</p> <p>Wskazany jest dalszy rozwój bazy ośrodków rehabilitacji domowej, w szczególności w tych powiatach województwa, w których ten rodzaj świadczeń nie jest jeszcze dostępny.</p>

Opieka długoterminowa		<p>(we wszystkich rodzajach świadczeń łącznie) były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (69,9%) oraz choroby układu nerwowego (21,3%).</p> <p>Z rehabilitacji domowej skorzystało 0,5% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) była poniżej średniej dla kraju o 67%, co dało województwu pomorskiemu ostatnie miejsce w Polsce.</p>		
	9.1.	<p>Wśród ogółu pacjentów korzystających z opieki długoterminowej największą grupę osób, w województwie pomorskim, stanowili pacjenci w wieku 80+ (54%).</p> <p>Od 2025 r. prognozowany jest wzrost liczby osób w grupie wiekowej powyżej 65 lat.</p>	<p>Zmieniająca się struktura demograficzna społeczeństwa będzie wymuszać rozwój opieki długoterminowej. Prognozy demograficzne GUS pokazują, że proces starzenia się społeczeństwa województwa pomorskiego będzie się pogłębiał. Spowoduje to wzrost zapotrzebowania na świadczenia w ramach opieki długoterminowej. Obecna infrastruktura jest niewystarczająca dla zaspokojenia aktualnych oraz przyszłych potrzeb ludności wymagającej tego rodzaju opieki.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej poprzez zwiększenie istniejącej, jak również pozyskanie nowej bazy łóżkowej w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub /opiekuńczo-leczniczych do potrzeb aktualnych oraz przyszłych.</p>
	9.2.	<p>W województwie zaobserwowano najniższy współczynnik świadczeń pielęgnacyjnych</p>	<p>Przedstawione dane potwierdzają niską dostępność do świadczeń stacjonarnej</p>	<p>Niezbędne jest dostosowanie dostępności do świadczeń</p>

	<p>i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej na 100 tys. ludności w Polsce, tj. o 48% poniżej średniej wartości dla kraju (150 przy średniej 286).</p> <p>Liczba ośrodków na 100 tys. ludności, w województwie pomorskim, była najniższa w Polsce, tj. o 57% mniej niż średnio w kraju (2,3 przy średniej 5,2).</p> <p>Ogółem z opieki skorzystało 3512 osób w tym 2198 ze stacjonarnej opieki. W opiece stacjonarnej zaobserwowano o 16% mniej pacjentów na 100 tys. ludności w stosunku do średniej wartości w kraju (94 przy średniej 111).</p> <p>Brak było ośrodków opieki stacjonarnej w powiatach lęborskim, kościerskim, malborskim.</p>	<p>opieki długoterminowej w porównaniu z innymi województwami.</p>	<p>pielęgniacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (we wszystkich zakresach) do prognozowanej niekorzystnej sytuacji demograficznej oraz epidemiologicznej w województwie.</p>
9.3.	<p>Ośrodków opieki domowej na 100 tys. ludności było mniej o 70% w stosunku do liczby w kraju (1,28 przy średniej 4,21).</p> <p>Z domowej opieki skorzystały 1352 osoby. Opieka domowa nie była zapewniona w powiecie słupskim.</p>	<p>Dostępność do opieki długoterminowej w środowisku domowym jest niewystarczająca.</p>	<p>Konieczne jest zwiększenie dostępności do domowej opieki pielęgniarzkiej przewlekle chorym jako kierunek działań służących przejściu z opieki instytucjonalnej do opieki lokalnej.</p>
9.4.	<p>Głównymi rozpoznaniem w opiece długoterminowej w 2019 r. były choroby układu krążenia (38,2%) oraz choroby układu nerwowego (29,4%), z dominacją choroby Alzheimera i chorobami otępiennymi.</p> <p>Wskaźniki te są powyżej średniej dla Polski.</p>	<p>Struktura rozpoznań w opiece długoterminowej wskazuje na konieczność zabezpieczenia specjalistycznej kadry medycznej, w tym: kardiologów, neurologów, lekarzy</p>	<p>Niezbędne jest zwiększenie zatrudnienia kadry medycznej oraz zespołów długoterminowej opieki domowej.</p>

Opieka hospicyjna i paliatywna			rehabilitacji, fizjoterapeutów i pielęgniarek ze specjalizacją do opieki nad pacjentami.	
	9.5.	Wsparciem w opiece dla osób niesamodzielných, w szczególności powyżej 65 roku życia, których stan zdrowia wymaga świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych, ale nie wymaga hospitalizacji na oddziale szpitalnym i nie kwalifikuje się do objęcia opieką w ZOL-u (ze względu na wysoką ocenę w skali Barthel), są Dzielne Domy Opieki Medycznej. W województwie pomorskim powstały 2 takie placówki.	Wskazany jest rozwój dziennych form opieki np. DDOM oraz zapewnienie ich finansowania ze środków finansowych NFZ i samorządów terytorialnych.	Tworzenie DDOM, zwiększenie udziału wydatków na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej ze środków pozostających w gestii samorządów terytorialnych.
	10.1.	Pod względem liczby ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności (uwzględniając wszystkie rodzaje opieki), województwo pomorskie zajmowało ostatnie miejsce w kraju (-28% w stosunku do średniej dla Polski, odpowiednio 1,24 vs 1,73/100 tys. ludności).	Wzmocnienia wymaga zarówno opieka stacjonarna jak i domowa.	Zapewnienie adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń zdrowotnych opieki paliatywnej i hospicyjnej w województwie pomorskim.
	10.2.	Oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne działające na terenie województwa pomorskiego dysponowały 235 łózkami, co daje 9. miejsce w Polsce.	Dostępność do łózek opieki hospicyjnej i paliatywnej jest niewystarczająca do zapewnienia aktualnych i przyszłych potrzeb wynikających z analizy epidemiologii i demografii.	Zwiększenie liczby łózek na oddziałach medycyny paliatywnej i w hospicjach stacjonarnych co najmniej do zalecanego poziomu 100 łózek na 1 mln ludności.

10.3.	W przypadku opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń zdrowotnych skorzystało 157,8 pacjentów na 100 tys. ludności, mniej o 3% w stosunku do średniej dla Polski, co daje 9. miejsce w kraju.	Dostępność do opieki paliatywnej i hospicyjnej w środowisku domowym jest niewystarczająca.	Zwiększenie dostępności do opieki paliatywnej i hospicyjnej w środowisku domowym jako kierunek działań służących deinstytucjonalizacji.
10.4.	Na terenie województwa funkcjonowało o 10% więcej hospicjów domowych w przeliczeniu na 100 tys. ludności w stosunku do średniej dla Polski, co uplasowało Pomorze na 5. miejscu w kraju. W prawie wszystkich powiatach (90%) były realizowane świadczenia zdrowotne z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Świadczeń zdrowotnych tego zakresu nie udzielano na terenie powiatów kościerskiego i słupskiego.	Dostępność do świadczeń paliatywnych i hospicyjnych udzielanych w warunkach domowych jest zróżnicowana regionalnie.	Wyrównanie różnic w dostępności do opieki realizowanej w warunkach domowych pomiędzy powiatami.
10.5.	Z ambulatoryjnej opieki paliatywnej skorzystało 38,74 pacjentów na 100 tys. ludności tj. o 3% więcej w stosunku dla średniej dla Polski, co daje 8. miejsce w kraju.	Wzmocnienia wymaga opieka zdrowotna w rodzaju ambulatoryjna opieka paliatywna.	Poprawa dostępności do opieki realizowanej w warunkach ambulatoryjnych oraz rozszerzanie bazy poradni medycyny paliatywnej w powiatach, w których obecnie takich poradni nie ma.

Państwowe Ratow. Med.	10.6.	<p>W ramach umów z NFZ działało 6 poradni medycyny paliatywnej, które funkcjonowały w 5 z 20 powiatów, tj. w powiatach: chojnickim, m. Gdańsk, m. Gdynia, puckim i m. Słupsk.</p> <p>Wskaźnik liczby poradni medycyny paliatywnej na 100 tys. ludności (0,26) był niższy niż średnio w Polsce o 35% (10. miejsce w kraju). W kolejce do poradni medycyny paliatywnej w województwie pomorskim oczekiwało 159 osób (w trybie pilnym i stabilnym), czyli aż 51% oczekujących na tego rodzaju świadczenia zdrowotne w całej Polsce.</p>	<p>Przedstawione dane potwierdzają niską dostępność do świadczeń w ramach poradni medycyny paliatywnej w porównaniu z innymi województwami, jak również na terenie województwa.</p>	<p>Wyrównanie różnic w zakresie dostępności do opieki realizowanej w warunkach ambulatoryjnych oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia.</p>
	10.7.	<p>Liczba lekarzy medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 1,7; średni wiek lekarzy to 53 lata.</p> <p>Wskaźnik dostępności lekarzy powinien wynosić 3/100 tys. ludności.</p>	<p>W województwie pomorskim zabezpieczenie w kadrę medyczną w opiece paliatywnej i hospicyjnej jest niewystarczające.</p> <p>Niewystarczająca była również liczba pielęgniarek, w szczególności posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej i hospicyjnej.</p>	<p>Pozyskanie lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej i pielęgniarek w szczególności posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej i hospicyjnej.</p>
	11.1.	<p>Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM) na terenie województwa stacjonowały w 67 stacjach.</p>	<p>Zabezpieczenie medyczne mieszkańców województwa było na właściwym poziomie, a wynika to z prawidłowej dyslokacji ZRM (Zespoły Ratownictwa Medycznego) na terenie miast.</p>	<p>Należy rozważyć dalszą możliwość sezonowego uruchamiania tzw. zespołów czasowych w miejscach o dużym natężeniu ruchu</p>

Kadry				turystycznego, np. zespoły motocyklowe.
	11.2.	<p>Czas dotarcia do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 91,08% wezwań z czasem dojazdu do 15 minut oraz 8,93% wezwań powyżej 15 minut.</p> <p>Czas dotarcia do zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 80,53% wezwań z czasem dojazdu do 20 minut oraz 19,48% wezwań powyżej 20 minut.</p>	W większości wyjazdów czasy dotarcia do miejsca zdarzenia są zachowane przez ZRM (Zespoły Ratownictwa Medycznego), jednak zdarzają się sytuacje przekroczenia ustawowego czasu.	Zmiana dyslokacji ZRM-ów. Może to zapewnić zachowanie czasów dojazdu zgodnych z zapisami ustawowymi do zdarzeń poza miastem liczącym 10 tys. mieszkańców.
	12.1.	<p>W województwie pomorskim było 357,6 lekarzy na 100 tys. ludności (w Polsce 341,8), pielęgniarek 547,6 na 100 tys. ludności (w Polsce 620,5), położnych 72,1 na 100 tys. ludności (w Polsce 81,7). Szczególnie odczuwalny jest brak lekarzy specjalistów pracujących poza aglomeracją trójmiejską.</p> <p>Z przeprowadzanych prognoz wynika, że w województwie pomorskim może dojść do spadku liczby pielęgniarek i położnych w wieku 25-59 lat w odpowiednio 36% i 18% w przeciągu 10 lat (do końca 2029 r.)</p>	W województwie pomorskim obserwujemy niższą niż średnio w kraju liczbę kadry lekarskiej, pielęgniarskiej, położniczej w przeliczeniu na 100 tys. ludności.	<p>Uruchomienie w najbliższych latach większej liczby miejsc na uczelniach medycznych i uczelniach ogólnych z wydziałami o kierunkach medycznych.</p> <p>Opracowanie i wdrożenie systemu motywacyjnego dla absolwentów szkół średnich do studiowania pielęgniarstwa i położnictwa.</p> <p>Stworzenie systemu motywacyjnego do pracy poza aglomeracją miejską.</p>

Sprzęt medyczny	12.2.	<p>W 2020 r. 2295 lekarzy nie posiadało specjalizacji, wskaźnik na 100 tys. ludności wynosił 97,9 i był wyższy od średniego wskaźnika dla Polski o 15,5 (82,4 na 100 tys. ludności).</p> <p>Uwzględniając potrzeby wynikające z wymienialności pokoleniowej oraz rekomendacji, największą liczbę miejsc specjalizacyjnych potrzebnych w 2020 r. oszacowano w następujących dziedzinach: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, psychiatria, geriatryka oraz medycyna pracy.</p>	<p>Niedobór kadry lekarskiej wynikający z wymienialności pokoleniowej.</p> <p>Utrzymuje się wysoki wskaźnik lekarzy pracujących bez specjalizacji.</p>	<p>Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych.</p> <p>Opracowanie i wdrożenie programu zachęcającego młodych lekarzy do podejmowania specjalizacji, w których obserwowany jest głęboki deficyt.</p>
	12.3.	<p>Liczba diagnostów osiągnęła 880, a średnia ich wieku 42,06, wskaźnik na 100 tys. ludności wynosił 36,7 przy średniej dla Polski 40,58. Średnia wieku utrzymała się na tym samym poziomie.</p>	<p>Niedostateczna liczba diagnostów w województwie.</p>	<p>Zwiększenie przyjęć na studia przygotowujące do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego oraz zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych dla diagnostów laboratoryjnych.</p>
	13.1.	<p>Województwo posiadało akceleratory zlokalizowane w dwóch powiatach: m. Gdańsk i Gdynia.</p> <p>Liczba akceleratorów/100 tys. ludności w województwie osiągnęła poziom trzeciego najniższego wyniku w kraju (0,26 przy 0,44 dla średniej krajowej).</p> <p>Średni wiek aparatów w m. Gdańsk to 12 lat na których wykonano średnio 820 procedur rocznie.</p>	<p>Szacuje się, że w 2021 r. 66% akceleratorów w województwie osiągnie wiek uniemożliwiający efektywne wykonywanie procedur, a cała baza sprzętowa powinna zostać wymieniona do 2027 r.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>Sukcesywna wymiana akceleratorów.</p>

	<p>W Gdyni średni wiek sprzętu był niższy i wynosił 8 lat, jednak wykonywało się tam mniej badań, około 560 procedur rocznie.</p> <p>Oznacza to, że możliwości akceleratorów w Gdyni nie były w pełni wykorzystywane. Ze względu na małą liczbę wykonywanych procedur 50% aparatów posiadała średni priorytet do wymiany.</p>		
13.2.	<p>Województwo posiadało angiografy rozmieszczone w dziewięciu powiatach.</p> <p>Liczba angiografów/100 tys. ludności wynosiła 1,15 przy średniej krajowej 0,97.</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wahał się od 2 do 15 lat. Najstarsze angiografy były w m. Gdańsk, gdzie wg stanu na 2019 r. aż 7 na 9 aparatów miało 10 lat lub więcej. Średnia roczna liczba wykonanych procedur w powiatach oscylowała w przedziale 500-700.</p> <p>Wysoki priorytet do wymiany miało 8 angiografów (30%), z czego aż 6 z tych aparatów znajdowało się w Gdańsku.</p>	<p>Dostępność angiografów w województwie była lepsza niż w kraju.</p> <p>W 2023 r. ok. 80% angiografów osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>Sukcesywna wymiana akceleratorów.</p>
13.3.	<p>Aparaty do brachyterapii zostały rozmieszczone w dwóch powiatach: m. Gdańsk i Gdynia.</p> <p>Odległość od najbliższego sprzętu była największa dla mieszkańców powiatu człuchowskiego (101 km).</p>	<p>Wysoki wiek sprzętu może nie pozwalać na efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Zachodzi konieczność wymiany sprzętu.</p>

	<p>Liczba aparatów do brachyterapii/100 tys. ludności wynosiła 0,09, przy średniej krajowej 0,14.</p> <p>Aparaty były w wieku 10 i 11 lat, wykonywały odpowiednio 240 i 370 procedur rocznie.</p>		
13.4.	<p>Województwo posiadało aparaty ECMO zlokalizowane w dwóch miastach: Gdańsk i Gdynia.</p> <p>Średni wiek aparatów w Gdańsku wynosił 8 lat, w Gdyni 2 lata.</p>	<p>Wysoki wiek sprzętu zlokalizowanego w Gdańsku, może nie pozwalać na efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Wskazana wymiana sprzętu.</p>
13.5.	<p>Województwo posiadało aparaty gammakamera zlokalizowane w dwóch miastach: Gdańsk i Gdynia.</p> <p>Liczba aparatów gammakamera/100 tys. ludności była najniższa w kraju (0,17 przy średniej krajowej 0,42).</p> <p>W Gdańsku znajdował się tylko jeden aparat (w wieku 9 lat), który wykonywał około 3 200 procedur rocznie.</p> <p>W Gdyni średni wiek aparatu to 5,5 lat, ze średnią liczbą wykonywanych procedur na poziomie 900/rok.</p>	<p>Do 2023 r. 75% sprzętów przekroczy wiek umożliwiający efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>Wskazana wymiany sprzętu.</p>
13.6.	<p>Województwo posiadało mammografy rozmieszczone w 13 powiatach.</p> <p>Liczba aparatów mammograficznych/100 tys. ludności była najniższa w kraju.</p>	<p>Uwzględniając eksploatację i wiek, do 2022 r. 75% mammografów przekroczy wiek umożliwiający efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p>

	<p>Mammografy stacjonarne w województwie wg stanu na 2019 r., miały od 1 do 24 lat.</p> <p>Eksploatacja sprzętu była zróżnicowana, od 200 do 3 000 badań/rok.</p> <p>Najniższe średnie wykorzystanie w powiecie kwidzińskim, a największe w powiecie tczewski (w tym powiecie był tylko jeden aparat w wieku 19 lat).</p>		
13.7.	<p>Na terenie województwa funkcjonował jeden aparaty PET zlokalizowany w m. Gdańsk.</p> <p>Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym zlokalizowany był aparat PET był powiat słupski (118 km).</p> <p>Sprzęt był w wieku 10 lat, wykonywał około 2 700 procedur rocznie i miał niski priorytet do wymiany.</p>	<p>Wiek sprzętu (10 lat) może uniemożliwiać efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Wskazana wymiana sprzętu.</p>
13.8.	<p>Województwo posiadało rezonanse magnetyczne zlokalizowane w ośmiu powiatach. W każdym powiecie średni wiek aparatów był poniżej 8,5 lat.</p> <p>Średnia roczna wykonywana liczba procedur w powiatach oscylowała od ok. 650 w m. Sopot do prawie 3 200 w pow. wejherowskim.</p> <p>Duży udział sprzętu w średnim wieku o stosunkowo małej liczbie badań wykonywanych rocznie sprawia, że 85% aparatów miało niski priorytet do wymiany,</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p>	<p>Konieczna wymiana 2 rezonansów magnetycznych, ze względu na wiek.</p> <p>W perspektywie czasu, do 2027 r., należy wymienić 100% obecnych zasobów.</p>

	a tylko 2 aparaty znalazły się w grupie o wysokim priorytecie do wymiany.		
13.9.	<p>Województwo posiadało tomografy komputerowe rozmieszczone w 18 powiatach.</p> <p>Średni wiek w powiatach wynosił od 1 roku w m. Sopot i pow. człuchowskim, do 10 lat w pow. kwidzyńskim. Średnie wykorzystanie aparatów wahało się od 180 procedur/rok (m. Sopot) do 7 tys. (m. Słupsk).</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>Do 2023 r. 64% aparatów TK osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Prognozuje się, że 14,3% tomografów komputerowych w województwie pomorskim osiągnie wysoki priorytet do wymiany, 16,7% priorytet średni do wymiany.</p> <p>Do 2030 r. wszystkie posiadane TK będą do wymiany.</p>
13.10.	<p>Województwo posiadało aparaty RTG zlokalizowane we wszystkich powiatach tego województwa.</p> <p>Średni wiek sprzętu w połowie powiatów przekraczał 10 lat. Najstarsze aparaty były w pow. kwidzyńskim, a najmłodsze w pow. wejherowskim.</p> <p>Średnia liczba wykonywanych badań w powiatach była bardzo zróżnicowana, od 130 procedur/rok w m. Gdańsk do 2 500 procedur/rok w pow. lęborskim.</p> <p>Niski priorytet do wymiany posiadało 74% aparatów RTG, a wysoki 25%.</p>	<p>Według prognoz zapotrzebowania w 2023 r. 55% aparatów RTG osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Sukcesywna wymiana wyeksploatowanego sprzętu.</p>

Załącznik 12.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	Do 2050 r. liczba ludności spadnie do niecałych 3,7 mln, będzie to najwyższy spadek spośród wszystkich województw - ubędzie 816,6 tys. mieszkańców (spadek o 18,2%). Wystąpi znaczne zmniejszenie liczby osób w wieku 15-64 lat, zaś zwiększy się liczba osób starszych. Spodziewany jest przyrost odsetka osób starszych 65+ do 33,95% (z 19,2% w 2019 r.), w tym 11,23% w grupie wiekowej 80+. Od kilku lat obserwowany jest niski wskaźnik dzietności, który w 2019 r. wyniósł 1,36 (w miastach kształtował się na poziomie 1,35, a na wsi 1,39). Utrzymująca się wyższa liczba zgonów niż urodzeń spowodowała wystąpienie ujemnego przyrostu naturalnego (ubytku naturalnego ludności) o 11,3 tys.	W związku ze starzeniem się populacji oraz z malejącą liczbą kobiet w wieku rozrodczym, województwo będzie w czołówce pod względem zmniejszającej się liczby mieszkańców (5. miejsce wśród województw, jeśli chodzi o procentowy spadek liczby ludności), co skutkować będzie w dalszym ciągu brakiem zastępowalności pokoleniowej.	nie dotyczy
	1.2.	Prognozuje się, że do 2050 r. ludność miast zmniejszy się aż o 22,5%, podczas, gdy ludność wsi spadnie o zaledwie 3,9%. Związane to będzie głównie z migracją z miast na tereny podmiejskie	Należy rozważyć zmianę lokalizacji punktów opieki zdrowotnej, które powinny znajdować się najbliżej pacjenta, w szczególności podstawowej	nie dotyczy

	i rozlewaniem się samych miast (tzw. suburbanizacja).	opieki zdrowotnej. Zmianie ulegnie również zapotrzebowanie na miejsce świadczenia usług takich jak opieka dzienna nad osobami starszymi i innych usług wymagających częstej interakcji z pacjentem.	
1.3.	Długość życia mężczyzn nie odbiega znacznie od średniej w kraju, która wynosi 74,1 lat, w przeciwieństwie do wieku kobiet, który jest krótszy od średniej krajowej o rok i znajduje się na ostatnim miejscu wśród wszystkich województw.	nie dotyczy	nie dotyczy
1.4.	Współczynnik zgonów niemowląt (liczba zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych) był w województwie na 2. miejscu wśród województw - wyniósł 4,62 (średnia dla Polski – 3,77), wskaźnik był wyższy dla mieszkańców miast niż wsi (odpowiednio 4,91 i 3,75), co jest tendencją odwrotną do tej występującej w kraju, gdzie wskaźnik zgonów niemowląt jest nieco niższy w miastach niż na wsi. Wskaźnik ten był najwyższy wśród wszystkich województw w przypadku dzieci w wieku 1-11 miesięcy (1,68).	Umieralność niemowląt pozostaje zagadnieniem wymagającym wnikliwych badań i analiz. Głównymi przyczynami zgonów noworodków są: przedwczesne rozwiązanie, niska masa urodzeniowa, powikłania przy porodzie czy infekcje, takie jak zapalenie płuc czy sepsa. Do istotnych czynników umieralności niemowląt w przekroju miast i wsi należą przede wszystkim: zanieczyszczenie środowiska, sytuacja na rynku pracy i warunki mieszkaniowe oraz poziom służby zdrowia.	nie dotyczy

Epidemiologia i prog. epid.	1.5.	<p>Od kilkudziesięciu lat w województwie utrzymuje się wysoka liczba zgonów (51766 zgonów w 2019 r. co daje 2. miejsce w kraju).</p> <p>Natomiast współczynnik zgonów na 1000 ludności plasuje województwo na 3 miejscu pod względem najwyższej wartości współczynnika w skali kraju (11,4).</p>	<p>Jedną z przyczyn obserwowanej w dłuższej perspektywie tendencji wzrostu liczby zgonów, jest wzrost udziału osób starszych w ogólnej liczbie ludności (w przypadku osób w wieku 65 lat i więcej z 16,1% w 2014 r. do 19,2% w 2019 r.).</p> <p>Biorąc pod uwagę relację przyrostu naturalnego i salda migracji stałej, województwo należało do grupy województw nieaktywnych demograficznie, czyli wyludniających się. Spadek ludności był spowodowany w większym stopniu ujemnym przyrostem naturalnym niż ujemnym saldem migracji (-11,3 tys. wobec -4,7 tys.).</p>	nie dotyczy
	2.1.	<p>Analizując sytuację epidemiologiczną w województwie, na pierwszy plan wśród problemów zdrowotnych wysuwają się choroby układu krążenia i nowotwory. Problemy zdrowotne z tych dwóch podgrup odpowiadają sumarycznie za 76% liczby wszystkich zgonów oraz za 47% DALY.</p>	<p>Problemami zdrowotnymi, które w największym stopniu obciążają społeczeństwo są choroby układu krążenia i nowotwory oraz cukrzyca i schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego</p>	nie dotyczy

2.2.	Choroba niedokrwienna serca od lat stanowi największy problem zdrowotny, zarówno pod względem wartości DALY, jak i liczby zgonów będących jej następstwem. Jest to największy problem na Śląsku, jak i w Polsce, przy czym wartość DALY w województwie była o 9% wyższa niż średnio dla Polski. Szacowany jest wzrost wartości chorobowości w latach 2020-2028.	Choroba niedokrwienna serca stanowi i nadal będzie stanowić wyzwanie dla ochrony zdrowia w województwie.	nie dotyczy
2.3.	Udar to jeden z problemów zdrowotnych najbardziej obciążający mieszkańców województwa - odnotowano dwukrotnie wyższą wartość wskaźnika YLD dla udarów niż dla choroby niedokrwiennej serca., która jest chorobą przewlekłą.	nie dotyczy	nie dotyczy
2.4.	Nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną zgonów. Wśród nich największy udział mają: nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy, które odpowiadają za ok. 12% wszystkich zgonów w województwie. Wśród kobiet istotną przyczyną zgonów stanowił również nowotwór złośliwy sutka, natomiast u mężczyzn – nowotwór złośliwy gruczołu krokowego – w jego przypadku odnotowano prawie dwukrotny wzrost liczby zgonów w porównaniu z 1999 r.	Choroby nowotworowe stanowią i będą stanowić poważny problem dla zdrowia i życia mieszkańców województwa.	nie dotyczy

	<p>Liczba zgonów na 100 tys. ludności wzrosła aż o 35% w latach 1999-2019. Prognozy wskazują, że liczba ta będzie nadal wzrastać - do 2028 r. aż o 11% w porównaniu z 2019 r, przy jednoczesnym wzroście chorobowości o 4%.</p> <p>Szacuje się, że liczba zgonów spowodowana przez nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy wzrośnie do 2028 r. odpowiednio o 12% i 15%.</p>		
2.5.	<p>Od 1999 r. wartość DALY dla choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych wzrosła prawie dwukrotnie. Podobna tendencja dotyczy wartości pozostałych wskaźników - liczby zgonów, zapadalności oraz chorobowości. W 2019 r. odpowiadały one za 5% zgonów.</p> <p>Z prognoz wynika, że ludzie coraz częściej będą umierać na choroby układu nerwowego (o 28% więcej zgonów w 2028 r. w porównaniu do 2019 r., wzrost ten jest jednym z najwyższych w porównaniu do innych województw), w tym szczególnie na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne (o 30%).</p>	Alarmujący jest wzrost znaczenia oraz prognozy dotyczące choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych.	nie dotyczy
2.6.	W grupie wiekowej 15 a 49 lat zgony spowodowane marskością wątroby i innymi przewlekłymi chorobami wątroby oraz zaburzeniami związanymi	nie dotyczy	nie dotyczy

	<p>z nadużywaniem alkoholu odpowiadały za 17% wszystkich zgonów, co wskazuje na pilną potrzebę rozwiązania problemu uzależnień oraz stygmatyzacji osób uzależnionych.</p> <p>Zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu uplasowały się na drugim miejscu pod względem wartości wskaźnika DALY (w porównaniu z 9 w 1999 r.).</p> <p>Prognozuje się, że do 2028 r. przyrost liczby zgonów w tej grupie wiekowej dla zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu wyniesie 9,4%, podobnie jak dla marskości wątroby i innych przewlekłych chorób wątroby (8,4%).</p>		
2.7.	<p>Problemami zdrowotnymi, które są głównymi przyczynami życia w niesprawności to ból dolnego odcinka kręgosłupa oraz cukrzyca– sumarycznie stanowią prawie 20% wartości YLD oraz 6% chorobowości.</p> <p>Wskaźnik YLD dla cukrzycy w porównaniu do 1999 r. wzrósł dwukrotnie, natomiast dla bólu dolnego odcinka kręgosłupa o 6%.</p> <p>Oba problemy zdrowotne odnotują do 2028 r. wzrost wartości chorobowości, przy czym wzrost liczby chorych na cukrzycę w porównaniu do 2019 r.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		wyniesie 32%, zaś dla bólu dolnego odcinka kręgosłupa – 9,6%.		
	2.8.	<p>Odnotowano wzrost wartości YLD o 37% w porównaniu z 1999 r. w przypadku utarty słuchu związanej z wiekiem oraz innymi przyczynami. Tendencję rosnącą zaobserwowano również w przypadku chorobowości.</p> <p>Z prognozy wynika, że dla tego problemu zdrowotnego prognozowany jest 11% wzrost chorobowości.</p>	Utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami stanowi coraz większe obciążenie dla społeczeństwa.	nie dotyczy
	3.1.	Województwo było 2. województwem w rankingu, jeżeli chodzi o udział wszystkich czynników ryzyka w utracie DALY (ok. 11% więcej niż w Polsce) i 3. jeżeli chodzi o udział w zgonach (o ok. 9% więcej niż w Polsce).	Czynniki ryzyka odgrywają dużą rolę w utracie DALY i liczbie zgonów w regionie.	<p>Edukacja zdrowotna na temat wpływu czynników ryzyka na stan zdrowia może pozytywnie wpływać na wartości wskaźników (DALY, zgony). Szczególną rolę w tym zakresie powinien odgrywać POZ.</p> <p>Działania z zakresu zdrowia publicznego powinny być dopasowane do najbardziej obciążających czynników ryzyka.</p>
	3.2.	Tytoń jest zarówno czynnikiem ryzyka, który najbardziej wpływa na DALY (5,8 tys. na 100 tys. ludności; 9. miejsce w rankingu województw) jak i ma znaczny udział w zgonach (ok. 216 na 100 tys.	Mimo tego, że wpływ tytoniu na DALY od 1990 r. spada, nadal jest on czynnikiem ryzyka, który w największym stopniu na niego wpływa,	Upowszechnienie informacji dotyczących zagrożeń wynikających z używania

	<p>ludności; 3. miejsce w rankingu). W przypadku mężczyzn tytoń wpływa prawie 2 razy bardziej na utratę DALY, jak i na liczbę zgonów. Od 2010 r. udział tytoniu w DALY u kobiet zwiększył się o ok. 11%, a w zgonach o ok. 17%). Wśród mężczyzn w analogicznym okresie wartości wskaźników zmniejszyły się odpowiednio o ok. 9% i ok. 4%. W województwie sprawozdano realizację tylko jednego programu z zakresu profilaktyki palenia tytoniu.</p>	<p>a wśród populacji mężczyzn stanowi główny czynnik ryzyka na utratę DALY oraz na liczbę zgonów. W populacji kobiet problem palenia tytoniu rośnie w ostatnich latach.</p>	<p>wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych.</p> <p>Realizacja programów z zakresu profilaktyki palenia tytoniu.</p>
3.3.	<p>W rankingu udziału spożywania alkoholu w DALY i zgonach województwo jest na drugim miejscu wśród wszystkich województw, zaraz za województwem łódzkim (przekraczając wartości dla Polski odpowiednio o ok. 13% i 16%). Alkohol jest drugim z kolei behawioralnym czynnikiem ryzyka, który dominuje w utracie DALY u mężczyzn (wartość prawie 7-krotnie razy wyższa niż w przypadku kobiet).</p>	<p>Spożywanie alkoholu to częsty behawioralny czynnik ryzyka, który wpływa na utratę DALY, zwłaszcza wśród mężczyzn.</p>	<p>Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących ryzyka wynikającego ze spożywania alkoholu. Poszerzanie i udoskonalanie oferty leczenia uzależnienia od alkoholu. Większe natężenie działań powinno być skierowane do mężczyzn.</p>
3.4.	<p>Porównując dane z 2010 r. oraz 2019 r. można zauważyć, że w 2019 r. znacząco wzrósł wpływ wysokiego stężenia glukozy w osoczu na czczo na DALY (wzrost o ok. 27%; był to trzeci z kolei czynniki o najwyższym udziale w DALY dla kobiet i mężczyzn łącznie). Zwiększył się również wpływ niskiej aktywności fizycznej (wzrost o ok.16%) oraz niskiej</p>	<p>Czynniki ryzyka takie jak: wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo, niska aktywność fizyczna, niska gęstość mineralna kości oraz wysoki indeks BMI w ostatnich latach zwiększają swój wpływ na DALY.</p>	<p>Podejmowanie inicjatyw upowszechniających prawidłowe żywienie, upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej,</p>

	<p>gęstości mineralnej kości (wzrost o ok. 16%) na DALY. Czynnikiem ryzyka, który przyczynia się do rozwoju problemów zdrowotnych jest również wysoki indeks BMI, którego udział w DALY i zgonach zwiększył się od 2010 r. odpowiednio o ok. 10% i 14%.</p>		<p>oraz prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej.</p>
3.5.	<p>Czynniki środowiskowe stanowią ok. 15% wszystkich czynników mających wpływ na DALY. Od 1990 r. obserwuje się spadek wpływu zanieczyszczeń powietrza na DALY (o ok. 38%) oraz na zgony (o ok. 30%), jednakże pomimo znacznej poprawy województwo ma najwyższy udział tego czynnika w DALY oraz w zgonach wśród wszystkich województw (odchylenie od średniej Polskiej odpowiednio o 35% oraz 31%).</p>	<p>Istotnym problemem w województwie są zanieczyszczenie powietrza, które mają największy wpływ na DALY oraz liczbę zgonów wśród wszystkich województw.</p>	<p>Edukacja zdrowotna w zakresie wpływu czynników środowiskowych, w tym wpływu zanieczyszczenia powietrza, pozytywnie wpłynie na zdrowie mieszkańców województwa.</p> <p>Działania w tym zakresie powinny być podejmowane wielosektorowo.</p>
3.6.	<p>Zgłaszalność na badanie cytologiczne wyniosła ok. 21% i była większa niż średnio w Polsce (17,3%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe zmniejszyła się w stosunku do 2018 r. z 22,3% do 21,1% rocznej populacji do przebadania. Zapadalność na nowotwór złośliwy szyjki macicy w przeliczeniu na 100 tys. kobiet wynosi 19,1 (wartość dla Polski: 16,5)). Liczba zgonów na 100 tys. kobiet wynosi 12,3 (wartość dla Polski: 10,7).</p>	<p>Zgłaszalność na badania cytologiczne, tak jak i w całym kraju, jest na bardzo niskim poziomie. Zgłaszalność kobiet na mammografię jest niższa niż średnio w Polsce. Mierniki epidemiologiczne dotyczące nowotworu złośliwego szyjki macicy oraz nowotworu złośliwego sutka zapadalność i liczba zgonów przewyższają średnie wartości dla kraju.</p>	<p>Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe, w tym na badania cytologiczne i mammografię oraz działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.</p>

Podstawowa opieka zdrowotna		W kierunku nowotworu piersi przebadano ok. 61% kobiet (w Polsce ok. 64%). Najczęściej wybierano mobilne miejsce diagnostyki (ok. 55%). Zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w przeliczeniu na 100 tys. kobiet jest wyższa niż średnia dla kraju (109,7 vs. 93,5 dla Polski), podobnie jak liczba zgonów na 100 tys. kobiet (43,5 vs. 37,6 dla Polski).		
	4.1.	Na terenie województwa funkcjonowało 759 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w ramach lekarza POZ (1 147 miejsc udzielania świadczeń), 754 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń przez pielęgniarkę POZ (978 miejsc udzielania świadczeń) oraz 684 podmioty lecznicze udzielające świadczeń przez położną POZ (847 miejsc udzielania świadczeń). Analiza dostępności do świadczeń wskazała, że na terenie wszystkich gmin funkcjonują poradnie podstawowej opieki zdrowotnej. W dwóch gminach Irządze i Ujsoły nie są zakontraktowane świadczenia pielęgniarki POZ, a w przypadku świadczeń położnej POZ w pięciu gminach, tj. Irządze, Jejkowice, Kornowac, Ślemień i Ujsoły.	Dostęp do świadczeń POZ został zapewniony we wszystkich gminach w województwie.	Utrzymanie obecnego poziomu zabezpieczenia mieszkańców do dostępności do świadczeń POZ.
	4.2.	Młodzi mężczyźni zapisani na listy aktywne POZ korzystają z tych usług najrzadziej zarówno w Polsce jak i w województwie (66% zapisanych mężczyzn	Młodzi mężczyźni najrzadziej korzystają z usług lekarza POZ.	Należy podjąć działania nakierowane na edukację zdrowotną mężczyzn, w celu

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		w wieku 19-30 lat oraz 41-50 lat, oraz 63% mężczyzn w wieku 31-40 lat).		przełamania bariery przed aktywnym korzystaniem przez mężczyzn z pomocy opieki zdrowotnej zanim nastąpi kryzys zdrowotny. Wzmocnienie roli POZ w profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Tak aby pacjent wymagał leczenia specjalistycznego w jak najpóźniejszym etapie swojego życia.
	5.1.	<p>W wielu poradniach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej czas oczekiwania na wizytę do specjalisty jest bardzo długi.</p> <p>Najdłuższy przeciętny czas oczekiwania dotyczy:</p> <ul style="list-style-type: none"> – poradni genetycznej dla dzieci – 468 dni, – świadczeń z zakresu endokrynologii – 303,67 dni w przypadkach stabilnych, – poradni genetycznej – 282,6 dni, <p>W przypadkach pilnych kolejka o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania dotyczy:</p> <ul style="list-style-type: none"> – poradni neurochirurgicznej – 189,8 dni, – poradni chorób zakaźnych 184 dni, – poradni audiologicznej 172 dni. 	<p>Istniejące ograniczenia w zakresie dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych.</p> <p>Długi czas oczekiwania na leczenie skutkuje pogorszeniem się zarówno stanu zdrowia jak również sytuacji finansowej pacjentów (absencja chorobowa, świadczenia rehabilitacyjne i rentowe).</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu AOS, w tym poprzez zwiększenie liczby specjalistów w zakresach świadczeń zdrowotnych wskazujących na największe zapotrzebowanie pacjentów w województwie, które determinowane jest czynnikami demograficzno-epidemiologicznymi (i prognozami w tym zakresie) w tym w szczególności ze względu na starzenie się populacji i prognozowanym zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi</p>

	<p>W województwie w latach 2015-2019 można zaobserwować spadek liczby porad (z 12,1 mln do 11,3 mln) oraz pacjentów leczących się w poradniach specjalistycznych, które miały podpisany kontrakt z NFZ.</p> <p>W ciągu ostatnich kilku lat obserwuje się spadek liczby poradni udzielających świadczeń w ramach NFZ, między 2015 a 2019 r. ich liczba spadła o 193 poradnie.</p>		<p>zdrowotne, w tym rehabilitacyjne.</p>
5.2.	<p>Największa liczba poradni ogółem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców występuje głównie w miastach na prawach powiatu: w Katowicach (15,3), Piekarach Śląskich (11,81), Tychach (11,52).</p> <p>Poza miastami na prawach powiatów dużą liczbą poradni charakteryzuje się również powiat myszkowski (13,4), bieruńsko-lędziński (9,7) oraz będziński (9,25).</p> <p>Najmniejsza liczba poradni występuje w powiatach: kłobuckim (2,84), rybnickim i m. Rybnik (3,51) oraz żywieckim (3,73).</p>	<p>Obserwuje się dysproporcje w dostępności do poradni specjalistycznych między miastami na prawach powiatu oraz powiatami ziemskimi. Placówki wysokospecjalistyczne skoncentrowane są w ścisłym centrum aglomeracji natomiast na obrzeżach województwa można zaobserwować niskie nasycenie podmiotów leczniczych.</p>	<p>Zmniejszenie nierówności w dostępie do AOS w skali powiatów, w szczególności w odniesieniu do poradni charakteryzujących się największym zapotrzebowaniem ze strony pacjentów, tj. poradni kardiologicznych, okulistycznych, endokrynologicznych, diabetologicznych, urologicznych – w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.</p>

Leczenie szpitalne	6.1.	<p>Województwo posiada największą bazę szpitalną w Polsce. Jest drugim województwem o największej liczbie szpitali włączonych do systemu PSZ.</p> <p>Rozmieszczenie łóżek funkcjonujących w podmiotach opieki stacjonarnej - w poszczególnych powiatach i miastach na prawach powiatu na terenie województwa jest zróżnicowane.</p> <p>W województwie w bliskich odległościach funkcjonują podmioty lecznicze powielające świadczenia, prowadzi to do zmniejszenia jednostkowych kontraktów NFZ zawieranych z tymi podmiotami i pogorszenia ich efektywności oraz sytuacji finansowej.</p>	<p>Istotnym problemem jest nieproporcjonalne rozmieszczenie zasobów, które nie w pełni odpowiada lokalnym potrzebom mieszkańców. Prowadzi to do m.in. do migracji pacjentów w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, ograniczenia jakości świadczeń lub dostępu do nich. Obserwujemy również rozdrobnienie szpitali, co przekłada się na rozproszenie zasobów i nieefektywne ich wykorzystanie.</p>	<p>Konsolidacja udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych w skali województwa i tworzenie jednostek wyspecjalizowanych w celu zapewnienia wysokiego standardu opieki, obniżenia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz racjonalizacji wykorzystania kadr medycznych i optymalnego zagospodarowania infrastruktury.</p>
	6.2.	<p>Liczba pielęgniarek na 100 tys. ludności wynosiła 705 (w Polsce 621). Wartość ta jest o 24% mniejsza niż w województwie mazowieckim (największa wartość wskaźnika wśród województw), natomiast o 30% więcej od województwa lubuskiego, pozostającego na ostatnim miejscu w rankingu województw.</p> <p>Kadra medyczna charakteryzuje się, w większości grup zawodowych, stosunkowo wysokim średnim wiekiem. Wśród pielęgniarek i lekarzy średni wiek wynosił ok. 50 lat. Wartości te świadczą o przeważającej grupie osób, która osiągnęła już</p>	<p>Uwzględniając potrzeby i możliwości systemu koncentracja kadry medycznej i sprzętu w miejscach udzielania wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych umożliwi koordynację i optymalizację wykorzystania zasobów kadrowych.</p>	<p>Koncentracja kadry medycznej i sprzętu w miejscach udzielania wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych umożliwi koordynację i optymalizację wykorzystania zasobów kadrowych.</p>

	<p>wiek emerytalny lub osiągnięcie go w przeciągu kilkunastu lat. Jednocześnie wskazuje to na mały udział młodych osób w kadrze medycznej.</p> <p>Analizując kwestie różnicy pomiędzy lekarzami specjalistami osiągającymi wiek emerytalny a lekarzami uzyskującymi tytuł specjalisty oraz rekomendowanej liczby lekarzy specjalistów, największe zapotrzebowanie na miejsca specjalizacyjne w 2020 r. oszacowano w chorobach wewnętrznych, medycynie rodzinnej, psychiatrii, pediatrii, geriatrii, medycynie pracy oraz medycynie ratunkowej.</p>		
6.3.	<p>Nowotwory – mierzone wartością DALY – to jeden z najistotniejszych problemów zdrowotnych, to także druga najczęstsza przyczyna zgonów. Liczba zgonów na 100 tys. ludności z powodu nowotworów wzrosła aż o 35% w latach 1999-2019. Prognozy wskazują, że liczba ta będzie nadal wzrastać.</p>	<p>W województwie jest zbyt mała liczba jednostek świadczących wysokospecjalistyczną opiekę onkologiczną. Stale rosnąca liczba pacjentów cierpiących na choroby onkologiczne, ma przełożenie na wydłużający się czas oczekiwania na wdrożenie terapii onkologicznej. Ze względu na sytuację epidemiologiczną oraz liczebność populacji województwa skala zjawiska będzie dużo większa niż w pozostałych województwach Polski.</p>	<p>Koncentracja świadczeń z zakresu onkologii, w celu zapewnienia kompleksowości świadczeń obejmujących również rehabilitację oraz opiekę paliatywną.</p>
6.4.	<p>Szczególnie północna część województwa (obszar dawnego województwa częstochowskiego) oraz</p>	<p>Istnieją dysproporcje w dostępie do świadczeń między poszczególnymi</p>	<p>Dywersyfikacja świadczeń w skali regionu i ich dostosowanie do</p>

	<p>południowo-zachodnia część województwa nie posiada wystarczającej liczby lekarzy specjalistów. Duże ośrodki medyczne skoncentrowane są w ścisłym centrum województwa (subregion centralny) oraz w dużych ośrodkach miejskich. Peryferia województwa odznaczają się niskim wysyceniem podmiotów leczniczych.</p> <p>Wskazać należy, że na terenie 2 powiatów: rybnickiego oraz bieruńsko – lędzińskiego żaden podmiot nie realizuje świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne w ramach umów zawartych ze Śląskim OW NFZ.</p>	<p>regionami województwa (największa koncentracja jednostek ochrony zdrowia występuje na obszarze tzw. metropolii górnośląskiej), jak również w podziale środków finansowych przeznaczonych na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców pomiędzy poszczególnymi częściami województwa.</p>	<p>potrzeb epidemiologicznych mieszkańców województwa.</p> <p>Wspieranie działań mających na celu poprawę dostępności, przystosowanie bieżących działalności do potrzeb mieszkańców m.in. poprzez rozszerzenie zakresu wykonywanych świadczeń, zmiany profilu usług, szkolenie kadry medycznej, poprawę jakości świadczonych usług.</p>
6.5.	<p>W województwie znajdowało się 1 255 łóżek intensywnej opieki medycznej - wyodrębnionych spośród łóżek oddziału specjalistycznego szpitala z przeznaczeniem dla chorych wymagających wzmożonego nadzoru i niespełniających kryteriów medycznych przyjęcia do OAiIT oraz 237 łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego.</p> <p>Liczba łóżek w OAiIT wynosiła 473 (w tym 85 dla dzieci).</p>	<p>W województwie potrzeby zdrowotne w zakresie intensywnej terapii będą systematycznie rosły w związku ze starzeniem się społeczeństwa.</p> <p>Obserwuje się zbyt niską dostępność do świadczeń w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR), dla mieszkańców województwa spowodowana niewielką liczbą uruchomionych i funkcjonujących SOR w stosunku do pozostałych województw, w tym SOR dziecięcych.</p>	<p>Podniesienia poziomu i jakości świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nagłych stanów zagrożenia życia, w tym poprawa dostępności do świadczeń w oddziałach intensywnej terapii, jak również optymalizacja rozlokowania łóżek na ww. oddziałach.</p>

6.6.	Spośród wizyt w POZ tylko 4,84% stanowiły wizyty w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zestawiając to z danymi dotyczącymi liczby pacjentów, którym udzielono pomocy na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych oraz analizie grup rozpoznań, z jakimi zgłaszają się pacjenci na SOR, można wywnioskować, że NiŚOZ nie jest należycie wykorzystywaną formą pomocy.	Na SOR trafia wielu pacjentów, którzy nie wymagają natychmiastowej pomocy medycznej i mogliby ją uzyskać w POZ lub ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, co znacząco obciąża te oddziały i doprowadza do zmniejszenia ich wydajności.	Optymalizacja funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych,
6.7.	W województwie jest 7 funkcjonujących oddziałów chorób zakaźnych. Średni poziom obłożenia łóżek na oddziałach zakaźnych wyniósł 71,37%. Jedynie u 2 świadczeniodawców poziom obłożenia łóżek wskazuje na pełne wykorzystanie potencjału, pozostałe przypadki wskazują na większy potencjał wykonawczy niż poziom zrealizowanych świadczeń. Sytuacja całkowicie uległa zmianie w związku z wystąpieniem epidemii COVID-19.	Aktualna sytuacja epidemiczna wskazuje na potrzebę zwiększenia dostępności do oddziałów chorób zakaźnych oraz zakontraktowania oddziału chorób zakaźnych dla dzieci. Wzrost zagrożeń w wyniku niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej migracji ludności i pogarszającej się wyszczepialności w populacji, będzie w ciągu kolejnych lat skutkować zwiększonym występowaniem chorób zakaźnych, zakażeń bakterio- i lekoopornych.	Zapewnienie dostępności do świadczeń w zakresie chorób zakaźnych i odzwierzęcych m.in. poprzez zwiększenie liczby podmiotów poza PSZ oraz utworzenie kompleksowego ośrodka diagnostyki i leczenia chorób zakaźnych i odzwierzęcych.
6.8.	Świadczenia w zakresie neurologia – hospitalizacja A48 (kompleksowe leczenie udarów mózgu – grupa JGP) realizowane są w 22 miejscach. Dla mieszkańców subregionu bielsko – żywieckiego	W województwie nadal wzrasta liczba chorych z udarem mózgu, które prowadzą do znacznej niesprawności wśród większości pacjentów	W związku z trendami epidemiologicznymi w zakresie neurologii niezbędne jest zwiększenie liczby podmiotów

	<p>aktualnie zabezpieczane są przez 2 podmioty lecznicze. Natomiast dla mieszkańców powiatu lublinieckiego dostęp do przedmiotowych świadczeń został zabezpieczony przez podmioty zlokalizowane w sąsiednich powiatach oraz miastach na prawach powiatu. Średni poziom obłożenia łóżek wyniósł 75,46%.</p> <p>W przypadku udarów odnotowano dwukrotnie wyższą wartość wskaźnika YLD niż choroba niedokrwienna serca.</p> <p>Dane o kolejkach oczekujących na świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej wskazują, że najdłuższy czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej dotyczy m.in. rehabilitacji neurologicznej (z uwzględnieniem rozmieszczenia oddziałów przy oddziałach udarowych).</p>	<p>i jednocześnie są drugą najważniejszą przyczyną zgonów.</p> <p>Obserwuje się ograniczony dostęp do kompleksowego leczenia udaru mózgu obejmującego rehabilitację oraz opiekę poszpitalną, umożliwiającą powrót do aktywności zawodowej.</p>	<p>realizujących leczenie udaru w ramach umowy z NFZ. Należy zwiększyć liczbę podmiotów udzielających świadczeń w ww. zakresie.</p>
6.9.	<p>Ograniczona jest dostępność do świadczeń realizowanych w poniższych zakresach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ginekologia onkologiczna – hospitalizacje (1 świadczeniodawca na całe województwo), • chirurgia szczękowo – twarzowa – hospitalizacja (3 podmioty, wszystkie w subregionie centralnym), 	<p>Województwo negatywnie wypada na tle kraju, jeżeli chodzi o zapadalność na nowotwór złośliwy szyjki macicy. Prognozowany jest wzrost potrzeb zdrowotnych populacji w dziedzinie ginekologii onkologicznej.</p> <p>Na przestrzeni ostatnich lat wzrosła liczba hospitalizacji na oddziałach</p>	<p>Poprawa dostępności do świadczeń realizowanych w zakresach: ginekologia onkologiczna – hospitalizacja oraz chirurgia szczękowo-twarzowa – hospitalizacja, chirurgia szczękowo-twarzowa dziecięca – hospitalizacja.</p> <p>Należy rozważyć ograniczenie liczby oddziałów wykonujących</p>

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		<ul style="list-style-type: none"> chirurgia szczękowo – twarzowa dziecięca (w 2019 r. żaden podmiot nie realizował przedmiotowych świadczeń) <p>W województwie na przestrzeni lat 2015-2019 wzrosła o 11% liczba hospitalizacji na oddziałach chirurgii szczękowej, najczęstszą przyczyną hospitalizacji było złamanie kości czaszki i twarzoczaszki.</p> <p>W 2020 r. sfinalizowano starania o utworzenie pododdziału chirurgii szczękowej dziecięcej na oddziale otorynolaryngologii w Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie.</p>	chirurgii szczękowej, obserwujemy ograniczony dostęp do ww. świadczeń.	procedury chirurgiczne w zakresie ginekologii onkologicznej i koncentracje ww. świadczeń poprzez utworzenie ośrodków referencyjnych wyposażonych w nowoczesny sprzęt medyczny z wysoko wykwalifikowanym personelem lekarskim.
	7.1.	<p>Dostępność do leczenia dzieci i młodzieży w ambulatoryjnej psychiatrycznej opiece specjalistycznej jest ograniczona poprzez brak funkcjonującej poradni leczenia uzależnienia dla dzieci, poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla dzieci oraz terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci. Wszystkie osoby w wieku 0-18 lat przyjmowane są w poradniach terapii uzależnień dla dorosłych.</p> <p>W województwie występuje brak lub mała liczba wysokospecjalistycznych poradni: psychogeriatrycznych, leczenia nerwic, leczenia uzależnień czy seksuologicznych i patologii</p>	Niska dostępność do opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dedykowanej dzieciom i młodzieży. Utrudniony dostęp do poradni wysokospecjalistycznych.	Zwiększenie oraz wyrównanie dostępności do ambulatoryjnych świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – w szczególności do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, poradni leczenia nerwic, poradni terapii uzależnień, poradni seksuologicznych i patologii współżycia.

	<p>współzycia. Na terenie województwa znajdują się tylko dwie poradnie seksuologiczne i patologii współzycia.</p> <p>Niska dostępność do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci w poszczególnych powiatach oraz miastach na prawach powiatu. Na terenie województwa w 2020 r. znajdowało się 19 poradni z ww. zakresu: 14 finansowanych głównie przez NFZ oraz 5 poradnie z innym głównym źródłem finansowania.</p>		
7.2.	<p>Największą grupą osób w wieku 0-18, które zgłaszały się do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci były osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (F84), w tym autyzmem dziecięcym oraz zaburzeniami zachowania i emocji rozpoczynającymi się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90-F98).</p>	<p>W województwie nie ma poradni dla osób z autyzmem dziecięcym. Dzieci przyjmowane są w ramach poradni zdrowia psychicznego dla dzieci.</p>	<p>Zapewnienie dostępu do jednostek specjalistycznych zajmujących się diagnostyką i terapią całościowych zaburzeń rozwojowych (spektrum autyzmu).</p>
7.3.	<p>Obserwowany jest niedobór kadry medycznej. W poradniach z zakresu zdrowia psychicznego - na ponad 500 tys. porad udzielonych przez lekarzy, liczba lekarzy udzielających świadczeń wynosiła 501 osób, w tym 484 psychiatrów. Na prawie 147 tys. osób leczonych w ramach poradni z zakresu zdrowia psychicznego w 2020 r., 108 pielęgniarek udzielało świadczeń, w tym 27 ze specjalizacją z psychiatrii oraz 23 po kursie kwalifikacyjnym</p>	<p>Nieadekwatna liczba kadry medycznej, w stosunku do liczby udzielnych świadczeń oraz wartości rekomendowanych przez konsultanta krajowego.</p>	<p>Zapewnienie większej ilości kadry medycznej w ambulatoryjnej psychiatrycznej opiece specjalistycznej.</p>

	<p>z psychiatrii.</p> <p>W poradniach odwykowych na ponad 211 tys. porad terapeutów, specjalistów, instruktorów terapii uzależnień oraz innych terapeutów, którzy udzielali świadczeń, było ponad 240 osób. Najgorszą sytuację można zauważyć w poradniach dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, gdzie na ponad 27 tys. porad udzielonych w ramach takich poradni, przypadało 11 lekarzy i około 32 specjalistów psychoterapii uzależnień.</p> <p>W województwie występuje duży niedobór psychiatrów dzieci i młodzieży - wartość wskaźnika na 100 tys. mieszkańców wynosi 0,8 (wskaźnik dla Polski - 1,1, wartość rekomendowana¹ –2,0) i jest to jedna z najniższych wartości w porównaniu do pozostałych województw.</p>		
7.4.	<p>Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek w podmiotach psychiatrycznej opieki stacjonarnej wynosił 306,6 dni w ciągu roku, czyli łóżka były wykorzystywane w 84,0%. W najwyższym stopniu wykorzystywane były łóżka zlokalizowane w ośrodkach leczenia uzależnień (100,2%), psychiatrii sądowej (98,7%) i ośrodkach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (98,5%). W 2020 r. nadal utrzymywało się wysokie</p>	<p>W województwie nie ma dostatecznej bazy infrastrukturalnej, która zapewniłaby odpowiednią opiekę w ośrodkach leczenia uzależnień, na oddziałach psychiatrii sądowej oraz w ośrodkach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych.</p>	<p>Zapewnienie dostępności do stacjonarnej opieki psychiatrycznej poprzez dostosowanie liczby łóżek w związku ze wzrostem liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych oraz prognozami przewidującymi utrzymanie się tego wzrostu</p>

¹ Wartość rekomendowana przez konsultanta krajowego

	wykorzystanie łóżek na oddziałach przeznaczonych dla osób uzależnionych, np. w ośrodku leczenia uzależnień - 93,3% oraz na oddziałach psychiatrii sądowej – 96,9% ²). Niepokojący jest fakt, że 52,42% przyjęć do leczenia stacjonarnego osób dorosłych są to przyjęcia w trybie nagłym.		w przyszłości. Zapewnienie chorym dostępu do kompleksowej i zintegrowanej opieki zdrowotnej poprzez tworzenie coraz liczniejszych formy opieki pozaszpitalnej.
7.5.	W województwie funkcjonowały jedynie 4 oddziały/ośrodki przeznaczone dla dzieci i młodzieży, przy czym niepokojąco wysokie było wykorzystanie łóżek w ośrodku rehabilitacyjnym dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci (88,8%). Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek na oddziałach/ośrodkach przeznaczonych dla dzieci i młodzieży wynosił 82,3%. W szpitalach ogólnych funkcjonowały 2 stacjonarne oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży. Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek dla tych oddziałów był bardzo wysoki i wynosił 95,3% (w 2020 r. - 86,0%). ³ Wśród dzieci aż 58,7% wszystkich przyjęć do leczenia stacjonarnego to przyjęcia w trybie nagłym (dla zaburzeń nastroju odsetek ten wynosi aż 84%).	Wskaźniki wykorzystania istniejącej infrastruktury wskazują na pilną potrzebę rozwiązania problemu z dostępem do świadczeń zapewniających pomoc medyczną wśród dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi oraz uzależnieniami. Należy mieć na uwadze fakt, że wpływ spożywania alkoholu na liczbę zgonów w województwie jest o 40% większy niż średnio w Polsce. Podobnie kształtuje się sytuacja z używaniem narkotyków – mają one o 32% większy wpływ na liczbę zgonów ogółem w województwie niż w Polsce.	Zapewnienie dostępności do stacjonarnej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży poprzez dostosowanie liczby łóżek oraz miejsc dziennych. Zapewnienie chorym dostępu do kompleksowej i zintegrowanej opieki zdrowotnej poprzez tworzenie coraz liczniejszych formy opieki pozaszpitalnej.

² Dane na podstawie sprawozdania MZ-30 podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej (oraz dziennej)

³ Dane na podstawie sprawozdania MZ-29 o działalności szpitala ogólnego

Rehabilitacja medyczna	7.6.	Na terenie województwa nie ma zakontraktowanych świadczeń w poradni psychogeriatrycznej lub na oddziale psychogeriatrycznym. ⁴	Prognozy epidemiologiczne oraz demograficzne jednoznacznie wskazują, że niezbędne jest zapewnienie pomocy specjalistów dla osób w wieku podeszłym, w tym świadczeń psychogeriatrycznych.	Zapewnienie dostępu do opieki z zakresu zdrowia psychicznego dla mieszkańców województwa w wieku podeszłym.
	8.1.	<p>Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji (razem wszystkie formy udzielania świadczeń) w wynosiła 379 tys. (8 384 na 100 tys. ludności, 11 miejsce w Polsce).</p> <p>Z rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, czyli formy, z której korzysta najwięcej pacjentów, w skali roku liczba pacjentów w wynosiła 325 tys. (7 202 na 100 tys. ludności) i jest to wartość niższa niż średnio w skali Polski o 8%.</p> <p>Rehabilitacja dzienna – liczba pacjentów na 100 tys. ludności wynosi 642. Wartość tego współczynnika stanowi jedną z niższych wartości w skali kraju (o 25% niższa niż wartość dla Polski).</p> <p>Liczba miejsc pobytu dziennego w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 63,2 i było to o 42% mniej niż średnio w skali Polski (12. miejsce w rankingu według województw).</p>	Niższa niż w skali ogólnopolskiej dostępność do wybranych świadczeń w zakresie rehabilitacji, w tym w szczególności do rehabilitacji dziennej i domowej.	Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności w odniesieniu do pacjentów ze wskazaniami klinicznymi do objęcia rehabilitacją w czasie i w zakresie pozwalającym na optymalne wspomaganie procesu leczenia.

⁴ Na podstawie informatora o zawartych umowach przez Oddziały Wojewódzkie NFZ

	<p>Rehabilitacja domowa – liczba pacjentów na 100 tys. ludności – 93, średnio w skali kraju – 126, co stanowi o 26% mniej pacjentów niż średnio w skali kraju.</p> <p>Najdłuższy czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej dotyczy: fizjoterapii ambulatoryjnej, fizjoterapii domowej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym oraz warunkach stacjonarnych (w tym pacjenci onkologiczni), rehabilitacji neurologicznej (z uwzględnieniem rozmieszczenia oddziałów przy oddziałach udarowych), rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych (z uwzględnieniem świadczeń realizowanych na rzecz osób dorosłych).</p>		
8.2.	<p>W przypadku rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych występuje wysokie nasycenie według miejsca udzielania świadczeń na podstawie liczby pacjentów na 100 tys. ludności w centralnej części województwa: np. m. Katowice – 10 467, m. Częstochowa – 10 136 i Bielsko-Biała – 9 126. Najniższą wartość odnotowano w powiecie rybnickim – 2 659.</p> <p>W przypadku rehabilitacji w warunkach domowych występuje znaczne zróżnicowanie w dostępie do świadczeń w skali powiatów na terenie województwa - skala rozpiętości oscyluje od 369 do 22 pacjentów na 100 tys. ludności w poszczególnych</p>	Dane wskazują na zróżnicowanie w dostępie do świadczeń rehabilitacji, w szczególności w warunkach ambulatoryjnych i w warunkach domowych, przez mieszkańców poszczególnych powiatów.	Ograniczenie nierówności w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej i domowej, dla mieszkańców poszczególnych powiatów.

Opieka długoterminowa		powiatach. W niektórych powiatach nie są udzielane świadczenia w tym zakresie.		
	9.1.	<p>18,6% ludności jest w grupie wiekowej 65+, a do 2050 r. udział ten zwiększy się do 34,0% (w tym 11,2% w grupie wiekowej 80+).</p> <p>W lutym 2020 r. na leczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym czekało ponad 1,4 tys. pacjentów (przypadki stabilne), a przeciętny czas oczekiwania wyniósł 239 dni. Na przyjęcie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego oczekiwało 668 pacjentów, co stanowi 24,9% wszystkich osób ujętych w kolejkach oczekujących na leczenie w Polsce. Na świadczenia realizowane w ramach pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej czekało 1514 osób, co stanowi 37,8% wszystkich oczekujących na to świadczenie w Polsce. Średni czas oczekiwania wyniósł 124,74 dni.</p>	<p>Prognozy demograficzne pokazują, że proces starzenia się społeczeństwa będzie się pogłębiał. Rosnąca liczba osób starszych w społeczeństwie może spowodować zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki długoterminowej jest nieadekwatna do potrzeb epidemiologicznych i demograficznych na co wskazuje zarówno liczba pacjentów jak i czas oczekiwania na leczenie.</p>	<p>Zapewnienie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej - stacjonarnej i domowej - adekwatnych do systematycznie rosnących potrzeb zdrowotnych. Pod uwagę należy wziąć bieżącą i prognozowaną sytuację demograficzną oraz fakt zwiększania się występowania schorzeń, w tym związanych z wiekiem.</p>
	9.2.	<p>W północnej części województwa aż w 3 powiatach (częstochowski, kłobucki i lubliniecki) nie ma ani jednego ośrodka stacjonarnego. W powiatach: bielskim, częstochowskim, kłobuckim, lublinieckim, rybnickim, bieruńsko-lędzińskim oraz w miastach na prawach powiatu: Mysłowice, Tychy i Żory, nie zakontraktowano stacjonarnych świadczeń</p>	<p>W województwie istnieje duże zróżnicowanie w dostępie do świadczeń opieki długoterminowej między poszczególnymi powiatami.</p>	<p>Należy zwiększyć liczbę świadczeń i wyrównać różnice w dostępności do opieki długoterminowej, ponieważ nie wszystkie regiony zostały zabezpieczone pod kątem opieki stacjonarnej.</p>

	<p>opiekuńczych z uwagi na brak na tym terenie realizatorów tych świadczeń.</p> <p>Saldo migracji pacjentów korzystających z opieki długoterminowej jest ujemne (-121), a dla powiatów z północnej części województwa saldo migracji wyniosło: powiat częstochowski -216, powiat kłobucki -155, powiat zawierciański -154.</p>		
9.3.	<p>Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego wyniósł 235, natomiast zgodnie z prognozami przewiduje się jego zmniejszenie do 169 w 2030 r. (współczynnik pielęgnacyjny spadnie poniżej 200 już w 2026 r.).</p>	<p>Prognozowane obniżanie się wartości współczynnika pielęgnacyjnego wskazuje na potrzebę dodatkowego wsparcia opiekunów nieformalnych.</p>	<p>Wsparcie opiekunów nieformalnych poprzez m.in. organizację i przeprowadzanie lokalnych szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.</p>
9.4.	<p>Wsparciem w opiece dla osób niesamodzielnych, w szczególności powyżej 65 roku życia, które ze względu na stan zdrowia wymagają świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, ale nie wymagają hospitalizacji na oddziale szpitalnym i nie kwalifikują się do objęcia opieką w ZOL ze względu na ocenę w skali Barthel powyżej 40 punktów, są DDOM.</p>	<p>W związku z przewidywanym wzrostem zapotrzebowania na różne formy opieki długoterminowej zalecany jest rozwój dziennych form opieki, takich jak np. Dzielne Domy Opieki Medycznej, dla osób niesamodzielnych, które, jednakże nie wymagają opieki stacjonarnej – szpitalną i długoterminową.</p>	<p>Rozwijanie długoterminowej opieki dziennej, umożliwiającej wsparcie osób niesamodzielnych, w tym osób powyżej 65 roku życia., które nie wymagają hospitalizacji i nie kwalifikują się do objęcia opieką w ZOL lub ZPO.</p>

Opieka hospicyjna i paliatywna	<p>10.1. Prognoza wskazuje na wzrost zapotrzebowania na miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej z 18,2 tys. miejsc w 2020 r. do 22,6 tys. miejsc w 2050 r.</p> <p>Pod względem liczby ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej na 100 tys. ludności (uwzględniając wszystkie rodzaje opieki), województwo zajmuje 15. miejsce w kraju ze wskaźnikiem 1,33 (wskaźnik dla Polski 1,73/100 tys. ludności).</p> <p>W województwie funkcjonowało 20 ośrodków udzielających świadczeń paliatywnych w warunkach stacjonarnych (0,44 na 100 tys. ludności, 12. miejsce w kraju) na terenie 16 z 36 powiatów.</p> <p>W lutym 2020 r. osoby czekające w kolejce do oddziału medycyny paliatywnej stanowiły 66% oczekujących na tego rodzaju świadczenia z całej Polski.</p> <p>W ramach umów z NFZ działały 53 hospicja domowe (1,17 na 100 tys. ludności, 14. miejsce w kraju). Nie wszystkie powiaty w regionie zostały zabezpieczone pod kątem dostępności do opieki domowej – brak świadczeń w ramach hospicjum domowego w powiecie rybnickim oraz w miastach na prawach powiatu: Jastrzębiu-Zdroju, Świętochłowicach i Siemianowicach Śląskich.</p>	<p>W związku z potrzebami wynikającymi z zachodzących procesów demograficznych i związanych z nimi zjawisk epidemiologicznych przewiduje się zwiększenie zapotrzebowania na liczbę miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej.</p> <p>Nie wszystkie powiaty w regionie zostały zabezpieczone pod kątem dostępności, w tym do opieki domowej i ambulatoryjnej.</p>	<p>Zapewnienie adekwatnego do występujących potrzeb dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej poprzez zwiększenie liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz niwelowanie różnic w ich dostępie w skali województwa ze względu na dynamikę procesu starzenia się populacji w województwie oraz ze względu na sytuację epidemiologiczną.</p>
--------------------------------	--	--	---

10.2.	W województwie nie zapewniono minimalnej – według wskazań Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (100 łóżek na 1 mln mieszkańców) – liczby łóżek w paliatywnej opiece stacjonarnej (średnia liczba łóżek na 1 mln mieszkańców wyniosła 98,06).	Na terenie województwa w dalszym ciągu obserwuje się niezaspokojone potrzeby w zakresie stacjonarnej opieki paliatywnej, które ze względu na postępujące zmiany demograficzne będą rosły.	Zwiększenie bazy łóżkowej w paliatywnej opiece stacjonarnej zgodnie ze wskazaniem Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (100 łóżek na 1 mln mieszkańców).
10.3.	<p>Liczba lekarzy medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi 1,6, a średni wiek lekarzy to 53 lata. Wskaźnik dostępności lekarzy powinien wynosić 3,0 na 100 tys. ludności.</p> <p>Jednym z głównych problemów jest nadchodzący spadek liczby pielęgniarek w najbliższych latach. Według sprawozdania MZ-89 o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą liczba pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie opieki długoterminowej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 22,3, natomiast w 2016 r. – 24,1. Liczba pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie opieki paliatywnej na 100 tys. ludności w wyniosła 9,1 a w 2016 r. 7,0.</p>	Zabezpieczenie w kadrę medyczną w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej nie jest wystarczające, w tym w związku z prognozowanymi zmianami demograficzno-epidemiologicznymi.	Zabezpieczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej pod względem zabezpieczenia kadrowego - w tym zapewnienie zastępowalności pokoleniowej lekarzy specjalistów i wykwalifikowanych kadr pielęgniarskich, pozyskanie do pracy w ośrodkach opieki paliatywnej i hospicyjnej psychologów ze specjalizacją psychologii klinicznej i psychoonkologii oraz niwelowanie niedoborów opiekunów medycznych, wymaganych szczególnie w oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych.

Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1.	W województwie obserwuje się najniższy wskaźnik liczby zespołów ratownictwa medycznego przypadający na 100 tys. ludności wynoszący 3,603, średnia na cały kraj wynosi 4,228 a najwyższy wynosi 6,22 (prawie dwa razy więcej).	Liczba działających zespołów ratownictwa medycznego jest za mała w stosunku do aktualnych potrzeb województwa.	Potrzeba zwiększenia liczby zespołów ratownictwa medycznego i zapewnienia odpowiedniego finansowania w celu odciążenia zespołów ratownictwa medycznego liczbą obsługiwanych zdarzeń oraz zapewnienie dostępności do tego typu świadczeń przynajmniej na poziomie średniej krajowej.
	11.2.	Zespoły ratownictwa medycznego w ok. 90 % zachowują maksymalne czasy dotarcia do miejsca zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego (15 minut) w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i ok. 87 % poza miastem 10 tys. mieszkańców (20 minut). W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców zespoły podstawowe mają przekroczoną medianę (ustawowe 8 minut) czasu dotarcia (który wynosi 9 minut) dla zespołów specjalistycznych czas dotarcia jest zachowany. Ponadto, mediany poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, zarówno przez zespoły podstawowe jak i specjalistyczne, nie są przekraczane.	W większości wyjazdów czasy dotarcia do miejsca zdarzenia są zachowane przez ZRM, jednak zdarzają się sytuacje przekroczenia ustawowego czasu.	Dodatkowe działania mające na celu skrócenie najdłuższych czasów dotarcia zespołów ratownictwa medycznego, w tym poprzez dyslokację zespołów.

Kadry	11.3.	Zbyt niska dostępność do świadczeń w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR), dla mieszkańców województwa spowodowana niewielką liczbą uruchomionych i funkcjonujących SOR w stosunku do pozostałych województw, w tym SOR dziecięcych.	Mieszkańcy województwa mają utrudniony dostęp do świadczeń realizowanych w SOR.	Potrzeba zwiększenia liczby funkcjonujących SOR, w tym SOR dziecięcych.
	12.1.	Liczba pielęgniarek na 100 tys. ludności wynosiła 705 (w Polsce 621). Szacuje się, że w ciągu najbliższych 10 lat liczba pielęgniarek w wieku 25-59 lat spadnie o 36% (w Polsce o 33%), a liczba położnych o 24% w województwie (w Polsce również o 24%). Wśród pielęgniarek średni wiek wynosił ok. 50 lat.	Przeważająca grupa pielęgniarek osiągnęła już wiek emerytalny lub osiągnie go w przeciągu kilkunastu lat, co spowoduje braki w ich liczbie.	Zwiększenie liczby miejsc na kierunku pielęgniarstwo oraz stworzenie systemu motywującego do podejmowania studiów pielęgniarstwa. Podjęcie działań motywujących do wykonywania zawodu pielęgniarki osób, które zrezygnowały z jego wykonywania.
	12.2.	Lekarze specjaliści - największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych (oszacowane na 2020 r. z uwzględnieniem liczby miejsc szkoleniowych potrzebnych do zapewnienia wymienialności pokoleniowej oraz rekomendowanej liczby specjalistów) są w następujących dziedzinach priorytetowych: choroby wewnętrzne (1858), psychiatrii (398), pediatrii (278), geriatricznej (241), medycynie ratunkowej (187) oraz chorobach zakaźnych (22).	Zbyt mała liczba miejsc specjalizacyjnych na niektórych kierunkach, co uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności.	Utworzenie większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach w których oszacowano zapotrzebowanie na miejsca specjalizacyjne. Zainicjowanie planu tworzenia miejsc specjalizacyjnych mającego na celu osiągnięcie, w perspektywie kilku lat, optymalnej liczby lekarzy specjalistów w województwie

Sprzęt medyczny				w szczególności w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym.
	13.1.	<p>Średnia liczba badań wykonywanych w powiatach przy użyciu angiografów znajduje się w przedziale od 0 do 2500 badań rocznie.</p> <p>W województwie znajdowało się 51 angiografów, spośród których 10 miało wysoki priorytet do wymiany (19,6%), 2 średni priorytet do wymiany (3,9%), a 39 niski priorytet do wymiany (76,5%). Wysoki priorytet do wymiany dotyczy 10 urządzeń (19,6%): m. Bielsko-Biała – 2, m. Bytom – 1, m. Częstochowa – 2, m. Katowice – 2, m. Sosnowiec – 1, m. Zabrze – 1, pow. Cieszyński - 1</p> <p>Najbardziej oddalone od angiografów są powiaty: zawierciański 37 km, myszkowski 33 km, żywiecki 33 km.</p>	<p>Rozkład wykorzystania sprzętu wskazuje na nieefektywną eksploatację. Według przyjętych wartości referencyjnych stopień wykorzystania sprzętów powinien być na wyższym poziomie.</p> <p>Aktualnie wysoki priorytet do wymiany w województwie dotyczy 19,6% angiografów.</p>	<p>Należy dążyć do maksymalizacji wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego na podstawie referencyjnej liczby procedur wykonywanych na jednym urządzeniu oraz wymiany angiografów posiadających wysoki priorytet do wymiany.</p>
13.2.	<p>Średnia liczba badań wykonywanych w powiatach przy użyciu aparatów do brachyterapii znajduje się w przedziale od 0 do 2000 badań rocznie.</p> <p>W województwie znajdowało się 10 aparatów do brachyterapii, spośród których 2 miało wysoki priorytet do wymiany (20%), 4 średni priorytet do wymiany (40%), oraz 4 niski priorytet do wymiany (40%). Wysoki priorytet do wymiany dotyczy 2 aparatów (20%): m. Gliwice -2.</p>	<p>Rozkład wykorzystania aparatów do brachyterapii w województwie wskazuje na nieefektywną eksploatację tych sprzętów.</p> <p>Aktualnie wysoki priorytet do wymiany w województwie dotyczy 20% aparatów do brachyterapii.</p>	<p>Należy dążyć do maksymalizacji wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego oraz wymiany aparatów do brachyterapii posiadających wysoki priorytet do wymiany.</p>	

	Najbardziej oddalone od aparatów do brachyterapii są powiaty: zawierciański 60 km, wodzisławski 48 km, raciborski 46 km.		
13.3.	<p>Średnia liczba badań wykonywanych w powiatach przy użyciu gammakamer znajduje się w przedziale od 0 do 5000 badań rocznie.</p> <p>W województwie znajdowało się 17 gammakamer, spośród których 6 miało wysoki priorytet do wymiany (35,3%), 1 średni priorytet do wymiany (5,9%), oraz 10 niski priorytet do wymiany (58,8%). Wysoki priorytet do wymiany dotyczy 6 urzędzeń (35,3%): m. Częstochowa – 1, m. Gliwice – 2, m. Katowice – 1, m. Tychy – 1, pow. Cieszyński – 1.</p> <p>Najbardziej oddalone od gammakamer są powiaty: żywiecki 41 km, zawierciański 37 km, lubliniecki 36 km.</p>	<p>Rozkład wykorzystania gammakamery w województwie wskazuje na nieefektywną eksploatację tych sprzętów.</p> <p>Aktualnie wysoki priorytet do wymiany w województwie dotyczy 35,3% gammakamer.</p>	Należy dążyć do maksymalizacji wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego oraz wymiany gammakamer posiadających wysoki priorytet do wymiany.
13.4.	<p>Średnia liczba badań wykonywanych w powiatach przy użyciu mammografów znajduje się w przedziale od 0 do 8000 badań rocznie na terenie całego województwa z pominięciem m. Gliwice, gdzie średnia liczba wykonywanych badań wynosi 9763.</p> <p>W województwie znajdowało się 62 mammografy, spośród których 35 miało wysoki priorytet do wymiany (56,5%), 7 średni priorytet do wymiany (11,3%), oraz 20 niski priorytet do wymiany (32,3%).</p>	<p>Rozkład wykorzystania mammografów w województwie wskazuje na nieefektywną eksploatację tych sprzętów.</p> <p>Aktualnie wysoki priorytet do wymiany w województwie dotyczy przeważającej liczby mammografów (56,5%).</p>	Należy dążyć do maksymalizacji wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego oraz wymiany mammografów posiadających wysoki priorytet do wymiany.

	<p>Wysoki priorytet do wymiany dotyczy 35 urzędzeń (56,5%): m. Bielsko-Biała - 2, m. Bytom – 1, m. Chorzów – 3, pow. cieszyński – 6, m. Częstochowa – 1, m. Dąbrowa Górnicza – 2, m. Katowice – 7, m. Ruda Śląska – 2, m. Rybnik – 1, m. Sosnowiec – 3, m. Zabrze – 1, pow. będziński – 1, pow. bieruńsko-lędziński – 1, pow. lubliniecki – 1, pow. pszczyński – 1, pow. wodzisławski – 2.</p> <p>Najbardziej oddalone od mammografu (stacjonarnego) są powiaty: żywiecki 33 km, raciborski 24 km, gliwicki 13 km.</p>		
13.5.	<p>Średnia liczba badań wykonywanych w powiatach przy użyciu rezonansów magnetycznych znajduje się w przedziale od 500 do 6000 badań rocznie.</p> <p>W województwie znajdowało się 41 rezonansów magnetycznych, spośród których 1 miał wysoki priorytet do wymiany (2,4%), 6 średni priorytet do wymiany (14,6%), oraz 34 niski priorytet do wymiany (82,9%). Wysoki priorytet do wymiany dotyczy 1 urzędzenia (2,4%): m. Piekary Śląskie – 1.</p> <p>Najbardziej oddalone od rezonansu magnetycznego są powiaty: zawierciański 39 km, lubliniecki 36 km, żywiecki 33 km.</p>	<p>Rozkład wykorzystania rezonansów magnetycznych w województwie wskazuje na nieefektywną eksploatację tych sprzętów. Wg przyjętych wartości referencyjnych stopień wykorzystania rezonansów magnetycznych powinien być na wyższym poziomie na terenie całego województwa z pominięciem m. Katowice, gdzie średnia liczba wykonywanych badań wynosi 6 413,5 oraz m. Tychy, gdzie średnia liczba wykonywanych badań wynosi 6 275.</p> <p>Aktualnie wysoki priorytet do wymiany w województwie dotyczy 2,4% rezonansów magnetycznych.</p>	<p>Należy dążyć do maksymalizacji wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego oraz wymiany rezonansów magnetycznych posiadających wysoki priorytet do wymiany.</p>

	<p>13.6. Aparaty RTG to bardzo rozpowszechnione urządzenia diagnostyczne, dostępne we wszystkich powiatach województwa. Średni wiek sprzętów w powiatach wynosi od 6 do 16 lat.</p> <p>W województwie znajdowało się 1002 aparaty RTG, spośród których 246 miało wysoki priorytet do wymiany (24,6%), 14 średni priorytet do wymiany (1,4%), oraz 742 niski priorytet do wymiany (74,1%).</p> <p>Aparaty RTG - wysoki priorytet do wymiany dotyczy 246 aparatów (24, 6%): m. Bielsko-Biała – 17, m. Bytom – 11, m. Chorzów – 5, m. Częstochowa – 16, m. Dąbrowa Górnicza – 8, m. Gliwice- 10, m. Jastrzębie-Zdrój – 4, m. Jaworzno – 3, m. Katowice – 39, m. Mysłowice – 3, m. Piekary Śląskie – 2, m. Ruda Śląska – 7, m. Rybnik – 5, m. Siemianowice Śląskie – 9, m. Sosnowiec – 13, m. Tychy – 4, m. Zabrze – 18, m. Żory – 2, pow. będziński – 9, pow. bielski – 13, pow. bieruńsko-lędziński – 1, pow. cieszyński – 10, pow. częstochowski – 3, pow. gliwicki – 3, pow. lubliniecki – 1, pow. mikołowski – 2, pow. myszkowski – 1, pow. pszczyński – 5, pow. raciborski – 3, pow. tarnogórski – 3, pow. wodzisławski – 3, pow. zawierciański – 6, pow. żywiecki – 7.</p>	<p>Z uwagi na istotne zwiększenie liczby sprzętów do diagnostyki obrazowej i doposażenie w tym zakresie podmiotów leczniczych w latach 2020-2021 w związku ze zwalczaniem epidemii należy to uwzględnić w priorytetach wymiany ww. sprzętu.</p>	<p>Należy dążyć do maksymalizacji wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego oraz wymiany aparatów RTG posiadających wysoki priorytet do wymiany.</p>
--	---	---	---

	<p>13.7. Średnia liczba badań wykonywanych w powiatach przy użyciu tomografów komputerowych znajduje się w przedziale od 250 do 11 250 badań rocznie.</p> <p>W województwie znajdowało się 92 tomografy komputerowe, spośród których 21 miało wysoki priorytet do wymiany (22,8%), 11 średni priorytet do wymiany (12,0%), oraz 60 niski priorytet do wymiany (65,2%). Wysoki priorytet do wymiany dotyczy 21 urzędzeń (22, 8%): m. Bielsko-Biała -1, m. Bytom -1, m. Częstochowa -1, m. Dąbrowa Górnicza -1, m. Jaworzno -1, m. Katowice -10, m. Ruda Śląska -1, pow. cieszyński -1, pow. kłobucki -1, pow. lubliniecki -1, pow. pszczyński -1, pow. tarnogórski -1.</p> <p>Najbardziej oddalone od tomografu komputerowego w województwie są powiaty: częstochowski 22 km, bieruńsko-lędziński 13 km, m. Mysłowice 12 km.</p>	<p>Rozkład wykorzystania tomografów komputerowych w województwie wskazuje na nieefektywną eksploatację tych sprzętów.</p> <p>Aktualnie wysoki priorytet do wymiany w województwie dotyczy 22,8% tomografów komputerowych.</p> <p>Z uwagi na istotne zwiększenie liczby sprzętów do diagnostyki obrazowej i doposażenie w tym zakresie podmiotów leczniczych w latach 2020-2021 w związku ze zwalczaniem epidemii należy to uwzględnić w priorytetach wymiany ww. sprzętu.</p>	<p>Należy dążyć do maksymalizacji wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego oraz wymiany tomografów komputerowych posiadających wysoki priorytet do wymiany.</p>
--	---	---	---

Załącznik 13.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa świętokrzyskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	W województwie zachodzą niekorzystne zmiany demograficzne mające wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Wskaźnik wsparcia międzypokoleniowego (tj. liczba osób w wieku powyżej 85 lat przypadająca na 100 osób w wieku 50-64 lat) określa możliwości opieki w ramach rodziny. Dodatkowo utrzymuje się tendencja spadkowa przyrostu naturalnego ludności. Co stawia województwo na ostatnim miejscu w kraju.	Nasilanie niekorzystnych tendencji demograficznych doprowadzi do znacznej depopulacji województwa i wyraźnego osłabienia potencjału ludnościowego. Starzejące się społeczeństwo ma odzwierciedlenie w popycie na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, które nie korespondują z podażą tego zakresu usług.	nie dotyczy
	2.1.	Choroba niedokrwienna serca (ChNS) stanowi od lat największy problem zdrowotny. Sytuacja ta, dotycząca zarówno województwa jak i Polski, pozostawała niezmienna w latach 1999-2019, przy czym wartości zarówno wskaźnika DALY jak i liczby zgonów były wyższe od wartości przeciętnych dla Polski.	nie dotyczy	nie dotyczy

	<p>Na podstawie szacunków chorobowości i liczby zgonów przypuszcza się, że do 2028 r. sytuacja nie ulegnie zmianie i choroba niedokrwienna serca wciąż będzie największym problemem zdrowotnym w województwie.</p>		
2.2.	<p>Drugim problemem zdrowotnych pod względem wartości wskaźnika DALY oraz śmiertelności są udary. Ponadto, były one odpowiedzialne za prawie dwukrotnie więcej lat życia w niesprawności niż choroba niedokrwienna serca. Podobną tendencję zaobserwowano dla Polski. W przypadku DALY, wartość wskaźnika odznaczała się wyższą wartością w województwie od wartości przeciętnej w kraju.</p> <p>Do 2028 r. prognozuje się wzrosty wartości wskaźników chorobowości, zapadalności oraz liczby zgonów spowodowanych udarami.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy
2.3.	<p>Istotną grupą problemów zdrowotnych w województwie są również nowotwory.</p> <p>Spośród nich za najwyższą wartość DALY i największą liczbę zgonów odpowiadał nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, który uplasował się na trzecim miejscu w rankingach dotyczących obu wskaźników. Rozpatrując liczbę zgonów powodowanych przez podgrupę nowotworów, poza nowotworem wskazanym powyżej, za największą</p>	nie dotyczy	nie dotyczy

	<p>liczbę zgonów odpowiadał nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy oraz nowotwór złośliwy trzustki. Analizując śmiertelność dotyczącą nowotworów w podziale na płeć zaobserwowano, że wśród kobiet najczęściej zgonów powodował nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy.</p>		
2.4.	<p>Wśród pięciu problemów zdrowotnych odznaczających się najwyższymi wartościami wskaźnika DALY w województwie znalazła się cukrzyca.</p> <p>Prognozy dla cukrzycy są niekorzystne. Wartość wskaźnika chorobowości wzrośnie od 2019 r. do 2028 r. o 20,28%, a szacowany wzrost będzie trzecim największym wzrostem spośród wszystkich problemów zdrowotnych, po zaburzeniach depresyjnych i zakażeniach dolnych dróg oddechowych.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy
2.5.	<p>Kolejnym problemem zdrowotnym jest choroba Alzheimera i inne choroby otępienne.</p> <p>Prognozy epidemiologiczne pokazują, że problem ten będzie narastać – przewiduje się wzrost chorobowości, zapadalności oraz liczby zgonów do 2028 r.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1.	<p>Województwo miało najwyższy w skali kraju udział czynników metabolicznych w zgonach (17% większe niż średnio dla Polski).</p> <p>W województwie za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu i zgony, odpowiadały takie czynniki ryzyka, jak: palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, nieodpowiednie nawyki żywieniowe.</p>	<p>Czynniki ryzyka, które najbardziej obciążają populację związane są ze stylem życia. Województwo charakteryzuje się wysokim udziałem czynników metabolicznych w zgonach.</p>	<p>Ukierunkowanie działań profilaktycznych na czynniki ryzyka najbardziej obciążających populację.</p> <p>Opracowanie, wdrażanie oraz monitorowanie i ewaluacja programów polityki zdrowotnej/programów zdrowotnych odpowiadających na istotne potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa.</p>
	3.2.	<p>Badaniom przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy w województwie poddało się ok. 29% kobiet z rocznej populacji do przebadania i była to druga najwyższa wartość w kraju. Udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania z roku na rok rośnie (w 2018 r. było to 26,8 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania, a w 2019 r. 28,6 tys.).</p> <p>Badaniom przesiewowym w kierunku nowotworu złośliwego sutka w województwie poddało się ok. 59% rocznej populacji do przebadania i jest to niższa wartość niż dla Polski (ok. 64%). Udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania wzrósł w porównaniu z 2018 r. (z 53,2 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania do 58,6 tys.). Za koniecznością dalszej poprawy</p>	<p>Zgłaszalność na badania cytologiczne w województwie, tak jak i w całej Polsce, mimo trendów rosnących jest nadal na niskim poziomie. Zgłaszalność na mammografię jest niższa niż średnio w kraju przy jednoczesnych wysokich wartościach wskaźników epidemiologicznych dotyczących nowotworu złośliwego sutka na tle kraju.</p>	<p>Istotną kwestią jest poprawa zgłaszalności na badania mammograficzne i cytologiczne.</p> <p>Dodatkowo, istotne jest opracowanie, wdrażanie oraz monitorowanie programów profilaktycznych ukierunkowanych na eliminowanie czynników ryzyka przyczyniających się do występowania nowotworu złośliwego sutka i szyjki macicy.</p>

Podstawowa opieka zdrowotna		<p>zgłaszalności na badania mammograficzne przemawia fakt, że zapadalność na raka złośliwego sutka w przeliczeniu na 100 tys. kobiet jest wyższa niż średnia dla kraju (93,7 vs. 93,5 dla Polski), podobnie jak liczba zgonów na 100 tys. kobiet (38,8 vs. 37,6 dla Polski).</p>		
	4.1.	<p>Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne: najmniej reprezentowaną grupą byli młodzi mężczyźni (71,32% zapisanych w wieku 19-30 lat, 73,8% zapisanych w wieku 31-40 lat).</p> <p>Młode kobiety również relatywnie rzadziej korzystały z usług POZ, ale w populacji udział aktywnych pacjentów był o niecałe 4 punkty procentowe wyższy niż wśród mężczyzn.</p>	<p>Mężczyźni w mniejszym stopniu odczuwają potrzebę dbania o swoje zdrowie.</p>	<p>Edukacja, zwłaszcza młodych mężczyzn, ważnej roli profilaktyki i konieczności okresowych wizyt.</p>
	4.2.	<p>Świadczenia zdrowotne w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej były udzielane przez 20 podmiotów. Średnia liczba pacjentów przypadających na 1 podmiot leczniczy ze świadczeniami NiŚOZ jest zróżnicowana i waha się od 26 tys. w powiecie opatowskim do 109 tys. w powiecie ostrowieckim.</p>	<p>Ta forma opieki zdrowotnej nie jest należycie wykorzystywana, podobnie jak w całym kraju. Pacjenci często zamiast do NiŚOZ trafiają do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, mimo że nie znajdują się w stanie zagrożenia zdrowotnego, kwalifikującego do udzielania świadczenia na SOR.</p>	<p>Wzmocnienie roli NiŚOZ w celu poprawy zgłaszalności pacjentów do tej formy pomocy i odciążenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych z przypadków niewymagających ratowania zdrowia i życia, aby personel SOR mógł skupić swoją uwagę na pacjentach</p>

			najbardziej potrzebujących ich pomocy.
4.3.	Struktura wiekowa pacjentów nie różniła się od ogólnopolskiej - najwięcej pacjentów było w grupie wiekowej 61-70 lat. Podobnie było ze średnią liczbą wizyt – struktura tożsama, nieznacznie wyższe wartości dla województwa z maksymalnymi wartościami w grupach 81-90 oraz 90+.	Podobnie jak w Polsce województwo stoi przed dużym wyzwaniem zapewnienia opieki pacjentom w wieku starszym w ramach POZ.	Dostosowanie infrastruktury opieki zdrowotnej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Modernizacja infrastruktury służącej realizacji gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ (wyposażenie podmiotów leczniczych w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną).
4.4.	Najwięcej wizyt w POZ sklasyfikowanych zostało wg ICD-10 jako Z76, czyli grupa pn. „osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych okolicznościach” tj. np. powtórne wydanie recepty.	Najwięcej wizyt dotyczyło świadczeń zdrowotnych niezwiązanych bezpośrednio z opieką medyczną nad pacjentem – diagnostyką i leczeniem, które nie wymagają pracy kadry medycznej wysokowykwalifikowanej.	Poprawa dostępności cyfrowej poprzez rozwój usług cyfrowych i telemedycznych, a także rozwój kompetencji cyfrowych kadry medycznej realizującej gwarantowane świadczenia zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie w zakresie czynności niewymagających osobistego stawiennictwa pacjenta.

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	5.1.	Występuje nierównomierny dostęp do poradni – w powiecie kieleckim 2,13 na 10 tys. mieszkańców, w pińczowskim 3,85 na 10 tys. mieszkańców, w kazimierskim 3,87 na 10 tys. mieszkańców, a w Kielcach 15,86 na 10 tys. mieszkańców (309 spośród 876 znajdujących się na terenie województwa).	Dostęp do poradni specjalistycznych zapewniony jest głównie w dużych miastach województwa (w większości w mieście Kielce), przy jednocześnie widocznych potrzebach pacjentów w mniejszych miejscowościach, co przyczynia się do migracji pacjentów do placówek zlokalizowanych w innych rejonach.	Zapewnienie mieszkańcom mniejszych powiatów lepszej dostępności do świadczeń udzielanych w ramach AOS.
	5.2.	Najdłuższe kolejki lub brak poradni występują w zakresie: endokrynologii, kardiologii, leczenia HIV/AIDS, chirurgii onkologicznej dla dzieci, chirurgii plastycznej, neurochirurgii dla dzieci, alergologii, rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci, toksykologii, diabetologii.	Niewystarczająca w stosunku do potrzeb liczba poradni zapewniających leczenie w trybie ambulatoryjnym przyczynia się do powstawania znacznych kolejek oczekujących na świadczenia zdrowotne.	Zwiększenie liczby poradni, dla których występują najdłuższe czasy oczekiwania, zapewniających leczenie w trybie ambulatoryjnym lub zwiększenie kontraktów dla już istniejących.
	5.3.	Niedostateczna dostępność do świadczeń udzielanych w trybie nagłym (w godzinach późnowieczornych, w weekendy), w szczególności do świadczeń w zakresie okulistyki/okulistyki dla dzieci, chirurgii ogólnej/chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu/ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci.	Istnieją problemy z zapewnieniem ciągłości opieki w godzinach niepracujących w trybie nagłym w wybranych poradniach specjalistycznych.	Zwiększenie liczby kadry medycznej, która mogłaby udzielać świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym.

Leczenie szpitalne	5.4.	Najczęstsze problemy zdrowotne, z powodu których mieszkańcy korzystają z AOS to: choroby układu mięśniowo- szkieletowego i tkanki łącznej, choroby układu moczowego – płciowego, choroby oka i przydatków oka, choroby układu oddechowego, nowotwory, choroby układu krążenia, urazy i zatrucia, choroby układu nerwowego.	Choroby ortopedyczne i urologiczne były najczęstszym powodem korzystania z AOS.	Powiązanie poradni specjalistycznych z oddziałem szpitalnym tej samej specjalności medycznej (działy lub poradnie przyszpitalne), które powinny zapewnić pacjentowi koordynowaną i kompleksową specjalistyczną opiekę medyczną.
	6.1.	Najczęstszą przyczyną pobytu w szpitalu wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego były rany otwarte (17,93%), stłuczenia dowolnej części ciała (12,55%), ból i nadwrażliwość w okolicy jamy brzusznej (12,52%), a kolejne miejsce zajmowały choroby układu moczopłciowego (9,75%).	Stany nagłe są najczęstszą przyczyną hospitalizacji.	Biorąc pod uwagę konieczność dostosowania opieki szpitalnej do potrzeb starzejącej się społeczności mieszkańców niezbędny jest rozwój bazy łóżkowej zgodnie z prognozowanym rosnącym zapotrzebowaniem na łóżka o danym profilu. Poprawa efektywności funkcjonowania wielu oddziałów, w szczególności zabiegowych niezależnie od specjalności poprzez zwiększenie udziału świadczeń

			<p>zabiegowych na poszczególnych oddziałach.</p> <p>Modernizacja infrastruktury służącej realizacji gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego ukierunkowana na zmianę struktury poszczególnych rodzajów świadczeń leczenia szpitalnego, a także wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną na tym poziomie opieki.</p>
6.2.	W ostatnich latach liczba hospitalizacji wykazywała trend rosnący, w porównaniu do 2014 r. wzrost o 11%.	nie dotyczy	Działania mające na celu odwrócenie piramidy świadczeń zdrowotnych.
6.3.	Spośród 387 tys. hospitalizowanych pacjentów jedynie 33% było w wieku powyżej 65 lat. Z 675 tys. hospitalizacji jedynie 2,2 tys. – 0,3% stanowiły hospitalizacje na oddziałach geriatrycznych.	Większość schorzeń, zwłaszcza u pacjentów w starszym wieku, ma charakter przewlekły, hospitalizacja stanowi jedynie ukierunkowanie leczenia, kontynuowanie musi być prowadzone ambulatoryjnie, długotrwale (np. po udarze).	Rozwój opieki środowiskowej.

6.4.	nie dotyczy	nie dotyczy	<p>Konieczne jest powstanie nowych stacji dializ lub zwiększenie liczby miejsc w już istniejących.</p> <p>Rekomenduje się utworzenie sali do zabiegów endoskopowych dla urologii dziecięcej.</p>
6.5.	<p>Jest problem ze starzeniem się sprzętu i aparatury medycznej oraz infrastruktury podmiotów leczniczych.</p> <p>40% powierzchni szpitali w województwie świętokrzyskim było w stanie niedostatecznym i nieodpowiednim, co oznacza, że wymagają prac renowacyjnych w przeciągu 2 lat. Przy czym odsetek powierzchni w stanie nieodpowiednim (wymagającym renowacji niezwłocznie) był najwyższy w Polsce. Należy mieć na uwadze, że w ankiecie wzięły udział jedynie podmioty znajdujące się w PSZ, zatem rzeczywisty stan wszystkich szpitali w województwie może być gorszy.</p>	<p>Ważnym wyzwaniem na najbliższe lata jest zapewnienie dostępu do wysokiej jakości sprzętu i aparatury medycznej (w tym odnowienie aktualnej bazy oraz jej poszerzenie w obszarach, które będą tego wymagały).</p>	<p>Modernizacja infrastruktury służącej realizacji gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego ukierunkowana na zmianę struktury poszczególnych rodzajów świadczeń leczenia szpitalnego, a także wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną na tym poziomie opieki.</p>
6.6.	<p>Obłożenie łóżek wyniosło 106,56% (dla Polski 82,63%). Nie wliczając SOR średnie obłożenie powyżej 100% zanotowano dla 5 rodzajów</p>	<p>Istnieje silne zróżnicowanie wskaźnika obłożenia łóżek w oddziałach szpitalnych w województwie. Istnieją oddziały</p>	<p>Racjonalizacja liczby łóżek w poszczególnych oddziałach na podstawie prognozowanej</p>

	<p>oddziałów: neurologicznych (w tym udarowy) - 150,2%, nefrologicznych dla dzieci – 120,74%, onkologii klinicznej oraz wybrane świadczenia w ramach chemioterapii – 117,47%. Dodatkowo wg prognoz, na lata 2018-2029 należy spodziewać się wzrostu zapotrzebowania na łóżka szpitalne z zakresu chorób naczyń o ok. 30%.</p> <p>Obłożenie poniżej 50% zanotowano dla 3 typów oddziałów, z czego najniższe dla: anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci – 42,69%, okulistycznych – 38,54%, rehabilitacyjnych (w tym narządu ruchu) dla dzieci – 36,99%.</p>	<p>przeciążone (powyżej 100%), dla których zapotrzebowanie będzie rosło oraz takie z obłożeniem nawet poniżej 50%.</p>	<p>zmiany liczby hospitalizacji oraz zakładanego osiągnięcia obłożenia standardowego łóżek na poziomie co najmniej 70% w oddziałach pediatrycznych i 80% w pozostałych oddziałach.</p>
6.7.	<p>Rozpatrując przypadki stabilne, najdłuższe kolejki w leczeniu szpitalnym w lutym 2020 r. (czyli o największej średniej liczbie dni oczekiwania) występowały na oddziałach: otorynolaryngologicznych - 166,5 dni, chirurgicznych dla dzieci - 105 dni, alergologicznych - 83 dni. Kolejki na pozostałych oddziałach były równe lub krótsze niż 77 dni. Średni czas oczekiwania do oddziału w tym okresie wyniósł 45,42 dni, podczas gdy w skali całej Polski było to 114,33 dni.</p> <p>Rozpatrując kolejki przypadków pilnych w lutym 2020 r. najdłuższe były do oddziałów: alergologicznych - 189 dni, otorynolaryngologicznych – 28,3 dni, kardiochirurgicznych – 26 dni.</p>	<p>Konieczne jest zwiększenie i wyrównanie dostępności do świadczeń zdrowotnych w obszarach deficytowych w województwie, aby skrócić czasy oczekiwania na leczenie szpitalne.</p>	<p>Tworzenie oddziałów chirurgii jednego dnia, które nie muszą mieć zapewnionego całodobowego dostępu do bloku operacyjnego.</p> <p>Wsparcie rozwoju udzielania świadczeń zdrowotnych „jednego dnia” w różnych zakresach z uwagi na bardzo wysokie wykorzystanie potencjału.</p> <p>Poprawa dostępności do świadczeń szpitalnych, w których występują kolejki</p>

			<p>o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania.</p> <p>Dążenie do skrócenia czasu oczekiwania pacjentów na zabiegi laryngologiczne w znieczuleniu ogólnym poprzez zwiększenie dni operacyjnych w oddziałach laryngologii oraz stworzenie oddziału laryngologii dziecięcej i sali wybudzeniowej pooperacyjnej dla dzieci.</p>
6.8.	Argumenty zawarte w części epidemiologia i prognozy epidemiologiczne.	Prognozy oparte na trendach demograficznych zakładają wzrost zapotrzebowania na hospitalizację pacjentów wymagających objęcia opieką z zakresu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, czy niewydolności serca.	<p>Zasadnym jest zwiększenie dostępności do ww. świadczeń i tym samym do wczesnej rehabilitacji kardiologicznej.</p> <p>Dążenie do zwiększenia w oddziałach zachowawczych liczby przyjęć w trybie nagłym, tak by ich odsetek wynosił co najmniej 30% wszystkich przyjęć do danego oddziału o charakterze zachowawczym.</p> <p>Istnieje pilna potrzeba wdrożenia nowoczesnych procedur kardiologicznych i kardiochirurgicznych,</p>

				<p>rotablacji, złożonych zabiegów z zakresu elektrofizjologii (głównie PVI), jednoczasową rewaskularyzacją tętnic domózgowych niezbędną do następnej operacji kardiochirurgicznej, usuwanie zużytych lub zainfekowanych urządzeń do elektroterapii serca itp.</p> <p>Zasadnym wydaje się podjęcie działań mających na celu rozszerzenie działalności realizatorów programu, w którym są leczeni pacjenci za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych.</p>
6.9.	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	<p>Rekomenduje się zwiększanie liczby umów o realizację świadczeń w programie pilotażowym opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej oraz poprawa dostępności do diagnostyki poprzez</p>

				uruchomienie ośrodków chemioterapii dziennej i/lub ambulatoryjnej z dobrym zapleczem diagnostycznym i możliwością hospitalizacji chorych w razie konieczności na bazie szpitali powiatowych województwa.
6.10.	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	Rekomenduje się powstanie oddziału immunologicznego dla dorosłych, obecnie w województwie brak jest takiego oddziału, który mógłby objąć opieką chorych z licznymi zaburzeniami odporności, których w dobie intensywnie rozwijającego się leczenia biologicznego onkologicznego będzie sukcesywnie przybywać.
6.11.	W powiatach włoszczowskim, jędrzejewski, pińczowskim, kazimierskim, kieleckim buskim nie ma oddziałów neurologicznych.	Ograniczona dostępność do świadczeń neurologicznych, w tym udarowych na południowo-zachodnim obszarze, gdzie występuje biała plama, jeśli chodzi o oddziały neurologiczne.		Rozszerzenie dostępności do świadczeń neurologicznych, w tym udarowych na południowo-zachodnim obszarze województwa.

6.12.	<p>Na terenie województwa diagnozuje się ogólne pogorszenie dostępności do leczenia nerkozastępczego. W obecnej sytuacji zbliża się sytuacja do wykorzystania limitu miejsc dializowanych.</p> <p>Zauważono brak miejsc dla chorych hemodializowanych w przypadku awarii jednej stacji dializ.</p> <p>Od 10 lat nie zwiększyła się liczba miejsc dla pacjentów hemodializowanych pomimo systematycznego wzrostu liczby hemodializowanych.</p>	<p>Zakontraktowanie i zabezpieczenie aktualnych i przyszłych potrzeb oddziałów nefrologicznych oraz w stacjach dializ dla dializowanych z równym dostępem w całym województwie.</p>	<p>Konieczne jest powstanie nowych stacji dializ lub zwiększenie liczby miejsc w już istniejących.</p> <p>Zasadnym jest zakontraktowanie i zabezpieczenie aktualnych i przyszłych potrzeb oddziałów nefrologicznych oraz w stacjach dializ dla dializowanych z równym dostępem w całym województwie.</p>
6.13.	<p>W województwie najwięcej pacjentów korzystało z programu leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) – 0,7 tys. oraz z leczenia stwardnienia rozsianego – 0,5 tys. pacjentów.</p> <p>W chwili obecnej dostęp do leczenia za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych jest ograniczony, pacjenci są leczeni tylko w jednym ośrodku na terenie województwa.</p>	<p>Należy zwiększyć dostęp do trombektomii na terenie województwa.</p>	<p>Zasadnym jest zwiększenie dostępu do leczenia za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych.</p>
6.14.	<p>Od 2016 r. obserwuje się dynamiczny wzrost liczby zakażeń szpitalnych leczonych stacjonarnie. Pod względem wskaźnika liczby zakażeń szpitalnych</p>	<p>Przestrzeganie w leczeniu szpitalnym szczególnych zasad norm dezynfekcji i higieny pracy w postępowaniu</p>	<p>Efektywne monitorowanie zakażeń szpitalnych.</p>

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		<p>leczonych stacjonarnie na 100 tys. mieszkańców województwo zajmowało 1 miejsce w kraju z wartością 397,74 (powyżej wartości średniej dla Polski równej 235,55). Współczynnik zgonów związanych z zakażeniami szpitalnymi na 100 tys. mieszkańców był wyższy niż średnia dla kraju (9,89 vs. 4,05). Pod względem śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych województwo świętokrzyskie również zajmowało 1. miejsce w Polsce.</p>	<p>z pacjentami przeciwdziała zakażeniom szpitalnym. W szpitalach w województwie bardzo często dochodzi do zakażeń szpitalnych.</p>	<p>Wprowadzenie szkoleń pracowników szpitalnych. Wprowadzenie skutecznego systemu kontroli zakażeń szpitalnych. Należy przeprowadzić analizę przyczyn osiągnięcia najwyższych wskaźników dot. zakażeń szpitalnych na tle Polski.</p>
	7.1.	<p>Województwo ma jeden z najniższych udziałów procentowych pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze w stosunku do innych województw. Prognozy epidemiologiczne pokazują, że problem ten będzie narastać w przyszłości, dlatego niezwykle ważną kwestią jest promocja zdrowia psychicznego oraz poprawa dostępności do wszystkich form opieki psychiatrycznej w regionie. Na terenie województwa największy procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze znajduje się w mieście Kielce (dorośli – 92,01%, dzieci – 96%). Dla pozostałych powiatów ww. wskaźnik jest różnorodny: dla dorosłych waha się od 37,18% do 82,86%, dla dzieci - od 0% do 85,79%. Powyższe wynika z lokalizacji podmiotów udzielających świadczeń, w tym podstawowych form</p>	<p>Zasadnym jest dostosowanie wszystkich form świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień do aktualnych potrzeb mieszkańców województwa w szczególności w obszarach o niskiej dostępności.</p>	<p>Priorytetowym działaniem w skali województwa powinno być wypełnienie "białej plamy" na mapie zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w powiatach poprzez tworzenie ośrodków oferujących kompleksowe świadczenia z zakresu psychiatrii. Rozwijanie kompleksowej opieki nad pacjentem dorosłym. W przypadku braku takiej możliwości rozwijanie różnych, uzupełniających się form pomocy psychologicznej. Na</p>

	<p>opieki psychiatrycznej – w przypadku opieki psychiatrycznej dorosłych poradnie są zlokalizowane w każdym powiecie, ale oddziały dzienne znajdują się tylko w trzech powiatach, zespoły leczenia środowiskowego znajdują się w siedmiu powiatach (czyli brakuje ich w siedmiu). Oddziały szpitalne znajdują się w Kielcach, powiecie kieleckim oraz powiecie sandomierskim. Tylko w jednym powiecie dostępny jest oddział/ośrodek detoksykacji – detoksykacji alkoholowej. W poradniach psychiatrycznych/psychologicznych dla dorosłych w województwie świętokrzyskim był wysoki udział porad lekarskich – 72,05% (Polska - 68,9%), udział psychoterapii indywidualnej był zbliżony do wartości dla Polski – 15,13% (Polska – 15,25%), udział porad psychologicznych był niższy niż w Polsce - 11,21% (Polska – 14,01%).</p>		<p>poziomie powiatów wskazane jest uruchomienie nowych palcówek dla osób psychicznie chorych, tj. Ośrodka Psychiatrycznego i Uzależnień, Dziennego Ośrodka Leczenia Nerwic oraz Dziennego Ośrodka Rehabilitacji Psychiatrycznej, Poradni Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży, Oddziału Detoksykacyjnego, Dziennego Oddziału Psychiatrycznego.</p> <p>Rekomendowane jest zakontraktowanie większej ilości umów przez NFZ dla porad psychiatrycznych celem przyjęcia większej liczby pacjentów. Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej – psychiatrycznej ułatwiającej powroty do pracy w zakresie tej grupy schorzeń, będącej najczęściej przyczyną dezaktywacji zawodowej.</p>
--	--	--	--

7.2.	<p>Najczęściej występujące rozpoznania wśród osób dorosłych korzystających z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień to zaburzenia lękowe, uzależnienia, zaburzenia organiczne i zaburzenia nastroju.</p> <p>Najwięcej pacjentów w województwie korzystało z poradni psychiatrycznych/psychologicznych dla dorosłych (74,36%), poradni leczenia/terapii uzależnień dla dorosłych (14,84%), oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych (10,53%). Łącznie w Polsce zanotowano nieco większy udział pacjentów leczących się w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych, a mniejszy w oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych - wartości dla Polski wyniosły odpowiednio 77,03%, 14,94% i 8,57%. W województwie zanotowano bardzo niski udział pacjentów leczonych w zespołach leczenia środowiskowego (2,58%) i na oddziałach dziennych psychiatrycznych (1,29%).</p>	Zasadnym jest zapewnienie równomiernego, adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń ambulatoryjnych, środowiskowych i dziennych zlokalizowanych bliżej miejsca zamieszkania pacjenta m.in. poprzez rozwój Centrów Zdrowia Psychicznego przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby hospitalizacji.	Rozwijanie kompleksowej i koordynowanej opieki psychiatrycznej nad pacjentem dorosłym – utworzenie kolejnych Centrów Zdrowia Psychicznego dla dorosłych, tak by na terenie województwa funkcjonowało ich przynajmniej 7, rozwój Centrów Zdrowia Psychicznego - poszerzenie obszaru odpowiedzialności już działającego Centrum. Utworzenie kolejnych poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych, dziennych oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych oraz zespołów leczenia środowiskowego dla dorosłych, tak by ich rozmieszczenie zapewniało dostępność do psychiatrycznych ambulatoryjnych, dziennych i środowiskowych (domowych) świadczeń gwarantowanych, realizowanych na obszarach nie objętych działalnością Centrów Zdrowia Psychicznego dla
------	---	---	---

			<p>dorostych. Uruchomienie oddziałów psychiatrycznych ogólnych w szpitalach powiatowych, zlokalizowanych w miejscu utworzenia Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych.</p> <p>Rozwój współpracy ośrodków leczenia psychiatrycznego ze szkołami, środowiskiem zamieszkania pacjenta.</p>
7.3.	<p>Najczęstsze rozpoznania wśród dzieci i młodzieży korzystającej z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień to pozostałe zaburzenia psychiczne, całościowe zaburzenia rozwojowe, zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną i zaburzenia hiperkinetyczne. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności z rozpoznaniem pozostałych zaburzeń psychicznych jest w województwie znacznie wyższa niż ten sam wskaźnik dla Polski (województwo - 581,07, Polska – 414,68).</p> <p>Województwo ma jeden z najniższych udziałów procentowych pacjentów do 18 roku życia zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze</p>	<p>Z powodu braku kompleksowej opieki psychiatrycznej zasadnym jest stworzenie placówek zajmujących się kompleksową terapią dziecka i rodziny, terapią grupową osób małoletnich. W województwie brakuje placówek zajmujących się kompleksową terapią dziecka i rodziny, terapią grupową osób małoletnich.</p>	<p>Poprawa dostępności opieki ambulatoryjnej i środowiskowej dla dzieci (stworzenie kompleksowego modelu profilaktyki zaburzeń psychicznych okresu rozwojowego). Istnieje potrzeba utworzenia kolejnych poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, tak by ich rozmieszczenie zapewniało dzieciom i młodzieży dostępność do psychiatrycznych ambulatoryjnych świadczeń gwarantowanych realizowanych na obszarach nie objętych</p>

	<p>w stosunku do innych województw (89,27%). Na terenie województwa największy procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym powiecie znajduje się w mieście Kielce (96%). Jeśli chodzi o ten wskaźnik do poziomu powiatów, dla większości z nich wartości te są znacznie niższe niż ten sam wskaźnik u pacjentów dorosłych - w 10 z 14 powiatów poniżej 30% pacjentów do 18 roku życia leczyło się w powiecie zamieszkania. Może to wynikać ze znacznie gorszej dostępności do podstawowych form leczenia psychiatrycznego dedykowanych dzieciom i młodzieży: poradnie dostępne były tylko w czterech powiatach, nie było w ogóle dostępu do oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego, opieka szpitalna dostępna była w Kielcach. Obecnie w związku z reformą opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa rozpoczęły pracę cztery ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny.</p> <p>Wśród dzieci i młodzieży w województwie najwięcej (89,41%) pacjentów leczyło się w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych dla dzieci, na drugim miejscu były oddziały psychiatryczne dla dzieci (5,27%), następnie poradnie psychiatryczne/psychologiczne dla dorosłych</p>		<p>działalnością Centów Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży (II poziom referencyjny) oraz działalnością Ośrodka Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej (III poziom referencyjny).</p> <p>Rozwijanie kompleksowej i koordynowanej opieki psychiatrycznej realizowanej na rzecz dzieci i młodzieży poprzez utworzenie 2-3 Centrów Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży (II poziom referencyjny) oraz Ośrodka Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej (III poziom referencyjny).</p> <p>Rozwój współpracy ośrodków leczenia psychiatrycznego ze szkołami, środowiskiem zamieszkania pacjenta.</p>
--	--	--	--

Rehabilitacja medyczna		(4,62%). Pacjenci zamieszkali w województwie prawie w ogóle nie leczyli się na oddziałach dziennych dla dzieci ani w zespołach leczenia środowiskowego dla dzieci, co wynika z braku dostępu do tych form opieki na terenie województwa.		
	8.1.	<p>W większości ze świadczeń rehabilitacyjnych korzystają osoby zamieszkujące miasta (57,4%, dla Polski 69,3%) oraz kobiety (prawie 65%). Blisko 10% to osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności.</p> <p>Choroby układu mięśniowo-szkieletowego to główna przyczyna zgłaszania się chorych na rehabilitację (72%, dla Polski 74%). Pod względem liczby ośrodków na 100 tys. mieszkańców realizujących świadczenia rehabilitacyjne, województwo zajmuje drugie miejsce ze wszystkich województw. Wskaźnik ten jest wyższy o 54% w stosunku do analogicznego wskaźnika dla Polski.</p> <p>W województwie notowany jest brak w chwili obecnej zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla pacjentów w następujących zakresach: rehabilitacja pulmonologiczna oraz rehabilitacja dzieci i dorosłych ze śpiączką</p>	Z rehabilitacji korzystają głównie pacjenci ortopedyczni. Zauważane są „białe plamy” w niektórych zakresach rehabilitacji.	Zapewnienie równomiernego, adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń ambulatoryjnych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez podejmowanie działań w celu uruchomienia rehabilitacji w obszarach bez zabezpieczenia.
	8.2.	Pod względem liczby pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach	Świadczenia w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej	W przypadku świadczeń zdrowotnych realizowanych

	<p>ambulatoryjnych na 100 tys. mieszkańców, województwo plasowało się na 7 pozycji ze wszystkich województw i przewyższa o 5% wskaźnik dla Polski. Pod względem liczby porad lekarskich na 100 tys. mieszkańców województwo plasowało się dość nisko, bo na 11 pozycji ze wszystkich województw i wskaźnik dla województwa jest niższy o 40% od wskaźnika dla Polski.</p> <p>Pod względem liczby wizyt fizjoterapeutycznych na 100 tys. mieszkańców województwo plasowało się na 3 pozycji ze wszystkich województw, a wskaźnik jest wyższy o 62% od wskaźnika dla Polski.</p> <p>Na 102 gminy brak jest zabezpieczenia świadczeń w 13 gminach takich jak: Bliżyn, Czarnocin, Imielno, Kije, Kluczewsko, Łączna, Mirzec, Moskorzew, Opatowiec, Stopnica, Wąchock, Wojciechowice, Zawichost.</p>	<p>były zabezpieczone w większości powiatów. Brak poradni rehabilitacyjnej w powiecie kazimierskim.</p>	<p>w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej istotne jest, aby dostęp do zabiegów był jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta dlatego rekomendowane jest wyrównanie dostępu na obszarze województwa.</p>
8.3.	<p>Ogólnoustrojowa:</p> <p>Pod względem liczby ośrodków na 100 tys. mieszkańców, województwo plasuje się na 3 pozycji ze wszystkich województw, a wskaźnik jest wyższy o 20% od wskaźnika dla Polski.</p> <p><u>Kardiologiczna:</u></p> <p>Pod względem liczby pacjentów na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na 7 pozycji</p>	nie dotyczy	<p>Dążenie do zwiększenia dostępu do świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w ośrodku/oddziale dziennym oraz w warunkach stacjonarnych w obszarach, gdzie jest oddział kardiologiczny, a brak jest ośrodka</p>

	<p>ze wszystkich województw i przewyższa o 12% wskaźnik dla Polski.</p> <p>Pod względem liczby osobodni na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na 8 pozycji ze wszystkich województw i jest o 5% poniżej wskaźnika dla Polski.</p> <p>Świadczenia w tym zakresie zabezpieczone są jedynie w dwóch powiatach: miasto Kielce i powiat buski.</p> <p>Pod względem liczby ośrodków na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na przedostatniej pozycji ze wszystkich województw, a wskaźnik jest niższy o 54% od wskaźnika dla Polski.</p> <p><u>Neurologiczna:</u></p> <p>Pod względem liczby pacjentów na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na 12 pozycji ze wszystkich województw i jest o 12% poniżej wskaźnika dla Polski.</p> <p>Pod względem liczby osobodni na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na przedostatniej pozycji ze wszystkich województw i jest o 29% poniżej wskaźnika dla Polski.</p> <p>W chwili obecnej przy oddziale udarowym są zabezpieczone świadczenia w zakresie rehabilitacji neurologicznej.</p>		<p>kardiologicznego, aby pacjent miał możliwość kontynuacji leczenia np. po zawale. Powyższe dotyczy powiatu sandomierskiego oraz pińczowskiego.</p>
--	--	--	--

8.4.	<p>Pod względem liczby pacjentów na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na 4 pozycji ze wszystkich województw i przewyższa o 41% wskaźnik dla Polski.</p> <p>Pod względem liczby osobodni na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na 4 pozycji ze wszystkich województw i przewyższa o 35% wskaźnik dla Polski.</p> <p>Pod względem liczby pacjentów na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na 6 pozycji ze wszystkich województw i przewyższa o 7% wskaźnik dla Polski.</p> <p>Pod względem liczby osobodni na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na 10 pozycji ze wszystkich województw i jest o 37% poniżej wskaźnika dla Polski.</p> <p>Pod względem liczby pacjentów korzystających na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na 8 pozycji ze wszystkich województw i jest o 11% poniżej wskaźnika dla Polski.</p> <p>Pod względem liczby osobodni na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na przedostatniej pozycji ze wszystkich województw i jest o 62% poniżej wskaźnika dla Polski.</p>	<p>Świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej są zabezpieczone w większości powiatów. Brak ośrodków w powiecie kazimierskim i pińczowskim.</p> <p>Analizując rozbieżności pomiędzy miejscem zamieszkania pacjentów a miejscem, gdzie udzielane są świadczenia można zauważyć, że najwięcej pacjentów z innych obszarów korzysta ze świadczeń w powiecie buskim.</p> <p>Świadczenia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej zabezpieczone są jedynie w pięciu powiatach: mieście Kielce, powiecie starachowickim, koneckim, ostrowieckim, opatowskim.</p> <p>Świadczenia w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego zabezpieczone są jedynie w pięciu powiatach: mieście Kielce, powiecie sandomierskim, staszowskim, starachowickim, ostrowieckim.</p>	<p>Należy dążyć do zabezpieczenia świadczeń rehabilitacyjnych w zakresie kardiologii i neurologii, w szczególności w regionach deficytowych.</p> <p>Należy dążyć do zwiększenia dostępu do świadczeń w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku / oddziale dziennym, a w szczególności w południowo-zachodniej części województwa.</p>
------	---	--	--

	<p>8.5. Pod względem wskaźnika liczby pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach domowych na 100 tys. mieszkańców województwo plasowało się na 2 pozycji ze wszystkich województw i przewyższa o 113% wskaźnik dla Polski.</p> <p>Pod względem wskaźnika liczby porad lekarskich na 100 tys. mieszkańców województwo plasowało się na 6 pozycji ze województw i jest o 5% poniżej wskaźnika dla Polski.</p> <p>Pod względem wskaźnika liczby wizyt fizjoterapeutycznych na 100 tys. mieszkańców województwo plasowało się na 4 pozycji ze wszystkich województw, a wskaźnik jest wyższy o 35% od wskaźnika dla Polski.</p> <p>Pod względem wskaźnika liczby zabiegów fizjoterapeutycznych na 100 tys. mieszkańców województwo plasowało się na 2 pozycji ze wszystkich województw, a wskaźnik jest wyższy o 147% od wskaźnika dla Polski.</p> <p>Pod względem wskaźnika liczby ośrodków na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na 2. pozycji ze wszystkich województw, a wskaźnik jest wyższy o 106% od wskaźnika dla Polski.</p>	nie dotyczy	Podejmowanie działań mających na celu zapewnienie wszystkim pacjentom dostępności w zakresie rehabilitacji domowej, szczególnie w powiecie koneckim i włoszczowskim.
--	---	-------------	--

Opieka paliatywna i hospicyjna		Brak świadczeń rehabilitacji domowej w powiatach koneckim i włoszczowskim.		
	9.1.	<p>W województwie ze świadczeń paliatywno-hospicyjnych skorzystało 298,87 pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności (3 miejsce w kraju, +19% w stosunku do średniej dla Polski).</p> <p>W rozbiu na rodzaje świadczeń, w przypadku opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń skorzystało 116,94 pacjentów na 100 tys. ludności (13 miejsce w kraju, -28% w stosunku do średniej dla Polski), w przypadku opieki stacjonarnej 159,97 pacjentów na 100 tys. ludności (1 miejsce w kraju, +68% w stosunku do średniej dla Polski), a w warunkach ambulatoryjnych 85,17 pacjentów na 100 tys. ludności (1 miejsce w kraju, +124% w stosunku do średniej dla Polski).</p> <p>W całej Polsce, jak i w województwie najwięcej osób podlega opiece paliatywnej i hospicyjnej z powodu choroby nowotworowej (83,1% pacjentów, w skali kraju 88,7% pacjentów). Wśród pacjentów ogółem przeważają nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (16,7%) oraz nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy (9,4%).</p>	Zapotrzebowanie na medycynę paliatywną wykazuje stałą tendencję wzrostową co jest wynikiem zmian demograficznych i epidemiologicznych.	<p>Z uwagi na sytuację demograficzną tj. zwiększający się odsetek mieszkańców powyżej 65 roku życia oraz zwiększającą się liczbę pacjentów z chorobami nowotworowymi, zasadne jest zachowanie obecnej struktury świadczeń zdrowotnych, a nawet rozwijanie opieki hospicyjnej i paliatywnej, w tym w warunkach stacjonarnych.</p> <p>Zasadnym jest zwiększenie nakładów finansowych na wszystkie świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny paliatywnej i hospicyjnej.</p>

9.2.	<p>Świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych udzielało 13 ośrodków (1,05 na 100 tys. ludności, 1 miejsce w kraju, +110% w stosunku do średniej dla Polski) na terenie 9 z 14 powiatów. W województwie obserwuje się również najwyższy wskaźnik średniej liczby łóżek w przeliczeniu na 1 mln ludności, co przewyższa zalecaną w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej tj. 80-100 na 1 mln mieszkańców. We wszystkich powiatach z dostępem do opieki stacjonarnej rekomendowana wartość wskaźnika została osiągnięta.</p>	<p>Mimo bardzo dobrej dostępności do opieki stacjonarnej na tle Polski, w województwie brakuje: hospicjów stacjonarnych dla dzieci oraz dziennych ośrodków medycyny paliatywnej zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci.</p>	<p>Podjęcie działań mających na celu realizację świadczeń paliatywnych i hospicyjnych w warunkach stacjonarnych dla dzieci. Zapewnienie możliwości korzystania z dziennych ośrodków medycyny paliatywnej zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci.</p> <p>Zabezpieczenie powiatów, w których są braki w świadczeniach opieki paliatywnej i hospicyjnej przez kontraktowanie świadczeń.</p>
9.3.	<p>W województwie funkcjonowało 19 hospicjów domowych (1,54 na 100 tys. ludności, 6 miejsce w kraju, +5% w stosunku do średniej dla Polski) zlokalizowanych na terenie prawie całego województwa. Chociaż wskaźnik dostępności hospicjów domowych był jednym z wyższych w Polsce, świadczenia paliatywne w warunkach domowych nadal nie zostały zabezpieczone w powiecie opatowskim. Świadczenia w hospicjach domowych dla dzieci prowadzą tylko 2 placówki na terenie dwóch powiatów: staszowskiego i ostrowieckiego.</p>	<p>Nie we wszystkich powiatach dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych został zapewniony.</p>	<p>Dążenie do tworzenia hospicjów domowych, które opiekują się zarówno pacjentem, jak i jego najbliższymi, zapewniając im wsparcie psychologiczne oraz duchowe, w tym zwiększenia dostępności oraz równomiernego zabezpieczenia świadczeń udzielanych w warunkach domowych dla dzieci.</p>

Opieka długoterminowa				Zabezpieczenie powiatów, w których są braki w świadczeniach opieki paliatywnej i hospicyjnej przez kontraktowanie świadczeń.
	9.4.	Województwo jest jednym z 5 województw, które nie zabezpiecza świadczeń realizowanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej.	Z uwagi na fakt, że są to świadczenia mające za zadanie wspieranie rodziny od momentu zdiagnozowania wady płodu przez całą ciążę, a także w czasie porodu oraz pomagające w opiece nad urodzonym chorym dzieckiem, powinno się dążyć do jak najszybszego ich zabezpieczenia.	Zasadnym jest zabezpieczenie świadczeń realizowanych w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej poprzez zakontraktowanie tego zakresu świadczeń.
	10.1.	Sytuacja demograficzna województwa ulega rokrocznie pogorszeniu – spada ogólna liczba ludności. Opieką długoterminową objęte są głównie osoby w wieku 80 lat i więcej – 60,8%. Następna grupę stanowią osoby pomiędzy 65 a 79 roku życia – 26,9%. Osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 20% ludności województwa. Według prognoz ta wartość wzrośnie do 25% przed 2030 r.	Obecnie infrastruktura jest niewystarczająca dla zaspokojenia aktualnych oraz przyszłych potrzeb osób wymagających tego rodzaju opieki.	Dostosowanie infrastruktury opieki długoterminowej do aktualnych potrzeb. Zapewnienie kompleksowej opieki pacjentom w podeszłym wieku oraz przewlekle i terminalnie chorym.
	10.2.	Dla poszczególnych zakresów świadczeń realizowanych na terenie województwa wskaźniki prezentują się następująco:	Zabezpieczenie świadczeń opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.	Należy dążyć do zwiększenia dostępności, równomiernego zabezpieczenia świadczeń opieki długoterminowej udzielanych

	<ul style="list-style-type: none"> – pielęgniarska opieka długoterminowa domowa – wskaźnik wyższy o 16% w porównaniu do Polski, – świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym – wskaźnik wyższy o 32%, – zespół opieki długoterminowej domowej dla pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie – wskaźnik wyższy o 43%, – zespół opieki długoterminowej domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie – wskaźnik wyższy o 2% <p>Obecnie niedostępna jest opieka stacjonarna dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.</p> <p>Główne rozpoznania, które dotyczą pacjentów objętych opieką długoterminową to: choroby układu krążenia – 37,90%, choroby układu nerwowego – 25,90%.</p>		<p>w warunkach domowych, również dla dzieci.</p> <p>Utworzenie ośrodka stacjonarnego lub zakontraktowanie świadczeń dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.</p> <p>Wyrównanie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej dla chorych wymagających wentylacji mechanicznej (również dla dzieci) przez zespoły długoterminowej opieki domowej, w zakładach opiekuńczo – leczniczych, pielęgnacyjno – opiekuńczych.</p>
10.3.	<p>W województwie jest 18 zakładów opiekuńczo-leczniczych, tj. 3 w mieście Kielce, 4 w powiecie kieleckim oraz po 1 lub 2 w poszczególnych powiatach, co stanowi małe zabezpieczenie mieszkańców województwa.</p> <p>Pomimo, że w regionie wystąpił znaczny wzrost dostępności do wskazanego typu usług opieki</p>	<p>Wzmocnienia wymaga zarówno opieka stacjonarna jak i domowa równo rozmieszczona względem zapotrzebowania mieszkańców województwa.</p>	<p>Zwiększenie nakładów finansowych na wszystkie świadczenia zdrowotne z zakresu opieki długoterminowej.</p> <p>Równomierne pod względem potrzeb rozlokowanie powyższych świadczeń</p>

	<p>długoterminowej, a wskaźnik łóżek opieki długoterminowej wzrósł o 21,8%, to w dalszym ciągu dostępność do świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach długoterminowej opieki jest jednak niewystarczająca. Przewidywany wzrost hospitalizacji w zakresie chorób wewnętrznych spowoduje, że konieczne stanie się przeniesienie opieki długoterminowej realizowanej na oddziale chorób wewnętrznych do pozaszpitalnych form opieki.</p>		<p>z uwzględnieniem bliskich dostępów od miejsca zamieszkania pacjentów, także z terenów wiejskich.</p> <p>Z uwagi na zwiększający się odsetek ludności powyżej 65 roku życia przy jednoczesnym spadku liczby mieszkańców województwa, zwiększenie dostępności do świadczeń pielęgnacyjno - opiekuńczych w szczególności stacjonarnych, w powiatach takich jak: kazimierski, pińczowski, staszowski, buski, włoszczowski, jędrzejowski, opatowski.</p>
10.4.	<p>Saldo migracji dla opieki domowej wynosi -20, a dla opieki stacjonarnej -98. Oznacza to, że dostępność do świadczeń, szczególnie stacjonarnych, jest niższa niż potrzeby mieszkańców.</p> <p>Kontrakt na świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki długoterminowej zwiększa się corocznie, ale nadal w dużym stopniu nie zabezpiecza dużych potrzeb mieszkańców województwa.</p>	<p>Dostępność do łóżek opieki długoterminowej w Polsce jest niewystarczająca do zapewnienia aktualnych i przyszłych potrzeb wynikających ze starzenia się społeczeństwa.</p> <p>Migracja pacjentów jest wynikiem niedostatecznej dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w województwie.</p>	<p>Zwiększenie liczby ośrodków długoterminowej opieki domowej, rozwój bazy łóżkowej w ośrodkach opieki długoterminowej.</p>

Państwowe Ratownictwo Medyczne	10.5.	nie dotyczy	Dostępność do długoterminowej opieki pielęgniarstwa świadczonej przewlekle chorym w środowisku domowym jest niewystarczająca do potrzeb mieszkańców województwa.	<p>Tworzenie Dziennych Domów Opieki Medycznej oraz zapewnienie ich finansowania ze środków NFZ jest bardzo potrzebne i wymagane.</p> <p>Należy dążyć do zwiększenia dostępności do wszystkich form opieki długoterminowej, w szczególności do świadczeń realizowanych w warunkach domowych, ambulatoryjnych oraz dziennych.</p>
	11.1.	<p>Średnio na 100 tys. mieszkańców przypadało 4,122 ambulansu, a średnie obciążenie ZRM wynosiło 1 917,63.</p> <p>Pod względem liczby wezwań zespołów ratownictwa medycznego w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r. województwo świętokrzyskie zajmowało 12 miejsce w skali kraju z liczbą 97 799 wezwań.</p> <p>Jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 98,45% wezwań z czasem dojazdu do 15 minut oraz 1,56% wezwań powyżej 15 minut. Poza miastem powyżej</p>	<p>Duże obciążenie zespołów RM może mieć negatywny wpływ na czasy dojazdu do pacjentów.</p> <p>Najmniejsza w kraju liczba ZRM typu S może przełożyć się na potencjalne problemy w udzielaniu pomocy specjalistycznej w ramach ZRM.</p>	<p>Zwiększenie wykorzystania NiŚOZ w celu odciążenia szpitalnych Oddziałów Ratunkowych.</p> <p>Rekomendowane jest powstanie SOR w Busku – Zdroju. Istnieje potrzeba uruchomienia Dziecięcego centrum urazowego.</p> <p>Rekomenduje się potrzebę zakupu karetki typu S w celu</p>

Kadry		<p>10 tys. mieszkańców, odnotowano 85,59 % wezwań z czasem dojazdu do 20 minut oraz 14,42% wezwań powyżej 20 minut.</p> <p>Od 1 września 2019 r. funkcjonuje łącznie 49 Zespołów Ratownictwa Medycznego, w tym 9 ZRM S i 40 ZRM P.</p>		<p>zwiększenia dostępności do specjalistycznej pomocy pacjentom. Dodatkowo istnieje potrzeba uruchomienia</p> <p>Rekomenduje się potrzebę zakupu karetki udarowej z tomografem komputerowym dla potrzeb pacjentów z podejrzeniem udaru, umożliwiającej rozpoczęcie diagnostyki i leczenia na miejscu zachorowania, z uwagi na niekorzystne rozmieszczenie oddziałów neurologicznych.</p>
	12.1.	<p>Liczba pielęgniarek i położnych oraz fizjoterapeutów przypadających na 100 tys. ludności była wyższa niż średnia dla Polski.</p> <p>W przypadku liczby lekarzy i lekarzy dentystów wskaźnik ten przyjął wartość niższą od średniej krajowej.</p> <p>Istnieje deficyt lekarzy zatrudnionych w krwiodawstwie.</p>	<p>Wyzwaniem jest poprawa dostępności do kadry lekarskiej i lekarsko-dentystycznej.</p>	<p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania pracy jako lekarz lub lekarz dentysta na terenie województwa np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych medyków.</p>

12.2.	<p>Systematycznie pogłębiający się proces starzenia ludności województwa powoduje, że zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską będzie wzrastać.</p> <p>Oszacowano znaczny spadek liczby pielęgniarek (o 24%) w wieku 25-59 lat w przeciągu 10 lat (do 2029 r.).</p> <p>Problemy z kadrą pielęgniarską są szczególnie wyraźne w pielęgniarstwie geriatrycznym i neurologicznym, jak również w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą nowotworową, w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, w pracowniach diagnostycznych radiologii i diagnostyki obrazowej oraz w opiece długoterminowej.</p>	Obserwowane i prognozowane są braki w liczbie pielęgniarek.	<p>Zwiększenie liczby miejsc na kierunkach pielęgniarstwo oraz utworzenie systemu motywującego absolwentów liceów do rozpoczęcia studiów pielęgniarskich.</p> <p>Wskazana jest intensyfikacja działań motywacyjnych do podnoszenia kwalifikacji zawodowych.</p>
12.3.	<p>Liczba lekarzy medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi 1,0, a średni wiek lekarzy to 52 lata. Wskaźnik dostępności lekarzy powinien wynosić 3,0 na 100 tys. ludności. Niewystarczająca jest również liczba pielęgniarek, w szczególności posiadających specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej.</p>	Zabezpieczenie kadry medycznej w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej nie jest wystarczające.	<p>Zasadnym jest zwiększenie w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej, liczby lekarzy ze specjalizacją z medycyny paliatywnej (co najmniej do wartości referencyjnej tj. 3 lekarzy/100 tys. ludności) oraz pielęgniarek, w szczególności ze specjalizacją pielęgniarstwo</p>

			w opiece paliatywno-hospicyjnej.
12.4.	<p>W zakresie wymienialności pokoleniowej lekarzy specjalistów największe różnice były pomiędzy liczbą lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny do 2024 r. a liczbą lekarzy, którzy do tego czasu uzyskają tytuł specjalisty występują w dziedzinach: choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna oraz położnictwo i ginekologia.</p> <p>Największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych (oszacowane na 2020 r. z uwzględnieniem liczby miejsc szkoleniowych potrzebnych do wymienialności pokoleniowej oraz rekomendowanej liczby lekarzy specjalistów) były w następujących dziedzinach: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, psychiatria, geriatria, medycyna pracy, pediatria, medycyna ratunkowa.</p> <p>Występował duży niedobór kadry medycznej w dziedzinach priorytetowych takich jak: medycyna paliatywna, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca, gastroenterologia, gastroenterologia dzieci i młodzieży, kardiochirurgia, otorynolaryngologia</p>	<p>Obserwowane i prognozowane są braki w liczbie lekarzy specjalistów z wybranych dziedzin.</p>	<p>Utworzenie większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach, w których oszacowano zapotrzebowanie na miejsca specjalizacyjne.</p> <p>Stworzenie i wprowadzenie systemu motywującego mniejsze placówki do występowania o akredytację do otwierania nowych miejsc szkoleniowych.</p> <p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie województwa w wybranych dziedzinach np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych medyków.</p> <p>Zwiększenie zatrudnienia w opiece psychiatrycznej, głównie w leczeniu</p>

	<p>dziecięca, dermatologia i wenerologia, medycyna sportowa, mikrobiologia lekarska, nefrologia dziecięca, neuropatologia, pediatria metaboliczna.</p> <p>Niewykorzystywane są dostępne miejsca specjalizacyjne z m.in. dziedzin takich jak: psychiatria, transfuzjologia kliniczna, kardiochirurgia.</p>		ambulatoryjnym oraz opiece środowiskowej.
12.5.	<p>W 5 SOR nie ma kierowników posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej, w 10 specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego zatrudnionych jest 3 lekarzy z tą specjalizacją, 13 jest w trakcie specjalizacji.</p>	<p>Obawy budzi niewystarczająca liczba lekarzy ze specjalizacją z medycyny ratunkowej w celu zabezpieczenia obsady w SOR, w Centrum Urazowym oraz w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego.</p>	Należy dążyć do poprawy sytuacji kadrowej w SOR.
12.6.	<p>Zauważalny jest również brak psychologów, będących specjalistami psychologii klinicznej.</p>	<p>Obserwowane są braki w liczbie psychologów klinicznych.</p>	Należy dążyć do poprawy sytuacji kadrowej w ramach psychologów klinicznych
12.7.	<p>Brak kadry diagnostów laboratoryjnych w powiatowych szpitalach. Odnotowano także niską liczbę diagnostów z uprawnieniami immunohepatologicznymi oraz specjalizacją z laboratoryjnej transfuzjologii medycznej w szpitalach.</p>	<p>Obserwowane są braki w liczbie diagnostów laboratoryjnych.</p>	<p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie województwa dla diagnostów laboratoryjnych np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych diagnostów.</p>

Sprzęt medyczny	13.1.	<p>Akceleratory zlokalizowane były w m. Kielce. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu buskiego, ostrowieckiego (60 km). Średni wiek akceleratorów nie przekracza 7 lat. Stosunkowo niski wiek sprzętów oraz średnia roczna liczba wykonywanych procedur nie przekraczająca 628,75 przekładają się na to, że aktualnie 2 z 4 akceleratorów ma średni priorytet do wymiany.</p>	<p>Szacuje się, że do 2023 r. 50% akceleratorów w województwie osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty, natomiast do 2029 r. wszystkie obecnie posiadane akceleratory będą wymagały wymiany.</p>	<p>Przede wszystkim należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych z dostosowaniem infrastruktury.</p>
	13.2.	<p>Angiografy zostały rozmieszczone w mieście Kielce i powiatach: koneckim, sandomierskim, buskim. Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym jest, co najmniej 1 angiograf jest powiat jędrzejowski i kazimierski (47 km).</p> <p>Wiek aparatów angiograficznych waha się od 1 do 19 lat. Najstarsze angiografy są w m. Końskie, gdzie wg stanu na 2019 r. aż 75% aparatów miało 12 lat – 19 lat. 66% angiografów w województwie to sprzęt „młody” do bazy sprzętów „starych” zalicza się 27% angiografów.</p>	<p>30% angiografów w województwie ma wysoki priorytet do wymiany, pozostałe 70% znajduje się w bazie sprzętu o niskim priorytecie do wymiany. Do 2023 r. 40% angiografów osiągnie wiek predysponujący do wymiany na nowy sprzęt. W perspektywie 2030 r. wszystkie obecnie posiadane angiografy będą się zaliczały do sprzętów starych, wymagających wymiany. Uwagę zwraca nierównomierny rozkład eksploatacji sprzętu (najniższa średnia roczna liczba wykonywanych badań w pow. buskim: 3, najwyższa w pow. sandomierski: 1329).</p>	<p>Przede wszystkim należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych z dostosowaniem infrastruktury.</p>

13.3.	Województwo posiadało jedynie 2 aparaty do brachyterapii, ulokowane w m. Kielce, w którym funkcjonuje ośrodek onkologiczny. W 2019 r. na obu aparatach wykonano średnio 405,6 badań.	Wiek aparatów to 13 i 17 lat, w związku z czym już w chwili obecnej znajdują się one w bazie zapotrzebowania na nowe sprzęty (aparaty mają średni priorytet do wymiany)	Przede wszystkim należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego. Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych z dostosowaniem infrastruktury.
13.4.	Województwo dysponuje dwoma aparatami ECMO, służącymi do pozaustrojowego utlenowania krwi; wszystkie znajdują się w m. Kielce. Odległość od najbliższego aparatu jest największa dla mieszkańców powiatu sandomierskiego (95 km). Średni wiek sprzętu to 7 lat; średnie liczba badań to 2,5 procedury w ciągu roku.	Według prognoz zapotrzebowania, w 2023 r. 100% aparatów ECMO przekroczy wiek 10 lat.	Przede wszystkim należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego. Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej.
13.5.	Gammakamery zlokalizowane były w mieście Kielce i powiatach: kieleckim i koneckim. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu sandomierskiego (95 km). Rozpiętość wieku posiadanego sprzętu jest duża: od 1 roku do 20 lat (w jednym powiecie średni wiek gammakamer jest poniżej 20 lat). Duży udział „starego” sprzętu sprawia, że już na chwilę obecną	Wysoki priorytet do wymiany posiadało 66% sprzętu, niski priorytet 34%. Uwagę zwraca nierównomierny rozkład eksploatacji sprzętu.	Przede wszystkim należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego. Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań

	<p>80% aparatów kwalifikuje się do wymiany w m. Kielce. Już teraz 4 na 6 gammakamer w województwie osiągnęło wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań. Do 2029 r. wszystkie obecnie posiadane gammakamery będą wymagały wymiany.</p>		<p>technologicznych z dostosowaniem infrastruktury.</p>
13.6.	<p>Stacjonarne mammografy działały w 6 powiatach, w tym w trzech powiatach grodzkich (Kielce, Ostrowiec Świętokrzyski, Skarżysko-Kamienna, Starachowice, Staszów, Pińczów). Takie rozmieszczenie mammografów, wsparte aparatami mobilnymi świadczy o dobrej dostępności do badań na terenie województwa.</p> <p>Mammografy stacjonarne w województwie, miały od 2 do 19 lat; w połowie powiatów średni wiek sprzętu przekraczał 11 lat.</p> <p>Wysoki priorytet do wymiany posiadało 71,4% sprzętu, średni priorytet 14,3%. Według prognoz zapotrzebowania, 93% posiadanych mammografów stacjonarnych będzie musiała być wymieniona do 2023 r.</p> <p>Eksploatacja sprzętu w powiatach była zróżnicowana: od 0 do 2 240 badań/rok; w czterech powiatach średnie wykorzystanie sprzętu nie przekroczyło 200 badań w roku (pińczowskim, ostrowieckim, starachowickim, staszowskim). Niskie</p>	<p>Wysoki priorytet do wymiany posiadało 71,4% sprzętu, średni priorytet 14,3%.</p> <p>Według prognoz zapotrzebowania, 93% posiadanych mammografów stacjonarnych będzie musiała być wymieniona do 2023 r.</p>	<p>Przede wszystkim należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych z dostosowaniem infrastruktury.</p>

	wykorzystanie nie zawsze dotyczyło sprzętu najstarszego.		
13.7.	Województwo posiadało tylko jeden aparat PET w wieku 13 lat. Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym zlokalizowane są aparaty PET jest powiat sandomierski (95 km).	Jedynе urządzenie PET w województwie ma obecnie wysoki priorytet do wymiany. Średnie wykorzystanie aparatów: 3,6 tys. procedur/rok.	Przedе wszystkim należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego. Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych z dostosowaniem infrastruktury.
13.8.	Rezonanse magnetyczne zlokalizowane było w Kielcach, Ostrowcu Świętokrzyskim, Starachowicach, Skarżysku – Kamiennej, Sandomierzu, Staszowie, Busku – Zdroju, Końskich. W 2019 r. w sześciu powiatach średni wiek sprzętów nie przekraczał 8 lat. W jednym z powiatów tj. pow. skarżyskim przekroczył 12lat (najczęściej występujący średni wiek sprzętów w powiecie to około 7 lat). Średnia roczna wykonywana liczba procedur waha się od 2000 w pow. buskim do 4000 w pow. staszowskim. Duży udział sprzętu w "młodym" wieku powoduje, że 86,7% aparatów ma niski lub średni priorytet do	W 2023 r. 80% rezonansów magnetycznych w województwie przekroczy wiek 10 lat i zostanie zaliczona do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty. W 2030 r. 100% obecnych zasobów będzie się kwalifikowało do wymiany.	Przedе wszystkim należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego. Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych z dostosowaniem infrastruktury.

	wymiany, a tylko 2 aparaty znalazły się w wysokim priorytecie do wymiany (Skarżysko- Kamienna - 1, Busko Zdrój -1).		
13.9.	<p>Aparaty RTG to bardzo rozpowszechnione urządzenia diagnostyczne, dostępne we wszystkich powiatach.</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 7 do 16 lat. 30% sprzętów ma wysoki priorytet do wymiany (są to aparaty w wieku 13-36 lat) 89 sztuk aparatów z tej grupy było wykorzystywane w całym województwie. Niski priorytet do wymiany posiada 69% aparatów RTG.</p>	<p>Do 2023 r. 57% aparatów RTG w województwie osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty.</p> <p>W województwie było bardzo dużo starego sprzętu, na którym wykonuje się dużo zabiegów np. w pow. kieleckim na 36 letnim aparacie wykonano 1500 badań, a w pow. skarżyskim na 33 letnich wykonano 1600 badań.</p>	<p>Przede wszystkim należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych z dostosowaniem infrastruktury.</p>
13.10.	<p>Tomografy komputerowe zlokalizowane były w większości powiatów województwa poza powiatem: kazimierskim. Gęstość tomografów na 100 tys. ludności wynosi 1,94 i jest to wartość niższa od średniej dla kraju 2,02.</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 1 do 15 lat. Jako sprzęt „stary” kwalifikowanych jest 10% aparatów, jako sprzęt „młody” 16,5% aparatów.</p> <p>Średnie wykorzystanie aparatów waha się od 776 procedur/rok (pow. opatowski) do 10,7 tys. (pow. konecki).</p>	<p>Zgodnie z rekomendacjami, 8% tomografów komputerowych w województwie ma obecnie wysoki priorytet do wymiany, 75% ma priorytet niski. Prognozuje się, że do 2023 r. 80% aparatów TK osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań, a w perspektywie 2030 r. wszystkie obecnie posiadane tomografy będą się zaliczały do sprzętów starych, wymagających wymiany.</p>	<p>Przede wszystkim należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych z dostosowaniem infrastruktury.</p>

Pozostałe obszary	13.11.	<p>Aparaty USG dostępne były we wszystkich powiatach. Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 7 do 13 lat (w większości powiatów przekracza 10 lat). Duży udział sprzętów „starych” przekłada się na rekomendacje, zgodnie z którymi aż 57% aparatów ma wysoki priorytet do wymiany.</p> <p>Uwagę zwraca nierównomierny rozkład eksploatacji sprzętu (najniższa średnia roczna liczba wykonywanych badań w pow. jędrzejowskim: 370, najwyższa w pow. Kieleckim średnio 1 060 procedur/rok).</p>	<p>Do 2023 r. 75% aparatów USG w województwie, osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty (62% aparatów powinno być wymienione w tym roku).</p> <p>Na 20 letnim aparacie, który ma wysoki priorytet do wymiany wykonano najwięcej badań USG: 4649).</p>	<p>Przede wszystkim należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>Bieżąca wymiana wyeksploatowanej aparatury medycznej, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych z dostosowaniem infrastruktury.</p>
	14.1.	<p>Wartość kontraktów w zakresie ortodoncji dla dzieci i młodzieży systematycznie się zmniejsza. Powodem powyższego jest głównie brak kadry medycznej o ww. specjalizacji. W chwili obecnej na terenie województwa świętokrzyskiego mocno deficytową usługą są doraźne świadczenia stomatologiczne w godzinach późnowieczornych. Powyższe wynika z braku zainteresowania świadczeniodawców realizacją świadczeń w ramach zakresu „świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej”.</p>	nie dotyczy	<p>Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępu do leczenia stomatologicznego i ortodontycznego.</p> <p>Zwiększenie poziomu finansowania świadczeń w zakresie ortodoncji dla dzieci i młodzieży.</p> <p>Opracowywanie programów edukacyjnych w zakresie stomatologii dla ludzi starszych.</p>

				<p>Uruchomienie nocnej i świątecznej opieki stomatologicznej w zakresie chirurgii stomatologicznej.</p> <p>Zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń stomatologicznych oraz świadczeń dotyczących profilaktyki chorób jamy ustnej.</p>
--	--	--	--	--

Załącznik 14.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa warmińsko-mazurskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja/diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	<p>Województwo jest czwartym, co do wielkości regionem w Polsce. Jego obszar to 24 173 km², co stanowi 7,7% powierzchni kraju. Województwo zamieszkiwało ogółem 1 422 737 osób (stan na dzień 31 XII 2019 r.), co w skali kraju stanowiło 3,71% ogółu ludności.</p> <p>W 2019 r. w województwie średnia gęstość zaludnienia wynosiła 59 osób na 1 km² i była ponad dwukrotnie niższa niż w kraju (tj. na 1 km² powierzchni kraju przypadają 123 osoby). W miastach województwa przeciętnie mieszkało 1366 osób/km², a na wsi 25 osób/km².</p> <p>Liczba ludności województwa była mniejsza o 0,44 % w 2019 r. w stosunku do 2000 r. Stosunkowo duża powierzchnia województwa (w porównaniu z innymi rejonami kraju) w powiązaniu z niską gęstością zaludnienia stanowią problem w zakresie</p>	Rozległość terytorialna województwa, a co za tym idzie, duże odległości mieszkańców od ośrodków opieki zdrowotnej, utrudnia organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej.	nie dotyczy

	zapewnienia mieszkańcom województwa równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.		
1.2.	Wg prognoz demograficznych dla województwa na przestrzeni lat 2019-2028, będzie wzrastać udział ludności w wieku poprodukcyjnym (60/65 i więcej lat) o 25,31% w ogólnej populacji województwa. Szybkie starzenie się ludności województwa oraz wolniejszy wzrost długości lat życia w zdrowiu, niż lat życia ogółem, będzie powodowało obniżenie zapotrzebowania m.in. na świadczenia zdrowotne dla dzieci, świadczenia położnicze, a wzrost na takie, które będą służyły najstarszej części populacji.	nie dotyczy	nie dotyczy
1.3.	W województwie utrzymywał się ujemny przyrost naturalny, który na 1 tys. ludności w 2015 r. wynosił (-0,51), w 2016 r. (-0,44), ze wzrostem w 2017 +0,08 i kolejnymi spadkami w 2018 r. (-0,90) i w 2019 r. (-1,39). Różnica między liczbą urodzeń i zgonów w 2019 r. wyniosła (-1 983) osoby, a w 2018 r. (-1 286) osób. W 2019 r. zarejestrowano o 5,7% urodzeń żywych mniej niż rok wcześniej. Współczynnik urodzeń żywych na 1 tys. ludności w 2019 r. wynosił 9,05 (w kraju 9,77), wobec 9,56 w 2018 r. W miastach był wyższy niż na wsi i wyniósł odpowiednio 9,24 i 8,79.	nie dotyczy	nie dotyczy

Epidemiologia i prognoz epidemiologiczn	1.4.	<p>W 2019 r. liczba zgonów zmniejszyła się o 0,5%. Współczynnik natężenia zgonów, przedstawiający liczbę zgonów na 1 tys. ludności w porównaniu do 2018 r. zmniejszył się i wynosił odpowiednio 10,44 wobec 10,46 (w kraju 10,67 w 2019 r., wobec 10,78 w 2018 r.). Wartość wskaźnika dla miast ukształtowała się na poziomie 10,61, natomiast dla wsi 10,21. W 2018 r. natężenie zgonów było wyższe na wsi niż w miastach w województwie, odnotowano o 208 więcej zgonów na wsi na 100 tys. ludności. Nadal odnotowywane było zjawisko nadumieralności mężczyzn (zgony mężczyzn stanowiły 52,7% ogółu zgonów w województwie). Natężenie zgonów mężczyzn poniżej 60. roku życia było 2-3 krotnie wyższe niż kobiet w tym wieku. W 2019 r. dysproporcja między przeciętnym trwaniem życia mężczyzn i kobiet wynosiła 8,2 lat.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy
	2.1.	<p>Najwyższe wartości wskaźnika DALY w województwie dotyczyły podgrupy nowotworów. Jednocześnie, wśród najwyższych wartości wskaźnika DALY najbardziej obciążający okazał się nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc. Sytuacja w województwie była pod tym względem gorsza w porównaniu do sytuacji w kraju.</p>	nie dotyczy	nie dotyczy

2.2.	Największą liczbę zgonów powodowała choroba niedokrwienna serca. Liczba ta wzrastała od 2014 r. i do 2028 r. prognozuje się dalsze wzrosty.	nie dotyczy	nie dotyczy
2.3.	Zgodnie z wartościami wskaźnika DALY w rankingu problemów zdrowotnych w województwie odnotowano znaczny wzrost dla cukrzycy. Wartość wskaźnika DALY w przeliczeniu na 100 tys. ludności przyjęła w 2019 r. najwyższe wartości spośród wszystkich województw (z 7 miejsca w 1999r. na 4 miejsce w 2019 r.).	Wzrost natężenia tego problemu zdrowotnego spowoduje wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń ambulatoryjnych.	nie dotyczy
2.4.	Pod względem największej liczby zgonów kolejnymi problemami zdrowotnymi ze wzrostem pod względem wartości wskaźnika DALY z 12. na 7 miejsce był nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy. Według prognoz do 2028 r. przewiduje się dalszy wzrost liczby zgonów o 10,53%.	Uwzględniając dane demograficzne dla województwa zwiększała się będzie ilość osób starszych z wieloma chorobami układu pokarmowego i schorzeniami współistniejącymi, w tym zachorowaniami na nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego i jamy brzusznej. Realizacja Programu Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.	nie dotyczy
2.5.	Jednym z utrzymujących się wysoko wskaźników DALY problemów zdrowotnych w województwie jest	Narastające choroby cywilizacyjne, siedzący tryb życia, mała aktywność	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		ból dolnego odcinka kręgosłupa, ze wskaźnikiem DALY na 5 miejscu.	fizyczna oraz zwiększająca się liczba osób w wieku podeszłym sprzyjają bólowi dolnego odcinka kręgosłupa i tendencji pogarszania się jakości życia społeczeństwa. Konieczność zwiększenia dostępności do świadczeń ograniczających niezdolność do pracy i niepełnosprawność.	
	3.1.	Udział wszystkich czynników ryzyka w DALY wynosił 17,2 tys. na 100 tys. ludności (dla Polski 17,0 tys.). Dominującą grupę czynników ryzyka stanowiły czynniki behawioralne. Największy udział w DALY dla kobiet i mężczyzn łącznie miał: tytoń (ok. 6,1 tys. na 100 tys. ludności vs ok. 5,7 tys. na 100 tys. ludności dla Polski), wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo (4 tys. vs 3,6 tys.) oraz wysoki BMI (3,9 tys. vs 4 tys.). Na zgony najbardziej wpływał: tytoń (ok. 230 zgonów na 100 tys. ludności; wartość dla Polski ok. 216). Udział tytoniu w DALY i zgonach u kobiet wzrósł od 2010 r. odpowiednio o ok. 16,3% i 23,3%. Z zakresu profilaktyki tytoniu przeprowadzono 4 programy, których działaniem objęto średnio 140 osób. Działania przeprowadzono tylko w 4 powiatach.	W województwie udział czynników ryzyka w utracie DALY jest wyższy niż średnio w Polsce. Najbardziej obciążające są czynniki ryzyka związane ze stylem życia. Problem palenia tytoniu bardziej nasila się u kobiet. Wiele powiatów nie zabezpieczono w działania z zakresu profilaktyki palenia i używania tytoniu.	Podjęcie działań z zakresu profilaktyki ukierunkowanych na najbardziej obciążające czynniki ryzyka. Zapewnienie równomiernego dostępu do profilaktyki. Zapewnienie osobom z uzależnieniami wszechstronnej, zintegrowanej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem dzieci i młodzieży.

3.2.	Prognoza epidemiologiczna wskazuje na wzrost zapadalności m.in. na: choroby układu krążenia, cukrzycy i choroby nerek, choroby narządów zmysłu, choroby układu mięśniowo-szkieletowego, choroby układu trawiennego.	Prognozuje się wzrost wartości wskaźników epidemiologicznych w przypadku wielu istotnych grup chorób, które obciążają społeczeństwo.	Należy ukierunkować działania profilaktyczne na zmniejszenie oddziaływania czynników ryzyka przyczyniających się do wystąpienia istotnych problemów zdrowotnych.
3.3.	W kierunku raka szyjki macicy przebadano ok. 26% rocznej populacji do przebadania. Udział przebadanych kobiet w populacji do przebadania z roku na rok maleje (w 2018 r. było to ok. 26,6 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania, a w 2019 r. 25,5 tys.). Do 2017 r. zmniejszyła się o ok. 3,8%. Zapadalność na nowotwór złośliwy szyjki macicy w przeliczeniu na 100 tys. w województwie wyniosła 18,7 vs 16,5 dla Polski, a liczba zgonów na 100 tys. kobiet to 12,2 vs 10,7 dla Polski.	Zgłaszalność na badania cytologiczne w województwie jest niska. Zapadalność i śmiertelność na nowotwór szyjki macicy jest wyższa niż średnio w kraju.	Konieczne jest zintensyfikowanie działań na rzecz poprawy zgłaszalności na badania cytologiczne. Wdrożenie działań w zakresie promowania badań przesiewowych.
3.4.	W kierunku nowotworu złośliwego sutka przebadano ok. 71% rocznej populacji do przebadania. Prognozuje się wzrost zapadalności na ten nowotwór - o ok. 16% do 2028 oraz wzrost liczby zgonów tj. o ok. 11% w analogicznym okresie.	nie dotyczy	Wskazane jest zintensyfikowanie działań umożliwiających przebadanie jak największej liczby kobiet w kierunku nowotworu złośliwego sutka. Rekomenduje się wdrażanie programów z zakresu profilaktyki nowotworowej.

Podstawowa opieka zdrowotna	4.1.	W województwie wzrosła liczba wizyt w POZ pacjentów do 18. roku życia ze schorzeniami przewlekłymi wymagającymi opieki czynnej (dychawica oskrzelowa, zniekształcenia kręgosłupa,, zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, otyłość, niedokrwistość.	Wzrost zachorowalności wśród dzieci i młodzieży na astmę oskrzelową, alergię skórne i pokarmowe, niedokrwistość, choroby tarczycy, zaburzenia rozwojowe i choroby układu moczowego, a także diagnozowane wady postawy oraz otyłość. Zaobserwowano niewystarczającą edukację i nieadekwatne programy zdrowotne.	Należy wzmocnić działania profilaktyczne, edukacyjne, które realizowane będą przez pielęgniarkę i lekarza POZ we współpracy z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania. Należy dążyć do wzmacniania roli członków rodziny we wdrażaniu nawyków prozdrowotnych i promocji zdrowia.
	4.2.	Wskaźnik pracującej kadry medycznej na 100 tys. ludności w województwie w stosunku do danych w kraju wyglądał następująco: lekarzy 54,49 vs 68,16, lekarzy pediatrów (54,7 vs 74,3), położnych (9,56 vs 12,82), a pielęgniarek (76,61 vs 76,22).	Można zauważyć niedobór położnych w powiatach kętrzyńskim, mławowskim, działowskim czy Olsztynie, pielęgniarek POZ w powiatach gołdapskim, bartoszyckim, węgorzewskim oraz lekarzy POZ w powiatach elbląskim, działowskim, bartoszyckim, lidzbarskim, piskim, nidzickim, mławowskim czy gołdapskim.	Należy dążyć do zwiększenia liczebności kadry medycznej pracującej w POZ w powiatach województwa, gdzie sytuacja jest trudna, w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń POZ ze szczególnym uwzględnieniem obszarów wiejskich.
Ambulat. opieka spec.	5.1.	W 2019 r. nie było żadnej poradni okulistycznej realizującej świadczenia zdrowotne w ramach NFZ, w powiatach: bartoszyckim i węgorzewskim; poradni kardiologicznej w powiecie nowomiejskim, poradni	Niedostateczny dostęp do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych dla dorosłych i dzieci głównie w zakresie dermatologii	Należy zapewnić optymalny dostęp do świadczeń w zakresie: okulistyki dzieci i dorosłych, dermatologii i wenerologii,

	<p>otorynolaryngologicznej w powiecie gołdapskim, poradni dermatologicznej w powiatach: iławskim, gołdapskim i oleckim, poradni neurologicznej w powiecie węgorzewskim, poradni urologicznej w powiatach węgorzewskim, ostródzkim, elbląskim.</p> <p>Województwo wyróżniało się negatywnie pod względem czasu oczekiwania na poradę, dotyczyło to przede wszystkim poradni okulistycznej - dla przypadków stabilnych czas ten wynosił 245 dni i był najdłuższy spośród wszystkich województw, średnia dla Polski to 139 dni.</p> <p>Czas oczekiwania dla przypadków stabilnych dłuższy niż 180 dni dotyczył poradni: chorób metabolicznych, poradni genetycznej dla dzieci i badań genetycznych oraz poradni foniatrycznej.</p> <p>Czas oczekiwania dla przypadków pilnych dłuższy niż 60 dni dotyczy poradni chorób zakaźnych, świadczeń z zakresu endokrynologii, poradni neurochirurgicznej i świadczeń z zakresu kardiologii.</p> <p>Najdłuższy czas oczekiwania na poradę dotyczył również poradni ortodontycznej dla dzieci jak i dorosłych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu.</p> <p>W województwie występował nierównomierny dostęp do zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii. Najmniejsza liczba poradni na 10 tys. mieszkańców</p>	<p>i wenerologii, kardiologii, neurologii, neurochirurgii, otolaryngologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, diabetologii, endokrynologii, logopedii, okulistyki, ortodontycznych, ginekologiczno-położniczej, chorób metabolicznych, genetycznej dla dzieci.</p> <p>Zwiększenie dostępności do ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych wpłynie na wdrożenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego we wczesnym stadium choroby, co zapewnia poprawę uzyskiwanych efektów zdrowotnych.</p>	<p>kardiologii, neurologii, neurochirurgii, otolaryngologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, diabetologii, endokrynologii, logopedii i okulistyki, ginekologii i położnictwa, poradni ortodontycznych, poradni chorób metabolicznych oraz poradni genetycznej dla dzieci mieszkańców wszystkich powiatów.</p>
--	---	---	--

	występowała w powiecie piskim, nidzickim, giżyckim, węgorzewskim, bartoszyckim.		
5.2.	Województwo jest terenem wysoce endemicznym dla chorób przenoszonych przez kleszcze. Miało wyższy od ogólnopolskiego wskaźnik zapadalności na tego typu choroby. Wskaźnik zapadalności na boreliozę w 2019 r. wyniósł: 41,29, a w Polsce: 17,35, natomiast wskaźnik zapadalności na kleszczowe zapalenie mózgu w województwie warmińsko-mazurskim wyniósł 0,63, a w kraju 0,16.	Dostępność do poradni chorób zakaźnych jest niewystarczająca.	Istnieje konieczność zwiększenia dostępności do poradni chorób zakaźnych z uwagi na wysoką zachorowalność na choroby przenoszone przez kleszcze (borelioza, kleszczowe zapalenie mózgu).
5.3.	W województwie na 21 powiatów w 3 powiatach (szczycieńskim, olsztyńskim, elbląskim i miastach na prawach powiatu tj. m. Olsztyn, i m. Elbląg) występowały poradnie chorób płuc. Najdłuższy czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w poradni wynosił 107 dni. Wskaźnik liczby zgonów na 100 tys. ludności z powodu chorób płuc na wsiach był najwyższy w kraju.	Województwo pod względem liczby poradni chorób płuc znajdowało się na przedostatnim miejscu w kraju. Zbyt duża odległość do poradni powoduje ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych, szczególnie dla mieszkańców mniejszych miejscowości lub wsi. W 2018 r. natężenie zgonów było wyższe na wsi niż w miastach w województwie, odnotowano o 208 więcej zgonów na wsi na 100 tys. ludności.	Należy dążyć do zwiększenia dostępności do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w zakresie chorób płuc oraz wyrównanie różnic w ich dostępności pomiędzy poszczególnymi powiatami, ze szczególnym uwzględnieniem mieszkańców wsi.

Leczenie szpitalne	5.4.	<p>Współczynnik liczby porad w AOS z powodu cukrzycy na 1 tys. ludności wyniósł 48,69, w Polsce 58,57.</p> <p>Funkcjonowały 22 poradnie diabetologiczne.</p> <p>Wskaźnik liczby poradni na 10 tys. ludności wyniósł 0,15, natomiast w Polsce 0,19. W województwie funkcjonowały jedynie 2 poradnie stopy cukrzycowej. Najdłuższy czas oczekiwania w poradniach diabetologicznych wynosił 219 dni.</p>	<p>Funkcjonujące poradnie niedostatecznie pokrywały stale rosnące potrzeby województwa.</p> <p>Istotnym problemem była niewystarczająca liczba poradni diabetologicznych - brak poradni w Ostródzie, Biskupcu i Olecku.</p> <p>Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie diabetologii oraz dietetyków w województwie była niewystarczająca.</p>	<p>Zapewnienie kompleksowego leczenia chorych z cukrzycą, opartego m.in. na utworzeniu sieci poradni diabetologicznych w województwie wraz ze zwiększaniem liczby poradni stopy cukrzycowej, a także zatrudnianiem dietetyków w funkcjonujących poradniach diabetologicznych.</p>
	6.1.	<p>Wskaźnik liczby stanowisk intensywnej terapii na 100 tys. ludności wynosił 8,3 i był najniższy w kraju.</p> <p>Poszczególne szpitale zgłaszały stały brak wolnych miejsc wymagających stanowisk intensywnej terapii - głównie w szpitalach III poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa oraz w ośrodku onkologicznym wykonującym procedury wysokospecjalistyczne m.in. zabiegi wątroby, trzustki.</p>	<p>Liczba stanowisk intensywnej terapii jest niewystarczająca – wynika to z porównania wartości wskaźnika do średniej dla kraju oraz ze zgłoszeń szpitali.</p>	<p>Należy dążyć do zwiększenia liczby stanowisk intensywnej terapii głównie w szpitalach III poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i ośrodka onkologicznym.</p>
	6.2.	<p>Długi czas oczekiwania do poradni chirurgii naczyniowej (przypadek stabilny - średni czas oczekiwania - 249 dni, w przypadkach pilnych 127,7 dni), skutkuje tym, że w województwie leczenie chorób naczyń podejmowane było</p>	<p>Nieadekwatna do potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa dostępność do leczenia szpitalnego w zakresie chirurgii naczyniowej.</p>	<p>Poprawa leczenia chorych z chorobami naczyń obwodowych.</p>

	<p>w zaawansowanym stadium choroby, co w połączeniu z chorobami współistniejącymi pogarszało wyniki leczenia pacjentów. Świadczy o tym stale rosnąca w województwie liczba amputacji kończyn z powodu niedokrwienia i cukrzycy – wzrost o 30,7% w porównaniu do roku poprzedniego.</p> <p>Wg prognoz w latach 2018-2029 należy spodziewać się wzrostu o 30% zapotrzebowania na łóżka szpitalne z zakresu chorób naczyń.</p> <p>W długotrwałej perspektywie stałym trendem jest starzenie się społeczeństwa i wzrost częstości występowania czynników ryzyka sprzyjających występowaniu chorób naczyń.</p> <p>Epidemia cukrzycy sprzyja występowaniu w populacji powikłań naczyniowych, w tym miażdżycy tętnic obwodowych oraz tzw. stopy cukrzycowej, która jest najczęstszą przyczyną amputacji kończyn dolnych.</p>	<p>Aktualnie leczenie chorych naczyniowych podejmowane jest w zbyt zaawansowanym stadium, co w połączeniu z chorobami współistniejącymi pogarsza wyniki leczenia.</p> <p>Wczesne wyniki leczenia zabiegowego są gorsze niż średnia w kraju, zbyt wiele wykonywanych jest amputacji pierwotnych kończyn i wzrost liczby osób trwale niezdolnych do pracy i wymagających opieki z powodu chorób naczyń obwodowych.</p> <p>Leczenie wewnątrznaczyniowe charakteryzuje się mniejszą śmiertelnością i poprawą wyników leczenia.</p> <p>Brak jest programów profilaktycznych i przesiewowych w omawianym obszarze.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii naczyniowej, a także skrócenie okresu oczekiwania na diagnostykę i leczenie chirurgiczne.</p> <p>Organizacja realizacji świadczeń w zakresie chirurgii naczyniowej zapewniająca pacjentom ciągłość i kompleksowość świadczeń.</p>
6.3.	<p>Starzejące się społeczeństwo i związany z wiekiem wzrost liczby osób ze schorzeniami kostno-stawowymi oraz pacjentów z urazami wpływa na wzrost zapotrzebowania na świadczenia ortopedyczne.</p>	<p>Zwiększenie liczby wykonywanych zabiegów głównie zabiegów w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego umożliwi skrócenie okresu niezdolności do pracy, zmniejszy liczby</p>	<p>Zwiększenie liczby wykonanych zabiegów w poszczególnych ośrodkach.</p> <p>Zakup nowoczesnego sprzętu.</p>

	<p>Czas oczekiwania na planowane zabiegi w oddziałach ortopedii i traumatologii narządu ruchu w przypadku stabilnym wynosił m.in. endoprotezoplastyki stawu kolanowego – 658,3 dni, stawu biodrowego 414,8 dni.</p>	<p>powikłań, wpłynie na aktywizację zawodową chorych, a także zmniejszy udział osób sprawujących opiekę nad chorymi.</p>	<p>Zapewnienie wczesnej rehabilitacji.</p>
6.4.	<p>Udział osób starszych w społeczeństwie rośnie z roku na rok i prognozowane są kolejne wzrosty tego wskaźnika.</p> <p>W województwie funkcjonuje jeden oddział geriatryczny.</p>	<p>Potrzeby zdrowotne ludzi w wieku starszym są ogromne z uwagi na wielochorobowość, wielolekowość. Zapotrzebowanie na świadczenia dla osób w tej grupie wiekowej rośnie z roku na rok, co wynika z układu demograficznego kraju. U schyłku życia wydatkowane są największe środki przeznaczone całościowo na opiekę medyczną.</p>	<p>Poprawa stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej osób starszych.</p> <p>Zapewnienie holistycznej opieki nad pacjentami geriatrycznymi w opiece stacjonarnej m.in. w oddziałach chorób wewnętrznych, ortopedycznych, okulistycznych, kardiologicznych.</p> <p>Niezbędnym elementem opieki jest promocja zdrowia w starości, poprawa jakości życia, zapobieganie/opóźnianie niepełnosprawności, zmniejszenie generowania niepotrzebnych kosztów na konsultacje/procedury medyczne będące często wyłącznie uporczywą terapią, jednocześnie zaplanowanie</p>

			optymalnego leczenia chorób przewlekłych w warunkach ambulatoryjnych.
6.5.	<p>Wzrastająca zachorowalność na nowotwory złośliwe, zwłaszcza oskrzela i płuca, jelita grubego, nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego i jamy brzusznej, trzustki, pęcherza moczowego, prostaty oraz sutka,.</p> <p>Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego zajmuje wysokie miejsce wśród najczęstszych przyczyn zgonów, a w przypadku raka pęcherza moczowego wartość współczynnika SMR jest w województwie zdecydowanie wyższa niż w kraju.</p> <p>Hospitalizacja w ośrodkach wysokospecjalistycznych i kompleksowych przyczyni się do wczesnej diagnostyki, która daje możliwość wyleczenia chorób nowotworowych.</p>	<p>Hospitalizacja w ośrodkach wysokospecjalistycznych i kompleksowych przyczyni się do wczesnej diagnostyki, która daje możliwość wyleczenia chorób nowotworowych. Konieczność badań przesiewowych w kierunku nowotworu i ujawnienie rozwijającej się choroby w stadium bezobjawowym, przedklinicznym.</p> <p>Realizacja Programów zdrowotnych .</p> <p>Dążenie do leczenia pacjentów w zakresie ginekologii onkologicznej i urologii onkologicznej w ośrodkach wysokospecjalistycznych, umożliwiających kompleksową diagnostykę i leczenie.</p>	<p>Zapewnienie kompleksowości leczenia onkologicznego w poszczególnych ośrodkach.</p> <p>Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych w dziedzinie radioterapii, chirurgii onkologicznej mieszkańcom województwa.</p> <p>W ramach kompleksowości, ciągłości leczenia onkologicznego zapewnienie rehabilitacji, tym pacjentom.</p> <p>Realizacja edukacji i programów zdrowotnych w zakresie profilaktyki pierwotnej nowotworów.</p> <p>Dążenie do udziału w zespołach interdyscyplinarnych, opiece nad pacjentem i rodziną psychologa klinicznego.</p>

6.6.	<p>Udar niedokrwienny mózgu to druga przyczyna zgonu i pierwsza niesprawności u dorosłych.</p> <p>Z powodu chorób układu nerwowego leczonych było 12018 osób, w tym z powodu udaru niedokrwiennego mózgu hospitalizowanych było prawie 2800 osób.</p>	<p>Istnieje konieczność zmniejszenia śmiertelności i niepełnosprawności poudarowej poprzez poprawę dostępności i jakości leczenia pacjentów z chorobami układu nerwowego.</p>	<p>Poprawa dostępności i jakości leczenia pacjentów z chorobami układu nerwowego.</p> <p>Wprowadzenie systemu postępowania z pacjentem udarowym.</p>
6.7.	<p>Do najczęstszych przyczyn utraty wzroku w wieku podeszłym należą: zaćma, jaskra, zwyrodnienie plamki związane z wiekiem retinopatia cukrzycowa.</p> <p>Na oddziałach okulistycznych leczono 12 335 pacjentów.</p>	<p>Potrzeba zniesienia limitu finansowego na operacje witrektomii i zabiegi przeciw jaskrowe.</p> <p>Konieczność wdrożenia programu lekowego dla cukrzycowego obrzęku plamki.</p> <p>Utrzymanie nielimitowanego poziomu liczby świadczeń w zakresie operacji zaćmy.</p>	<p>Podjęcie działań mających na celu ograniczenie skutków zdrowotnych spowodowanych chorobami narządów wzroku.</p>
6.8.	<p>Z powodu zatruc standaryzowany współczynnik zgonów na 100 tys. ludności wynosił 65 (dla kraju 52 zgony), w tym dla ludności zamieszkującej wieś wynosił on 79, a dla miast 56 zgonów.</p> <p>W województwie nie ma żadnego ośrodka toksykologii.</p>	<p>Wzrastająca liczba osób z zatruciami po spożyciu, użyciu farmaceutyków, narkotyków, środków zastępczych tzw. dopalaczy oraz innych substancji chemicznych wpływa na konieczność utworzenia ośrodka toksykologii klinicznej, gdyż obecnie pacjenci z ciężkimi zatruciami transportowani</p>	<p>Utworzenie ośrodka toksykologii</p>

		byli do ośrodków w województwach ościennych.	
6.9.	Choroby układu krążenia były najczęstszym schorzeniem w populacji województwa, a także główną przyczyną przedwczesnej umieralności i niepełnosprawności. Schorzenia układu krążenia były grupą chorób z największą liczbą zgonów w szpitalach funkcjonujących w województwie, w tym z powodu niewydolności serca, ostrego zawału serca. Natomiast zgodnie z założeniami programu NFZ każdy pacjent po ostrym zespole wieńcowym powinien pozostawać pod kontrolą ośrodka kardiologicznego przez rok. Zatem istnieje konieczność realizowania opieki specjalistycznej przez wszystkie ośrodki kardiologii inwazyjnej w województwie oraz ośrodki rehabilitacji kardiologicznej.	Należy dążyć do zapewnienia pacjentom po ostrym zespole wieńcowym koordynowanej i kompleksowej opieki przez wszystkie ośrodki zajmujące się tym problemem zdrowotnym.	Wdrożenie opieki specjalistycznej przez wszystkie ośrodki kardiologii inwazyjnej w województwie oraz ośrodki rehabilitacji kardiologicznej.
6.10.	W województwie występowała większa niż średnia w Polsce umieralność z powodu powikłań po operacjach torakochirurgicznych, a także większa niż w innych regionach Polski zachorowalność i umieralność z powodu chorób układu oddechowego, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i raka płuc. Standaryzowany współczynnik zgonów na 100 tys. ludności wynosił 89 (w kraju 72). W województwie odnotowano	W województwie występuje niewystarczająca dostępność do nowoczesnych metod leczenia chorych na astmę ciężką i POCHP, ze szczególnym uwzględnieniem nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NIV).	Należy wdrożyć działania ukierunkowane na wczesne wykrywanie chorób układu oddechowego, ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Poprawa dostępności do diagnostyki, leczenia

	<p>najwyższą w kraju różnicę zgonów (o 22 zgony więcej na 100 tys.) na niekorzyść mieszkańców wsi. W województwie nie ma centrum pulmonologiczno-torakochirurgicznego, zapewniającego kompleksową i koordynowaną opiekę nad pacjentem.</p>		<p>i rehabilitacji dorosłych i dzieci z chorobami układu oddechowego, w tym z chorobami alergicznymi Konieczność organizacji centrum pulmonologiczno-torakochirurgicznego, zapewniającego kompleksową i koordynowaną opiekę nad pacjentami z chorobami układu oddechowego, w tym z chorobami alergicznymi. Rozbudowa Pracowni Bezdechu Sennego. Konieczność utworzenia Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej.</p>
6.11.	<p>Wskaźnik DALY dla cukrzycy dla województwa wynosił 82,28% (dla kraju 80,69%). Z powodu cukrzycy leczonych było 33309 osób, w tym w trybie stacjonarnym 2256.</p>	<p>Brak w województwie funkcjonującego oddziału diabetologicznego dla dorosłych. Chorzy hospitalizowani są w ramach oddziałów chorób wewnętrznych.</p>	<p>Utworzenie oddziału/oddziałów diabetologicznych.</p>
6.12.	<p>Według prognozy epidemiologicznej na lata 2019-2034 dla województwa problem zdrowotny - choroby układu trawiennego wskaźnik na 100 tys.</p>	<p>Należy dążyć do zmniejszenia zachorowalności i umieralności na schorzenia przewodu pokarmowego,</p>	<p>Poprawa dostępności i warunków do diagnostyki</p>

	<p>ludności przedstawia się następująco: chorobowość wyniosła 32201,10, prognoza na rok 2034 to 35244,56, zapadalność: 9003,50, prognoza na 2034 r. to 9398,83, zgony: w 2019 r. to 46,80 prognoza na 2034 r. to 55,02.</p> <p>W 2019 r. w województwie wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności na choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego wyniósł 7 395,1, od 1999 r. (6277,8) wzrósł o 1172,2. Natomiast wskaźnik chorobowości na 100 tys. ludności wyniósł 17637,1 i również wzrasta w stosunku do 1999 r. (14728,1), gdy w Polsce wskaźnik ten utrzymuje się na stałym poziomie.</p> <p>Kolejnym wyzwaniem są schorzenia nowotworowe przewodu pokarmowego. Rak jelita grubego jest drugą co do częstości przyczyną zgonów wśród chorób nowotworowych.</p>	<p>trzustki i wątroby, poprzez wczesną diagnostykę i wdrażanie najnowszych technik diagnostyczno-terapeutycznych.</p> <p>Istnieje konieczność podnoszenia świadomości prozdrowotnej społeczeństwa, a także realizacji programów profilaktycznych, terapii endoskopowych stanów przedrakowych.</p>	<p>i leczenia specjalistycznego z zakresu gastroenterologii.</p> <p>Poprawa dostępności i warunków do leczenia specjalistycznego z zakresu gastroenterologii dla dorosłych.</p>
6.13.	<p>Współczynnik umieralności okołoporodowej dla województwa wyniósł 6,0 a dla Polski 5,3.</p> <p>W województwie odsetek porodów zakończonych drogą cięcia cesarskiego wyniósł 46%.</p>	<p>Konieczność zagwarantowania wysokiej jakości opieki nad matką i noworodkiem m.in. poprzez zapewnienie kompleksowości i centralizacji patologii ciąży.</p> <p>Dążenie do zmniejszenia liczby porodów rozwiązywanych drogą cięcia cesarskiego.</p>	<p>Poprawa opieki nad kobietą ciężarną i noworodkiem poprzez zapewnienie jej ciągłości tj. opieki ambulatoryjnej i szpitalnej.</p> <p>Rozwój i udoskonalanie funkcjonowania opieki perinatalnej w oparciu o trójstopniowy poziom</p>

			<p>Zmniejszenie liczby porodów przedwczesnych.</p>	<p>referencyjności, ze szczególnym uwzględnieniem III i II poziomu</p> <p>Obniżenie skutków patologii noworodka wynikających z wcześniactwa.</p> <p>Obniżenie umieralności okołoporodowej wynikającej z patologii ciąży ograniczającej prawidłowy rozwój płodu i w następstwie przedwczesnego porodu z niską i skrajnie niską wagą urodzeniową.</p> <p>Uruchomienie Banku Mleka Kobiecego.</p>
6.14.		<p>Średni wskaźnik zgonów u dzieci z powodu chorób układu krążenia w województwie jest 2-krotnie wyższy od średniej w kraju.</p>	<p>Brak kompleksowego ośrodka – ponadregionalnego centrum leczenia chorób serca u dzieci (z kardiologią zabiegową i kardiochirurgią).</p> <p>W szpitalu w Olsztynie utrudnione jest leczenie dzieci z wielochorobowością, które trafiają do Olsztyna do leczenia operacyjnego kręgosłupa lub wad części twarzowej czaszki, a nie mogą być leczone, gdyż mają wadę serca lub</p>	<p>Konieczność zwiększenia dostępności do diagnostyki i kompleksowego leczenia i zmniejszenie przedwczesnej umieralności z powodu chorób serca u dzieci poprzez utworzenie regionalnego (o zasięgu międzywojewódzkim) Centrum Leczenia Chorób Serca u Dzieci (z kardiologią interwencyjną i kardiochirurgią)</p>

			<p>zaburzenia rytmu serca. W związku z tym powinny być operowane w ośrodku z dostępną kardiologią, ale z kolei te ośrodki nie dysponują możliwościami do operacji wad kręgosłupa czy części twarzowej czaszki.</p>	<p>w ramach ośrodka zapewniającego kompleksowość i interdyscyplinarność leczenia dzieci.</p>
6.15.		<p>Nieswoiste choroby zapalne jelit, szczególnie choroba Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego należą do najistotniejszych współczesnych wyzwań z uwagi na narastającą zapadalność, prowadzenie do inwalidztwa i braku możliwości wypełniania funkcji społecznych. Schorzenia te wymagają nowoczesnego leczenia, w tym najbardziej agresywnych rodzajów immunosupresji, a w razie powikłań choroby lub braku skuteczności farmakoterapii – leczenia chirurgicznego.</p> <p>Choroba refluksowa określana jest już dziś mianem cywilizacyjnej, „epidemii XXI wieku”. Swym zasięgiem obejmuje ok. 10-20% społeczeństwa. Obok prawidłowego leczenia na każdym poziomie referencyjności, zadaniem ośrodków referencyjnych jest leczenie powikłań problemu, w tym prewencja onkologiczna.</p>	<p>Opieka zdrowotna w zakresie gastroenterologii jest niewystarczająca, co będzie coraz bardziej widoczne w przyszłości - prognozowana jest zwiększająca się zapadalność na choroby z tej dziedziny.</p>	<p>Wdrażanie w ośrodkach referencyjnych najnowszych technik diagnostyczno-terapeutycznych.</p> <p>Rozwój zaplecza specjalistycznego z dziedziny gastroenterologii.</p> <p>Budowanie świadomości społecznej, propagowanie zdrowego modelu życia.</p> <p>Dążenie do realizacji świadczeń w dziedzinie gastroenterologii w sposób kompleksowy zgodnie z najnowszymi standardami.</p> <p>Podnoszenie świadomości prozdrowotnej społeczeństwa, prowadzone Programy Profilaktyczne, terapie endoskopowe stanów</p>

			przedrakowych mogą zmienić tę sytuację.
6.16.	<p>Zaburzenia neurorozwojowe dotyczą 5-10% populacji dziecięcej (dla województwa szacunkowo 10-20 tys. dzieci), a choroby rzadkie stanowią priorytet w leczeniu dzieci. Nawet u 40-50% pediatrycznych pacjentów z zaburzeniami neurorozwojowymi, szczególnie o charakterze złożonym, udaje się ustalić podłoże genetyczne objawów z wykorzystaniem molekularnych analiz wielkoskalowych.</p> <p>Liczba przyjęć do szpitala dzieci z nowo zdiagnozowaną padaczką wynosi w skali roku około 400 i stanowi to ok 40% hospitalizacji w oddziale, zaś kolejne 40% hospitalizacji to bóle głowy. Pozostałe schorzenia układu nerwowego to 20%.</p>	<p>Zapadalność na padaczkę stanowi 1% ogółu społeczeństwa z czego 60% zachorowań ma początek do 18. roku życia i jest stałą statystyczną.</p> <p>Problemy neurologiczne u dzieci mają tendencję wzrostową i związane są ze zwiększaną liczbą urodzeń przedwczesnych (w tym skrajnych wcześniaków).</p>	<p>Poprawa warunków i zwiększenie dostępności do leczenia dzieci z zakresu neurologii i neurogenetyki oraz neurorozwojowych chorób rzadkich.</p>
6.17.	<p>W województwie realizowane jest kompleksowe leczenie zakresie chorób rzadkich tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - operacyjne dzieci z kraniosynostozami izolowanymi - jako jedyny ośrodek w Polsce leczymy wszystkie rodzaje kraniosynostoz, wszystkimi dostępnymi metodami, zarówno małoinwazyjnymi oraz klasycznymi. - operacje z kraniosynostozami syndromicznymi, w tym zakresie leczymy wszystkie dzieci 	nie dotyczy	<p>Należy dostosować i dążyć do rozwoju bazy lokalowej oddziału i bazy diagnostycznej w tym radiologicznej oraz wyposażenia bloku operacyjnego.</p> <p>Poprawa warunków i zwiększenie dostępności do leczenia dzieci z zakresu wad rozwojowych części twarzowej</p>

Opieka psych. i lecz. uzależnień		<p>z zastosowaniem wszystkich dostępnych metod. Żaden ośrodek w Polsce nie ma takich możliwości. Do najczęstszych należą:</p> <p>a) Zespół Aperta; b) Zespół Crouzona; c) Zespół Pfeiffera; d) Zespół Muenke; e) Zespół Saethre-Chotzen.</p> <p>Bardzo ważną informacją jest fakt, iż większość dzieci wymaga wieloetapowego (2-5 zabiegów) leczenia operacyjnego z samego zakresu neurochirurgii i chirurgii czaszkowo-twarzowej. Do tego często kilku dodatkowych w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej, chirurgii plastycznej, laryngologii, okulistyki i innych. Wady ośrodkowego układu nerwowego zaopatruje w Polsce także kilka ośrodków neurochirurgii dziecięcej. Najrzadsze i najtrudniejsze przypadki stanowią przepukliny oponowo-mózgowe podstawy czaszki.</p>		<p>czaszki, w tym chorób rzadkich w tym zakresie.</p>
	7.1.	<p>Występowanie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży wykazuje tendencję wzrostową.</p> <p>łącznie leczonych było 5,44 tys. dzieci i młodzieży, w tym z opieki psychiatrycznej korzystało 5,26 tys., a z leczenia uzależnień 0,26 tys. osób.</p>	<p>Nieadekwatne zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w województwie zarówno stacjonarnych jak i ambulatoryjnych w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.</p>	<p>Istnieje konieczność zwiększenia dostępności do świadczeń w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży odpowiadająca</p>

	<p>Wśród zaburzeń psychicznych dominowały całościowe zaburzenia rozwojowe: leczonych było 1327 osób. Kolejną największą grupą schorzeń były: zaburzenia hiperkinetyczne (831 dzieci), zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną (659 dzieci).</p> <p>Jednym z głównych problemów zdrowotnych w grupie wiekowej 10-14 lat były zaburzenia depresyjne, wartość wskaźnika DALY na 100 tys. mieszkańców wyniosła 259,3 i wzrosła w porównaniu do 2009 r. (246,0).</p> <p>W województwie funkcjonował jeden oddział psychiatrii dla dzieci i młodzieży, z 100% obłożeniem łóżek.</p> <p>Brak było w województwie oddziału dziennego dla dzieci i młodzieży oraz oddziału rehabilitacji psychiatrycznej dla dzieci i dorosłych.</p> <p>W województwie były jedynie cztery poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, jedna poradnia psychologiczna i dwie poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym. W lutym 2020 r. przeciętny czas oczekiwania (dla przypadków stabilnych) do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci wyniósł 86,1 dni, a do poradni dla osób z autyzmem dziecięcym - 118,6 dni.</p>	<p>Prognozy zdrowia psychicznego wykazują, iż jest to poważny i narastający problem zdrowotny w województwie i niezbędne będzie zabezpieczenie świadczeń dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, w tym z uzależnieniami.</p>	<p>potrzebom zdrowotnym pacjentów.</p> <p>Zapewnienie ciągłości i kompleksowości leczenia poprzez zróżnicowane formy organizacyjne opieki.</p> <p>Utworzenie placówek realizujących świadczenia w ramach oddziałów dziennych dla dzieci i młodzieży.</p> <p>Mając na uwadze występowanie chorób współistniejących, zarówno fizycznych jak i psychicznych, zasadne jest utworzenie przy placówce leczenia stacjonarnego dla dzieci oddziału dla małych dzieci, aby zespół interdyscyplinarny diagnozował dzieci we wczesnym okresie życia dzieci, minimalizując skutki chorób psychicznych na dalsze dorosłe życie.</p>
--	--	--	--

	<p>Na terenie województwa nie funkcjonowały zespoły leczenia środowiskowego dla dzieci.</p>		
7.2.	<p>Prognozowany jest wzrost chorobowości i zapadalności na zaburzenia psychiczne. Według prognozy na lata 2019-2034 wartość wskaźnika zapadalności i chorobowości na 100 tys. ludności na zaburzenia psychiczne w 2034 r. (11149,56) wzrośnie o 456,26 względem 2019 r. (10693,3).</p> <p>W województwie funkcjonowały 3 szpitale psychiatryczne.</p> <p>W województwie w programie pilotażowym Centrów Zdrowia Psychicznego brał udział tylko jeden podmiot.</p> <p>W województwie czas oczekiwania na świadczenia (dla przypadków stabilnych) w lutym 2020 r. w zakresie psychiatrii ogólnej leczenia szpitalnego wyniósł 29 dni, do oddziału terapii uzależnienia od alkoholu wyniósł 30,2 dni, do oddziału dziennego psychiatrycznego (ogólnego) wyniósł 17,5 dni, dla zespołu leczenia środowiskowego (domowego) wyniósł 61 dni, do zakładu/oddziału opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego wyniósł 93 dni.</p> <p>Liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych w 2019 r. w porównaniu do 2018 r. zmniejszyła się o 4 łóżka.</p> <p>Średnie wykorzystanie łóżek wyniosło 90,4%.</p>	<p>W województwie występowała nieadekwatna do potrzeb pacjentów dostępność do świadczeń zdrowotnych w dziedzinie psychiatrii realizowanej w sposób kompleksowy z zastosowaniem zróżnicowanych form organizacyjnych opieki (od stacjonarnych, dziennych, ambulatoryjnych, po środowiskowe).</p> <p>Rozmieszczenie szpitali i związana z tym dostępność do świadczeń stacjonarnych w obszarze opieki psychiatrycznej była nierównomierna.</p> <p>Z uwagi na rosnącą liczbę osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym z uzależnieniami, w województwie prowadzonych było zbyt mało działań edukacyjnych i realizowanych programów w zakresie promocji, profilaktyki tych zaburzeń.</p>	<p>Należy wspierać działania podmiotów mające na celu udzielanie świadczeń w zakresie psychiatrii w sposób kompleksowy i ciągły w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego.</p> <p>Należy dążyć do zwiększenia dostępności do świadczeń w zakresie psychiatrii, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych.</p>

7.3.	<p>W województwie w trzech szpitalach ogólnych funkcjonowały oddziały leczenia psychiatrycznego z łączną liczbą łóżek 247. Wykorzystanie łóżek w 2019 r. wyniosło 85%.</p> <p>W województwie funkcjonowało 12 podmiotów stacjonarnej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Liczba miejsc na oddziałach dziennych psychiatrycznych i terapii uzależnień w 2019 r. w porównaniu do 2018 r. (166 vs 81) zwiększyła się.</p> <p>W województwie został odnotowany najniższy w kraju procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym województwie (92%). Województwo jest również obszarem o najniższej nadwyżce bezwzględnej (-1450 pacjentów) oraz względnej (0,97), co oznacza, że dużo więcej pacjentów migrowało z województwa w poszukiwaniu leczenia, niż migrowało z innych województw leczyc się w województwie.</p>	<p>Migracje pacjentów w celu leczenia do innych województw świadczą o niewystarczającej dostępności i jakości psychiatrycznej opieki zdrowotnej na obszarze województwa.</p> <p>Z uwagi na strukturę ludności w województwie oraz proces starzenia się społeczeństwa, wzrastać będzie zapotrzebowanie na psychogeriatricę.</p>	<p>Konieczne jest dalsze tworzenie, także w szpitalach ogólnych, oddziałów specjalistycznych profilowanych np. leczenia nerwic, psychogeriatricznych, detoksykacji, psychogeriatricznych rehabilitacyjnych, oddziałów dziennych opieki psychiatrycznej oraz centrów zdrowia psychicznego.</p> <p>Należy dążyć do skrócenia czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych poprzez sukcesywne zwiększanie wartości zakontraktowanych świadczeń w leczeniu ambulatoryjnym, środowiskowym i dziennym.</p>
7.4.	<p>Łączna liczba poradni psychiatrycznych, odwykowych i uzależnień oraz psychologicznych (dla dorosłych jak i dla dzieci i młodzieży) w województwie wynosiła 86, w tym: 31 poradni zdrowia psychicznego, 8 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, 23 poradnie odwykowe, 5 poradni terapii uzależnienia od</p>	<p>W województwie można zauważyć nieadekwatne zabezpieczenie świadczeń ambulatoryjnych w dziedzinie psychiatrii.</p> <p>Długi czas oczekiwania na poradę opóźnia diagnostykę i wdrożenie</p>	<p>Należy zwiększyć dostępność do ambulatoryjnych świadczeń w zakresie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży.</p>

	<p>substancji psychoaktywnych i 19 poradni psychologicznych.</p> <p>W wymienionych poradniach udzielono 454, 9 tys. porad dla 52,8 tys. pacjentów. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności była niższa niż średnio w kraju (województwo - 3,7 tys., Polska – 4,4 tys.), natomiast liczba porad na 100 tys. ludności była wyższa w warmińsko-mazurskim niż w kraju (województwo - 32,0 tys., Polska – 23,2 tys.). Czas oczekiwania na poradę w poradni leczenia nerwic wyniósł w 2020 r. 72,4 dni, do poradni psychologicznej wyniósł 75 dni, a do poradni zdrowia psychicznego 60,3 dni.</p>	<p>adekwatnego leczenia w dziedzinie psychiatrii.</p>	
7.5.	<p>W województwie funkcjonowały 3 zespoły opieki środowiskowej w gminach: Olsztynie, Elblągu i Ełku.</p> <p>Zespoły interwencji kryzysowej, hostele, oddziały dzienne psychiatryczne funkcjonowały tylko w 6 powiatach województwa.</p>	<p>Niewystarczająca liczba form pośrednich opieki typu zespoły opieki środowiskowej, zespołów interwencji kryzysowej, hosteli, oddziałów dziennych psychiatrycznych, a także zakładów opieki psychiatrycznej i zakładów opieki leczniczej dla pacjentów przewlekle chorych, którzy wymagają długotrwałego wsparcia instytucjonalnego.</p>	<p>Należy dążyć do zapewnienia kompleksowości, ciągłości leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez zróżnicowane formy opieki, m.in. zwiększenie liczby zespołów opieki środowiskowej, zespołów interwencji kryzysowej, hosteli, oddziałów dziennych psychiatrycznych, a także zakładów opieki psychiatrycznej i zakładów opieki leczniczej dla pacjentów przewlekle chorych, którzy</p>

Rehabilitacja medyczna				wymagają długotrwałego wsparcia instytucjonalnego.
	8.1.	<p>Najczęstszymi grupami chorób, z powodu, których pacjenci wymagali rehabilitacji były: choroby układu mięśniowo-szkieletowego i choroby układu nerwowego. W podziale na rodzaj świadczeń zdrowotnych wartość współczynnika liczby pacjentów na 100 tys. ludności w ambulatoryjnej opiece był niższy o 9% względem wartości dla Polski, w opiece stacjonarnej niższy o 3%, domowej niższy o 40% oraz dziennej niższy o 13%.</p> <p>Przeciętny czas oczekiwania w lutym 2020 r. dla rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych wyniósł 183 dni (przypadek stabilny), rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych 58 dni (przypadek stabilny) oraz rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych 60 dni (przypadek stabilny). Przeciętny czas oczekiwania na fizjoterapię ambulatoryjną w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 77 dni. Przeciętny czas oczekiwania do zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 285 dni.</p> <p>Z rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało 90,4% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń</p>	<p>Przedstawione dane potwierdzają nieadekwatną do potrzeb zdrowotnych mieszkańców dostępność do świadczeń w zakresie rehabilitacji.</p> <p>Potrzeby w zakresie rehabilitacji medycznej mieszkańców województwa stale rosną, związane są przede wszystkim ze starzeniem się społeczeństwa oraz wypadkami i urazami osób oraz rosnącą liczbą zachorowań na nowotwory.</p> <p>W obecnej sytuacji demograficznej nastąpiło zwiększenie zapotrzebowania na rehabilitację neurologiczną po ostrych incydentach mózgowych oraz rehabilitację ogólnoustrojową po planowanym leczeniu operacyjnym alloplastyki dużych stawów.</p> <p>Istnieje konieczność zapewnienia pacjentom kompleksowości i ciągłości świadczeń w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii.</p>	<p>Należy poprawić dostępność i jakość świadczeń w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii.</p> <p>Należy dążyć do zapewnienia odpowiedniej liczby podmiotów realizujących rehabilitację medyczną neurologiczną dla pacjentów udarowych, co jest niezbędnym elementem zapewnienia ciągłości postępowania terapeutycznego.</p> <p>Mając na uwadze niwelowanie istniejących „białych plam” w województwie warmińsko- mazurskim w zakresie rehabilitacji leczniczej oraz wyrównanie dostępności do świadczeń zdrowotnych w przeliczeniu na 100 tys. ludności obszarów do średniej wojewódzkiej, następnie krajowej.</p> <p>Zapewnić możliwość bezwłocznego kierowania</p>

	<p>zdrowotnych z zakresu rehabilitacji medycznej w województwie, z rehabilitacji stacjonarnej 7,4%, z rehabilitacji dziennej 9,2%, a z rehabilitacji domowej 1%.</p>		<p>pacjentów na rehabilitację, co jest szczególnie ważne w przypadku pacjentów po ostrych incydentach chorobowych lub urazach, którzy ze względu na swój stan zdrowia powinni w możliwie najkrótszym czasie uzyskać świadczenie rehabilitacyjne, gwarantujące skuteczność wcześniej wykonanych procedur zabiegowych.</p> <p>Dążenie do utworzenia Centrum Medycznego i Przyrodoleczniczego z Rehabilitacją Kardiologiczną.</p> <p>Rozbudowa obiektów rehabilitacyjnych wraz z doposażeniem w sprzęt służący rehabilitacji. Należy podejmować działania na rzecz rozbudowy bazy rehabilitacyjnej w wiodącym w regionie szpitalu rehabilitacyjnym dla dzieci, która umożliwi pobyt dzieci z opiekunami.</p>
--	--	--	---

Opieka długoterminowa				<p>Realizacja edukacji i programów zdrowotnych w zakresie rehabilitacji zaburzeń neurorozwojowych dzieci.</p> <p>Konieczne jest systematyczne, bieżące weryfikowanie zapotrzebowania na bazę łóżkową w rehabilitacji stacjonarnej oraz w ośrodkach dziennych.</p> <p>Przejsie od (formalnej) opieki instytucjonalnej do formalnej opieki świadczonej w domu, poprzez sukcesywne zwiększanie liczby świadczeń udzielanych w warunkach domowych w gminach o niskim (na tle powiatu, województwa, kraju) udziale opieki domowej.</p>
	9.1.	<p>W województwie było 69 podmiotów świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej, w tym zarejestrowanych było 15 ZOL/ZPO (ok. 600 łóżek), z czego 14 z nich posiadało umowę z NFZ.</p> <p>We wszystkich placówkach zgłaszane były duże kolejki oczekujących na przyjęcie.</p>	<p>Nieadekwatna do potrzeb pacjentów w województwie liczba placówek ZOL/ZPO (liczba miejsc) i wynikający z tego długi czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne.</p>	<p>Należy dążyć do rozwoju bazy łóżkowej w ośrodkach opieki długoterminowej.</p> <p>Wspierać działania mające na celu zapewnienie odpowiedniej infrastruktury do zaspokojenia aktualnych i przyszłych potrzeb</p>

	<p>W pierwszej kolejności przyjmowani są pacjenci ocenieni w skali Barthel na 0 pkt i żywieni dojelitowo oraz wentylowani mechanicznie. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do ZOL w przypadku ww. pacjentów wynosi ok. 30 dni. Pozostali pacjenci czekają na przyjęcie o wiele dłużej - w niektórych placówkach do 2 lat. Średni czas oczekiwania wynosi ok. 1 rok. Na koniec roku liczba osób oczekujących na przyjęcie wynosiła ok. 260 osób, w tym ok. 125 osób ocenionych w skali Barthel na 0 pkt. i ok. 15 osób wentylowanych mechanicznie.</p>		<p>osób wymagających opieki długoterminowej, poprzez rozwijanie wszelkich form opieki długoterminowej.</p>
9.2.	<p>Ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej ogółem w przeliczeniu na 100 tys. ludności skorzystało o 24% mniej pacjentów w stosunku do średniej dla Polski. W podziale na rodzaje świadczeń zdrowotnych, w przypadku opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń 100 tys. ludności skorzystało o 26% mniej pacjentów w stosunku do średniej dla Polski, w przypadku opieki stacjonarnej o 20% mniej pacjentów.</p>	<p>Niedostateczne zapewnienie dostępu do długoterminowej opieki.</p>	<p>Dążyć do poprawy i wyrównania dostępności do świadczeń zdrowotnych ze względu na miejsce zamieszkania, w przeliczeniu na 10 tys. ludności (gminy, powiatu) do średniej wojewódzkiej, następnie krajowej</p> <p>Mając na uwadze zapewnienie kontynuacji leczenia zwłaszcza poszpitalnego należy umożliwić tworzenie poza szpitalnych form opieki: oddziałów dziennych, hosteli, zespołów środowiskowych.</p>

9.3.	<p>Liczba ośrodków opieki długoterminowej na 100 tys. ludności była o 7% niższa od wartości ogólnopolskiej. Liczba ośrodków opieki długoterminowej domowej na 100 tys. ludności była porównywalna do średniej w kraju. Liczba ośrodków opieki długoterminowej stacjonarnej była o 19% mniejsza niż w Polsce.</p> <p>Dostępność do łóżek opieki długoterminowej wśród populacji 65+ na 1 tys. osób była niższa o 40% od średniej dla kraju.</p>	<p>Brak systemu usług dla pacjentów i ich rodzin, w tym zapewnienie właściwej jakości, skuteczności opieki środowiskowej i długoterminowej, zarówno stacjonarnej jak i w środowisku domowym pacjenta.</p>	<p>Dążenie do przejścia od formalnej opieki instytucjonalnej do formalnej opieki świadczonej w domu, poprzez sukcesywne zwiększanie liczby świadczeń zdrowotnych udzielanych w warunkach domowych w gminach o niskim (na tle powiatu, województwa) udziale opieki domowej, co przełoży się na zmniejszenie kolejek i skrócenie czasu oczekiwania na miejsce.</p>
9.4.	<p>W województwie funkcjonuje jeden oddział geriatryczny mogący stanowić wsparcie i odciążenie dla ZOL w opiece i leczeniu pacjentów w podeszłym wieku. Najczęściej występującymi w opiece długoterminowej grupami chorób były: choroby skóry i tkanki podskórnej (36,30% pacjentów, głównie odleżyna oraz zakażenia bakteryjne), choroby układu krążenia (26,40%), przewlekłe choroby układu oddechowego (16,40%) oraz choroby układu nerwowego (7,90%).</p>	<p>Migracje pacjentów w związku z brakiem dostępu do świadczeń dla pacjentów wymagających leczenia w oddziale z zakresu geriatry.</p>	<p>Utworzenie oddziałów geriatrycznych zapewniających interdyscyplinarny proces wielowymiarowej i standaryzowanej oceny poziomu funkcji życiowych, niezbędny do planowania leczenia i opieki nad osobą starszą.</p>

Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1.	<p>Ze świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej ogółem w przeliczeniu na 100 tys. ludności skorzystało o 6% więcej pacjentów w stosunku do średniej dla Polski.</p> <p>W przypadku stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności skorzystało o 28% mniej pacjentów w stosunku do średniej dla Polski, co dało 15 miejsce w kraju. Według Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej rekomendowana liczba łóżek opieki paliatywnej i hospicyjnej w regionie (zgodnie z zaleceniami EAPC) powinna wynieść od 114 do 142. Na koniec 2019 r. wartość wskaźnika wyniosła 67,48 i była to najniższa wartość w całej Polsce.</p> <p>6 ośrodków udzielało świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych (0,42 na 100 tys. ludności, 13. miejsce w kraju, -16% w stosunku do średniej dla Polski).</p>	<p>W województwie obserwuje się ograniczoną dostępność do opieki stacjonarnej.</p> <p>Liczba ośrodków opieki stacjonarnej jest nieadekwatna do potrzeb zdrowotnych. Również zasoby województwa są niewystarczające, a z uwagi na stale rosnącą liczbę osób wymagających opieki paliatywnej zapotrzebowanie będzie jeszcze większe.</p>	<p>Alokacja miejsc działania hospicjów stacjonarnych adekwatnie do potrzeb zdrowotnych pacjentów. Zwiększenie liczby miejsc w hospicjach stacjonarnych i ich równomierne rozmieszczenie w województwie zapewniłoby całościową opiekę paliatywną nad pacjentem.</p>
	10.2.	<p>Udział pacjentów onkologicznych wśród osób objętych opieką paliatywną i hospicyjną wyniósł 93,5% (w porównaniu do 88,7% w kraju). Wśród pacjentów ogółem przeważają nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (17,3%) oraz nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy (11,9%).</p>	<p>Wzrost liczby osób chorujących na nowotwory oraz perspektywa zachodzących zmian demograficznych (rosnąca liczba osób starszych w województwie), zwiększy</p>	<p>Dążenie do utworzenia i zakontraktowania świadczeń zdrowotnych w zakresie poradni medycyny paliatywnej w każdym powiecie województwa.</p>

		<p>zapotrzebowanie na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej.</p> <p>Zgodnie z prognozą zapotrzebowanie na miejsca w OPH wzrośnie z 5 178 w 2020 r. do liczby 7232 w 2050 r.</p>	
10.3.	<p>W województwie funkcjonowało o 30% więcej hospicjów domowych w przeliczeniu na 100 tys. ludności w stosunku do średniej dla Polski. Z opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanej w warunkach domowych w przeliczeniu na 100 tys. ludności skorzystało o 17% więcej pacjentów w stosunku do średniej dla Polski.</p>	<p>Województwo było jednym z 3 województw, na terenie, którego świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych były udzielane w każdym powiecie.</p>	<p>Pomimo dobrej dostępności hospicjów domowych, należy w dalszym ciągu rozwijać tę formę opieki na terenie województwa z uwagi na prognozowany wzrost zapotrzebowania związany ze zmianami demograficzno-epidemiologicznymi.</p>
10.4.	<p>W województwie z opieki paliatywno-hospicyjnej częściej korzystali mieszkańcy miast - 66,2% pacjentów, niż wsi - 33,8% pacjentów. Ponad 95% pacjentów leczonych było w ośrodkach miejskich.</p>	<p>Miejsce zamieszkania miało wpływ na dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej.</p>	<p>Dążenie do poprawienia dostępności do opieki paliatywnej i hospicyjnej dla mieszkańców wsi (utworzenie dodatkowych placówek opieki ambulatoryjnej i domowej na terenie mniejszych miejscowości).</p>

Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1.	<p>Na terenie województwa świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach całodobowej gotowości do udzielania świadczeń osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia, udzielało 11 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), spośród których 3 zlokalizowane były Olsztynie, a pozostałych 8 zabezpieczało udzielanie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom innych rejonów.</p> <p>Z 11 SOR całodobowe lądowisko posiadało 9 podmiotów leczniczych; 2 podmioty nie posiadały całodobowego lądowiska - Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z.o.o oraz SP ZOZ Szpital Powiatowy w Piszcu. Związane było to z brakiem środków finansowych na ich budowę.</p> <p>Liczba przyjęć pacjentów w szpitalnych oddziałach ratunkowych na terenie województwa wyniosła 171 857 osób.</p>	<p>Brak lądowisk przy SOR w powiatach: piskim i mrągowskim.</p> <p>Zużycie i amortyzacja sprzętów znajdujących się w 11 SOR-ach na terenie województwa oraz pogarszająca się infrastruktura SOR-ów wynika z dużej ilości udzielanych świadczeń zdrowotnych.</p>	<p>Dążyć, aby szpitalne oddziały ratunkowe pod względem architektonicznym umożliwiły prawidłową organizację świadczeń wynikającą z potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Utworzenie nowych SOR w województwie lub modernizacja istniejących budynków/pomieszczeń i/lub wymiana sprzętów w SOR.</p> <p>Poprawa funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego, poprzez jego budowę, ze względu na rosnące potrzeby zdrowotne pacjentów.</p> <p>Konieczna jest budowa nowego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Olsztynie.</p> <p>Wskazane jest doposażenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych oraz Centrum Urazowego w sprzęt medyczny (zakup nowego sprzętu i wymiana zużytego) oraz pomoc finansowa na budowę</p>
--------------------------------	-------	---	---	---

			i remonty oraz modernizacje istniejących lądowisk.
11.2.	<p>Pod względem liczby wezwań zespołów ratownictwa medycznego w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r. województwo zajmowało 13. miejsce w skali kraju z liczbą 97219 wezwań. Średnie obciążenie ZRM wyniosło 1092,35.</p> <p>Jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 94,53% wezwań z czasem dojazdu do 15 minut oraz 5,48% wezwań powyżej 15 minut, co daje 8. miejsce w skali całego kraju.</p> <p>Natomiast czas dotarcia do zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 77,93% wezwań z czasem dojazdu do 20 minut oraz 22,07% wezwań powyżej 20 minut, co daje 15. miejsce w skali całego kraju. Reasumując, w przypadku 22,07% wezwań poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, zespoły ratownictwa medycznego przybyły na miejsce zdarzenia w czasie dłuższym niż 20 minut.</p>	<p>Negatywny wpływ na czas dojazdu ZRM może mieć układ i stan dróg oraz zbyt duża liczba wezwań ZRM. Ponadto, spośród 78 ambulansów kołowych włączonych do systemu, 20 pojazdów miało więcej niż 5 lat, co mogło mieć wpływ na właściwe funkcjonowanie zespołów ratownictwa medycznego i ich dotarcie do miejsca zdarzenia, a następnie na przetransportowanie poszkodowanego do najbliższego SOR, w jak najkrótszym czasie.</p> <p>Negatywny wpływ na czasy dotarcia ma również zbyt długi czas przekazania pacjenta przez ZRM w szpitalu.</p>	<p>Należy zwiększyć liczbę zespołów ratownictwa medycznego na terenie województwa.</p> <p>Wymiana ambulansów ZRM wraz z wyposażeniem w celu utrzymania właściwego standardu przewidzianego dla danego typu ambulansu (P lub S) oraz w celu zachowania właściwych czasów dotarcia wynikających z przepisów ustawy o PRM średnio w tempie ok. 7 sztuk rocznie.</p> <p>Istnieje potrzeba przygotowania i wdrożenia procedury przekazania pacjenta przez ZRM w szpitalu.</p>
11.3.	Wystąpiły braki lekarzy chętnych do pracy w zespołach specjalistycznych PRM.	Niedostateczna ilość lekarzy pracujących w zespołach specjalistycznych PRM	Dążenie do rozwiązania problemu braku lekarzy chętnych do pracy w zespołach specjalistycznych PRM.

Kadry	12.1.	<p>Liczba lekarzy medycyny paliatywnej w województwie w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 1,5, a średni wiek lekarzy to 57 lat. Niewystarczająca była liczba pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej i hospicyjnej.</p>	<p>Wskaźnik dostępności lekarzy jest zbyt niski i powinien wynosić 3 na 100 tys. ludności.</p> <p>Według wskaźników problem będzie się powiększał wraz ze stale rosnącą liczbą osób wymagających opieki paliatywnej.</p>	<p>Podjęcie działań mających na celu zwiększenie w ośrodkach opieki paliatywnej i hospicyjnej liczby lekarzy ze specjalizacją z medycyny paliatywnej, (co najmniej do wartości referencyjnej, wskazanej przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej) oraz pielęgniarek, w szczególności ze specjalizacją: pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej.</p>
	12.2.	<p>Największe niekorzystne różnice pomiędzy rekomendowaną przez konsultantów krajowych liczbą lekarzy, a rzeczywistą liczbą lekarzy w województwie występowały w dziedzinach: chorób wewnętrznych, geriatrici, medycyny pracy, medycyny ratunkowej, medycyny rodzinnej, psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, radiologii i diagnostyki obrazowej.</p> <p>Z analizy w zakresie wymienialności pokoleniowej lekarzy specjalistów wynika, że największa różnica między liczbą lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny do 2024 r. a liczbą lekarzy, którzy do tego czasu uzyskają tytuł specjalisty występuje</p>	<p>Obserwowane i prognozowane są braki w liczbie lekarzy specjalistów z wybranych dziedzin.</p>	<p>Utworzenie większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach, w których oszacowano zapotrzebowanie. Wdrażanie na terenie województwa dodatkowych mechanizmów zachęcających lekarzy do podejmowania specjalizacji, rozpoczynania szkoleń, pozostania w województwie po ukończeniu specjalizacji. Umożliwienie zainteresowanym podejmowania specjalizacji</p>

	w dziedzinach: chorób wewnętrznych, pediatrii, położnictwa i ginekologii, medycyny rodzinnej, endokrynologii, otorynolaryngologii, chirurgii ogólnej.		w innych województwach z jednoczesnym systemem motywującym do pracy w województwie po ukończeniu szkolenia.
12.3.	<p>Brak w województwie jednostek akredytowanych do prowadzenia specjalizacji m.in. w dziedzinach: angiologia, balneologia i medycyna fizykalna, farmakologia kliniczna, genetyka kliniczna, geriatryka, immunologia kliniczna, kardiologia dziecięca, perinatologia, transplantologia kliniczna, psychologia kliniczna.</p> <p>Zbyt mało miejsc szkoleniowych w stosunku do rekomendowanych wskaźników, a dodatkowo nie wszystkie dostępne miejsca są wykorzystane, gdyż brakuje chętnych do rozpoczynania specjalizacji.</p>	Obserwowane są braki w liczbie lekarzy specjalistów z wybranych dziedzin.	Niezbędna jest współpraca samorządów wszystkich szczebli oraz organów administracji i NFZ w celu motywowania podmiotów leczniczych z terenu województwa do ubiegania się o akredytację lub zwiększenia liczby miejsc w ramach posiadanych zasobów funkcjonujących jednostek. Wsparcie finansowe lub organizacyjne, a także decyzyjne na szczeblu wojewódzkim w celu poprawy infrastruktury niezbędnej do tworzenia miejsc akredytowanych do szkolenia specjalizacyjnego.
12.4.	Niedobór kadry pielęgniarskiej był szczególnie zauważalny w małych powiatach i występował zarówno w jednostkach leczenia ambulatoryjnego	Obserwowane i prognozowane są braki w liczbie pielęgniarek i położnych.	Zwiększenie liczby miejsc na studiach na kierunkach pielęgniarstwa i położnictwa.

	<p>jak i stacjonarnego. Prognozy wykazują znaczny spadek do 2029 r. liczby pielęgniarek i położnych w wieku 25-59 lat (pielęgniarki - spadek o 41%, położne - spadek o 60%).</p>		<p>Konieczność podjęcia działań w kierunku m.in. promocji zawodu, promocji regionu i podmiotów leczniczych województwa w celu pozyskania potrzebnej kadry.</p> <p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy pielęgniarek i położnych na terenie województwa np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych medyków.</p>
12.5.	<p>Współczynnik fizjoterapeutów aktywnych zawodowo w przeliczeniu na 100 tys. ludności w województwie w 2019 r. był niższy niż średnia wartość dla Polski.</p> <p>Na terenie województwa tylko 1 jednostka posiadała akredytację do szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów. Według prognozy do 2030 r. liczba fizjoterapeutów aktywnych zawodowo w przedziale w wieku 25-59 lat będzie się zwiększać.</p>	Obserwowane są braki w liczbie fizjoterapeutów.	Wspieranie działań na rzecz zwiększenia liczby fizjoterapeutów udzielających świadczeń w województwie.

Sprzęt medyczny	13.1.	<p>Aparaty zlokalizowane są w dwóch powiatach (m. Olsztyn, m. Elbląg). Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu gołdapskiego (162 km).</p>	<p>Utrudniony dostęp do tego sprzętu głównie dla mieszkańców powiatu gołdapskiego.</p> <p>W województwie występuje zbyt mała liczba akceleratorów.</p> <p>Szacuje się, że do 2023 r. 33,3% akceleratorów w województwie osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty, natomiast do 2028 r. wszystkie obecnie posiadane akceleratory będą wymagały wymiany.</p>	<p>Monitorowanie stanu bazy sprzętowej i sukcesywna wymiana starzejących się sprzętów.</p>
	13.2.	<p>Angiografy zostały rozmieszczone w pięciu powiatach (m. Elbląg, m. Olsztyn, pow. iławski, pow. mrągowski, pow. ełcki). Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym jest, co najmniej 1 angiograf jest powiat bartoszycki (67 km).</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach waha się od 3 do 12 lat. Najstarszy angiograf jest w pow. iławskim, gdzie wg stanu na 2019 r. 1 aparat miał 12 lat. 10,1% angiografów w województwie to sprzęt „młody” do bazy sprzętów „starych” zalicza się 22,2% angiografów.</p> <p>W województwie 10% angiografów ma wysoki priorytet do wymiany, kolejne 10% jest w priorytecie</p>	<p>Do 2023 r. 33,3% angiografów osiągnie wiek predysponujący do wymiany na nowy sprzęt. W perspektywie 2028 r. wszystkie obecnie posiadane angiografy będą się zaliczały do sprzętów starych, wymagających wymiany.</p> <p>Utrudniony dostęp do angiografów szczególnie dla mieszkańców powiatu bartoszyckiego.</p>	<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>

	średnim, pozostałe 80% znajduje się w bazie sprzętu o niskim priorytecie do wymiany.		
13.3.	Województwo posiada jedynie 1 aparat do brachyterapii, ulokowany jest on w m. Olsztynie. Wiek aparatu to 11 lat, w związku, z czym już w chwili obecnej znajduje się on w bazie zapotrzebowania na nowe sprzęty.	Jedyny aparat do brachyterapii znajdujący się w województwie przekroczył 10 lat.	Konieczny jest zakup nowego sprzętu ze względu na wiek (11 lat) obecnego.
13.4.	9 aparatów gammakamery zlokalizowanych jest jedynie w m. Olsztynie. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu gołdapskiego (162 km). Średni wiek aparatów w Olsztynie to 11 lat. W 2019 r. niski priorytet do wymiany posiadało 56% sprzętu, a wysoki priorytet 44%.	Zapotrzebowanie na gammakamery wyniosło 77,78%.	Należy zwiększyć dostępność do gammakamer dla mieszkańców województwa w szczególności dla mieszkańców powiatu gołdapskiego.
13.5.	W województwie wiek jedyne go aparatu PET wynosi 11 lat. Obszarem najbardziej oddalonym od m. Olsztyn, w którym zlokalizowany jest aparat PET jest powiat gołdapski (162 km). Średnie wykorzystanie aparatu to około 1,5 tys. procedur/rok.	Zapotrzebowanie na tego rodzaju sprzęt wynosi 100%. Gęstość i rozmieszczenie sprzętu PET 100 tys. ludności w województwie w 2019 r wyniosło 0,08 natomiast w Polsce 0,07.	Należy dążyć do maksymalizacji wykorzystania PET-CT.
13.6.	Aparaty zlokalizowane są w Olsztynie, Elblągu oraz w powiatach: iławskim oraz ełckim.	W perspektywie 2025 r. niemal wszystkie rezonanse magnetyczne w województwie przekroczą wiek 10 lat	Konieczna jest wymiana rezonansów magnetycznych po 2025 r.

	<p>W 2019 r. w żadnym z powiatów średni wiek sprzętów nie przekraczał 10 lat (najczęściej występujący średni wiek sprzętów w powiecie to około 7 lat).</p> <p>Duży udział sprzętu w średnim wieku o stosunkowo małej liczbie badań wykonywanych rocznie sprawia, że 90,9% aparatów ma niski priorytet do wymiany, a tylko 1 aparat znalazł się w grupie o średnim priorytecie do wymiany (Elbląg).</p>	i zostanie zaliczona do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty.	
13.7.	<p>Aparaty RTG dostępne są we wszystkich powiatach. Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 5 do 16 lat. 25,4% sprzętów ma wysoki priorytet do wymiany (są to aparaty w wieku 13-35 lat). Niski priorytet do wymiany posiada 72,9% aparatów RTG.</p>	Do 2024 r. większość aparatów RTG w województwie osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty.	<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p> <p>Ze względu na zmienność stanu bazy sprzętowej w województwie istotne jest, aby decyzje były podejmowane na podstawie najświeższych danych i zgodnie przeprowadzonymi analizami.</p>

	<p>13.8. Tomografy komputerowe zlokalizowane są w dużej części powiatów w województwie: m. Elbląg, m. Olsztyn, pow. Ostródzki, iławski, nowomiejski, działowski, bartoszycki, kętrzyński, mrągowski, giżycki, nidzicki oraz ełcki. Gęstość tomografów wynosi 1,62i jest niższa od wartości referencyjnej tego wskaźnika (2,19) oraz od średniej dla kraju (2,02). Pod względem dostępności TK województwo warmińsko-mazurskie zajmuje przedostatnią pozycję w kraju.</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 2 do 10 lat. Jako sprzęt „stary” kwalifikowanych jest 8,7% aparatów, jako sprzęt „młody” 26% aparatów.</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami 8,7% tomografów komputerowych w województwie ma obecnie wysoki priorytet do wymiany, 13% ma priorytet średni do wymiany.</p>	<p>Prognozuje się, że do 2024 r. ponad połowa aparatów TK osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań, a w perspektywie 2030 r. wszystkie obecnie posiadane tomografy będą się zaliczały do sprzętów starych, wymagających wymiany.</p>	<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p> <p>Ze względu na zmienność stanu bazy sprzętowej w województwie istotne jest, aby decyzje były podejmowane na podstawie najświeższych danych i zgodnie przeprowadzonymi analizami.</p>
	<p>13.9. Aparaty USG są, dostępne we wszystkich powiatach województwa.</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 5 do 16 lat. Duży udział sprzętów „starych” przekłada się na rekomendacje, zgodnie, z którymi aż 60,9% aparatów ma wysoki priorytet do wymiany.</p>	<p>W województwie można wskazać aparaty USG, których priorytet do wymiany jest w kategorii wysokiej lub średniej.</p>	<p>Należy podjąć działania w celu wymiany aparatów USG, zaczynając od tych, których priorytet do wymiany został określony na wysoki, a w dalszej kolejności, jako średni.</p> <p>Do 2023 r. znaczna część aparatów USG w województwie</p>

Pozostałe obszary				warmińsko-mazurskim osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty (75% aparatów powinno być wymienione w tym roku).
	13.10.	Województwo posiada jedynie 1 aparat do brachyterapii, ulokowany jest on w m. Olsztynie. Wiek aparatu to 11 lat, w związku, z czym już w chwili obecnej znajduje się on w bazie zapotrzebowania na nowe sprzęty.	Jedyny aparat do brachyterapii znajdujący się w województwie przekroczył 10 lat.	Konieczny jest zakup nowego sprzętu ze względu na wiek (11 lat) obecnego.
	14.1.	Dostępność do świadczeń stomatologii ogólnej była ograniczona. Do poradni: ortodontycznej dla dzieci czas oczekiwania wynosił 1 098 dni, poradni leczenia aparatem ortodontycznym 1 239 dni, poradni chirurgii stomatologicznej 107 dni, zaś najdłuższy czas oczekiwania na poradę w województwie wynosił 3 673 dni i dotyczył leczenia protetycznego. W województwie występował długi okres oczekiwania na poradę oraz wdrożenie leczenia, w zakresie stomatologii ogólnej, ortodoncji, chirurgii stomatologicznej, leczenia protetycznego.	W województwie występowała nieadekwatna do potrzeb zdrowotnych mieszkańców dostępność do świadczeń zdrowotnych w zakresie: stomatologii, ortodoncji, protetyki stomatologicznej, chirurgii stomatologicznej.	Zwiększenie dostępności do świadczeń stomatologicznych.

	<p>14.2. Z uwagi na posiadane na terenie województwa warmińsko-mazurskiego złoża naturalne i geotermalne wykorzystywane w balneologii oraz innych obszarach uzdrowiskowych, tworzone są na terenie województwa obszary ochrony uzdrowiskowej, w celu ochrony potencjalnych i rzeczywistych wartości uzdrowiskowych dających możliwości prowadzenia leczenia uzdrowiskowego. W chwili obecnej 1 gmina posiada status uzdrowiska - Gołdap, a także 4 gminy posiadają status obszaru ochrony uzdrowiskowej - Miłomłyn, Frombork, Lidzbark Warmiński oraz Górowo Iławeckie. We Fromborku leczone mogą być choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby naczyń obwodowych i choroby układu nerwowego. W Lidzbarku Warmińskim choroby kardiologiczne i nadciśnienie, ortopedyczno-urazowe, układu nerwowego, reumatologiczne. W Miłomłynie choroby ortopedyczno-urazowe, reumatologiczne, górnych dróg oddechowych, dolnych dróg oddechowych. W Górowie Iławeckim choroby ortopedyczno-urazowe, reumatologiczne, górnych i dolnych dróg oddechowych.</p>	<p>Dostępność do leczenia uzdrowiskowego w województwie jest ograniczona.</p>	<p>Utworzenie kolejnych infrastruktur uzdrowiskowych, aby można utworzyć uzdrowiska w miejsce obszarów ochrony uzdrowiskowej, co przełoży się na lepszą dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych po przebytych chorobach.</p>
--	--	---	--

Załącznik 15.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa wielkopolskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja/diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1.	<p>Czynniki ryzyka o najwyższym udziale w DALY to tytoń (na poziomie analogiczny dla Polski), wysokie ciśnienie krwi (mniejsze znaczenie niż średnia dla kraju) i wysokie BMI (również mniejsze znaczenie niż średnio dla kraju). Obserwowana jest tendencja spadkowa od 1990 r. w zakresie wpływu tytoniu na DALY o ok. 28%, ale od 2010 r. obserwuje się już wzrost o ok. 2% (w przypadku kobiet i mężczyzn łącznie).</p> <p>W 2019 r. przeprowadzono 19 programów z zakresu profilaktyki palenia tytoniu, których działaniem objęto średnio 637 osób (7. miejsce w kraju). Aż w 25 powiatach nie przeprowadzono tych działań.</p> <p>Udział spożywania alkoholu jako przyczyny zgonów wzrósł od 2010 r. dla kobiet i mężczyzn łącznie o ok. 4,7%.</p>	<p>Czynniki ryzyka istotnie wpływające na utratę DALY w województwie są związane ze zdrowym stylem życia. Niepokojący jest wzrost udziału tytoniu w DALY w ostatnich latach oraz brak programów profilaktycznych w tym zakresie w niektórych powiatach.</p>	<p>Należy dopasować programy profilaktyczne do czynników ryzyka najbardziej obciążających populację w oparciu o analizę sytuacji w subregionach – w zakresie problemów palenia tytoniu, wysokiego BMI, wysokiego ciśnienia krwi. Należy zwrócić uwagę na czynniki, w przypadku których obserwowany jest wzrost udziału w DALY i zgonach.</p>

3.2.	W województwie nie zrealizowano żadnego programu profilaktyki próchnicy, mimo że zaburzenia w obrębie jamy ustnej były na 3 miejscu pod względem zapadalności w województwie.	Zaburzenia w obrębie jamy ustnej stanowią istotny problem zdrowotny w regionie.	Należy zabezpieczyć województwo w działania profilaktyczne z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej, w tym m.in. próchnicy.
3.3.	Badaniom przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy w województwie poddało się jedynie 11,4% rocznej populacji do przebadania. Od 2017 r. spada liczba kobiet przebadanych (2017 r. – 11,8 tys., 2019 r. – 11,4 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania), a rośnie liczba kobiet badanych w etapie pogłębionej diagnostyki (2017 r. – 10,5 tys., 2019 r. – 29,2 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania).	Niska zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne. Niekorzystne trendy w ostatnich latach w zakresie zgłaszalności oraz kierowania kobiet do pogłębionej diagnostyki.	Należy podjąć działania mające na celu zwiększenie zgłaszalności na badania cytologiczne, co doprowadziłoby do wykrywania zmian nowotworowych we wczesnych stadiach. Rozwój działań z zakresu profilaktyki nowotworu złośliwego szyjki macicy.
3.4.	W zakresie mammografii województwo jest na 2. miejscu w rankingu województw pod względem liczby kobiet przebadanych ogółem na 100 tys. rocznej populacji do przebadania - przebadano prawie 80% rocznej populacji do przebadania, ale wartość ta zmniejszyła się w stosunku do 2017 r. (2017 r. – 88,6 tys., 2019 r. – 79,7 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania). Zapadalność na nowotwór złośliwy sutka wynosiła ok. 98,1 na 100 tys. ludności (Polska 93,5), a liczba zgonów ok. 39,5 na 100 tys. ludności (Polska 37,8).	Mimo, że województwo charakteryzuje wysoki w porównaniu do innych województw odsetek przebadanych kobiet to należy dążyć do jak najwyższej zgłaszalności na badania mammograficzne. Przemawiają za tym niekorzystne wartości wskaźników epidemiologicznych w porównaniu do średnich wartości dla kraju.	Należy utrzymać dobrą tendencję zgłaszalności na mammografię z jednoczesnym dążeniem do przebadania jak największej liczby kobiet. Rekomenduje się działania z zakresu profilaktyki nowotworu złośliwego sutka.

Podstawowa opieka zdrowotna	4.1.	92,61% ludności była zapisana na listy aktywne POZ. Wskaźnik był wyraźnie wyższy w grupach wiekowych, które najrzadziej korzystają z POZ (mężczyźni w wieku 31-40 lat – 73,79%). Stosunkowo wysoka różnica wystąpiła w grupie 19- 30 lat w podziale na ludność miejską i wiejską (99,69% kontra 78,32%).	Obserwuje się niską aktywność korzystania z POZ w szczególności mężczyzn w grupach wiekowych 31-40 lat.	Podjęcie działań mających na celu zachęcenie do korzystania z POZ, w tym szczególnie mężczyzn.
	4.2.	Na podstawie sprawozdania MZ-06 w 2019 r. odnotowano 303 szkoły, w których nie ma dostępu do gabinetu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Natomiast w 569 szkołach odnotowano braki w realizacji świadczeń stomatologicznych.	Ograniczona dostępność do gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w szkołach.	Zwiększenie dostępności do gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w placówkach szkolnych, szczególnie w zakresie opieki stomatologicznej.
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1.	W 2019 r. świadczenia finansowane ze środków publicznych udzielane były przez 2 139 poradni. Najbardziej ograniczony dostęp do świadczeń AOS jest w powiatach: leszczyńskim, kaliskim, konińskim, chodzieskim i międzychodzkiem, przy czym dla mieszkańców powiatów: leszczyńskiego, kaliskiego i konińskiego zapewniono dostęp do poradni specjalistycznych w m. Lesznie, m. Konin i m. Kaliszu. Braki w zabezpieczeniach do świadczeń dotyczą w szczególności w odniesieniu do powiatów: świadczeń w zakresie leczenia chorób płuc, kardiologii, neurologii i okulistyki oraz w odniesieniu	Występuje niska dostępność do świadczeń specjalistycznych w niektórych powiatach.	Poprawa dostępności do poradni specjalistycznych, charakteryzujących się najdłuższym przeciętnym czasem oczekiwania oraz dłuższym od średniej wartości dla kraju czasem oczekiwania, a także dla tych powiatów, które mają wyraźnie niską dostępność do poradni.

	<p>do subregionów: w zakresie diabetologii, endokrynologii i hematologii.</p> <p>Według stanu na luty 2020 r. kolejki o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania w przypadkach stabilnych w AOS dotyczyły poradni leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (349 dni), leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna (312 dni) oraz poradnia z zakresu endokrynologii (272 dni).</p> <p>W odniesieniu do przypadków pilnych kolejki o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania dotyczyły poradni neurochirurgicznej (156,8 dni), poradni gastroenterologicznej dla dzieci (124,5), oraz poradni nefrologicznej dla dzieci (121,7 dni).</p>		
5.2.	<p>Jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych, z powodu których mieszkańcy korzystają z AOS są nowotwory (3 196 tys.). W 2019 r. sumaryczna liczba zgonów spowodowanych przez nowotwory stanowiła prawie 35% całkowitej liczby zgonów. Szacuje się, że do 2028 r. liczba chorych na nowotwory na 100 tys. ludności wzrośnie o 4,11% (podobnie jak w całej Polsce). To samo dotyczy zapadalności, której będzie więcej o 3,75% w porównaniu z 2019 r.</p>	<p>Choroby nowotworowe stanowią obecnie i będą stanowić w ciągu następnych 10 lat poważny problem dla zdrowia i życia.</p>	<p>Należy poprawić poziom realizacji świadczeń w ramach realizowanej ścieżki onkologicznej.</p>

Leczenie szpitalne	5.3.	W 2017 r. liczba porad na 1 tys. mieszkańców w zakresie diagnostyki obrazowej (TK, rezonans magnetyczny.) wynosiła 48,15, w 2018 r. – 51,45, w 2019 r. – 62,47.	Zauważalny wzrost udzielanych świadczeń w zakresie diagnostyki obrazowej (TK, rezonans magnetyczny) jest wynikiem wprowadzenia braku limitów na te badania.	Należy kontynuować działania polegające na odciążeniu szpitali w zakresie wykonywania badań obrazowych tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego i przesunięcie ich w stronę działalności ambulatoryjnej.
	6.1.	Najczęstszą przyczyną pobytu w szpitalu były urazy, zatrucia i inne określone skutki czynników zewnętrznych - 19,67%, a następnie choroby układu krążenia - 12,26%.	nie dotyczy	Należy zwiększyć dostępność do kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS- ZAWAŁ).
	6.2.	Funkcjonują 2 oddziały geriatryczne w powiatach: gnieźnieńskim, w którym przyjęto 733 pacjentów, i ostrowskim, w którym przyjęto 475 pacjentów. Średnie obłożenie łóżek wynosi 65%.	Obserwuje się zbyt małą liczbę oddziałów geriatrycznych, zwłaszcza mając na uwadze proces starzenia się społeczeństwa.	Wzmocnienie opieki dla osób starszych oraz optymalizacja liczby łóżek geriatrycznych.
	6.3.	Na terenie województwa obserwuje się znaczne rozproszenie bazy lokalowej świadczeń pediatrycznych.	Rozproszenie bazy lokalowej powoduje trudności w proces diagnostyczno-leczniczym w zakresie świadczeń pediatrycznych.	Należy zapewnić kompleksową opiekę pediatryczną.

6.4.	<p>Obłożenie łóżek wyniosło średnio 82%. Najbardziej obłożone były oddziały: neurologiczne (w tym udarowe – 137%), onkologii klinicznej (112%) i diabetologiczne dla dzieci (105%), najmniej obłożone są oddziały: leczenia jednego dnia dla dzieci (10%) i chirurgii plastycznej (2%).</p>	<p>Nierównomiernie obłożenie łóżek, wynikające z sytuacji demograficznej (starzenie się społeczeństwa, zmniejszona dzietność), długiego czasu oczekiwania na świadczenia, niedostępności personelu, niedostatecznego obciążenia AOS.</p>	<p>Optymalizacja liczby łóżek wynikająca z sytuacji demograficznej w szczególności na oddziałach położniczych, neonatologicznych i pediatrycznych jako konsekwencja zmniejszającej się liczby porodów w poszczególnych szpitalach oraz dostępności personelu.</p>
6.5.	<p>W województwie obserwuje się niskie obłożenie oddziałów: leczenia jednego dnia 50% dla dorosłych oraz 10% dla dzieci oraz chirurgii plastycznej na poziomie 2%.</p> <p>Kolejki oczekujących do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej - 1057,9 dni, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci – 642,7 dni,</p> <p>Kolejki przypadków pilnych najdłuższe były do oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci - 218,6 dni, chirurgii urazowo-ortopedycznej - 167,5 dni.</p>	<p>Przedstawione dane potwierdzają niskie obłożenie łóżek leczenia jednego dnia oraz długi czas oczekiwania na świadczenia w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci i dorosłych.</p>	<p>Profilowanie podmiotów leczniczych z uwagi na strukturę wykonywanych świadczeń w zakresie oddziałów zabiegowych i oddziałów chorób wewnętrznych.</p> <p>W odniesieniu do oddziałów zabiegowych, w przypadku dużego udziału świadczeń o charakterze jednodniowym, zmiana trybu udzielania świadczeń z hospitalizacji na chirurgię jednego dnia lub hospitalizację planową.</p>

			Optymalizacja liczby łóżek chirurgii urazowo-ortopedycznej.
6.6.	Niska liczba łóżek w ZOL/ZPO dostępność do łóżek na koniec 2019 r. na 1 tys. ludności w wieku 65 i powyżej wynosiła 2,31. Jest to najniższa wartość w Polsce wśród wszystkich województw.	Przedstawione dane potwierdzają niskie obłożenie łóżek w ZOL/ZPO.	Wskazana jest zmiana strukturalno-organizacyjna polegająca na przekształceniu części łóżek szpitalnych w zakład opiekuńczo-leczniczy/ zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy w przypadku oddziałów chorób wewnętrznych, gdy struktura sprawozdanych świadczeń wskazuje na leczenie pacjentów w wieku senioralnym oraz chorób przewlekłych.
6.7.	Mała liczba świadczeń zabiegowych w szpitalach m. in. onkologicznych, naczyniowych oraz porodów.	Obserwuje się małą liczbę wykonywanych świadczeń zabiegowych w szpitalach.	Zaleca się wygaszanie miejsc wykonywania świadczeń niegwarantujących doświadczenia zespołu operacyjnego w związku ze zbyt małą liczbą wykonywanych świadczeń zabiegowych, np. onkologicznych, naczyniowych, porodów.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	6.8.	W 2019 r. realizowano 82 programy lekowe w 54 podmiotach. Liczba osób objętych programami wynosiła 12,9 tys. Obserwuje się migrację pacjentów z całej Polski, w szczególności z województw od strony zachodniej: lubuskiego (0,5 tys. pacjentów), dolnośląskiego (0,2 tys. pacjentów) i zachodniopomorskiego (0,2 tys. pacjentów).	Na przestrzeni lat 2016-2019 zanotować można znaczny wzrost liczby programów lekowych oraz korzystających z nich pacjentów przy jednoczesnym niewielkim zmniejszeniu liczby podmiotów udzielających tych świadczeń.	Utrzymanie trendu wysokiej dostępności w zakresie programów lekowych oraz zapewnienie mieszkańcom dostępu do programów wynikających z koszyka świadczeń gwarantowanych.
	7.1.	13,7% pacjentów poniżej 18. roku życia leczyło się w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych dla dorosłych. W ponad połowie powiatów województwa w powiecie zamieszkania leczyło się poniżej 30% pacjentów. W subregionie pilskim nie ma zakontraktowanej jakiegokolwiek formy leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży.	Brak dostępności do świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży w większości powiatów województwa powoduje konieczność leczenia dzieci w poradniach zdrowia psychicznego dla dorosłych lub poza miejscem zamieszkania.	Konieczność zwiększenia dostępności w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży, w szczególności na obszarze subregionu pilskiego.
	7.2.	W całym województwie nie ma hosteli dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Hostel dla uzależnionych od alkoholu znajduje się w Koninie. Ograniczony jest także dostęp do oddziałów dziennych leczenia uzależnień, które znajdują się w 11 gminach województwa.	Brak hosteli dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz ośrodków oddziałów dziennych leczenia uzależnień dla dzieci i dorosłych.	Rozwój hosteli i ośrodków dziennego leczenia uzależnień dla dzieci i dorosłych.
	7.3.	Średnie obłożenie łóżek w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży było na poziomie 104%, a w psychiatrii dorosłych wskaźnik ten wyniósł 90%. Liczba łóżek na	Wysoki wskaźnik obłożenia łóżek, szczególnie w zakresie psychiatrii dla dzieci i młodzieży.	Monitorowanie dostępności do świadczeń ukierunkowanych na leczenie dzieci i młodzieży w rodzaju opieka psychiatryczna

	oddziałach psychiatrycznych (ogólnych) dla dzieci wyniosła w województwie 2 na 100 tys. ludności.		i leczenie uzależnień. W przypadku większego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne wśród dzieci i młodzieży – zwiększanie nakładów finansowych (wartości zawartych umów) do rzeczywistego poziomu sprawozdanych usług.
7.4.	Główną formą opieki nad pacjentem były świadczenia ambulatoryjne udzielane w poradniach psychiatrycznych/ psychologicznych dla dorosłych oraz poradniach leczenia uzależnień. Korzystało z nich łącznie 131 tysięcy osób (czyli 4 658 na 100 tys. ludności dorosłej). Zauważalny jest niewielki udział (2,2%) pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń udzielanych przez zespoły leczenia środowiskowego. Na terenie województwa świadczenia z zakresu ZLŚ zakontraktowano tylko w 9 powiatach.	Niewystarczająca liczba ZLŚ na terenie województwa.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki domowej poprzez zakontraktowanie Zespołów Leczenia Środowiskowego w powiatach, które są najbardziej oddalone od ośrodków obecnie działających, szczególnie w północnej części województwa.
7.5.	W województwie występuje znaczna koncentracja opieki psychogeriatrycznej w dwóch miastach: Gnieźnie (forma dzienna i stacjonarna) oraz Poznaniu (forma dzienna).	Niewystarczająca liczba ośrodków opieki psychogeriatrycznej w obliczu zmian demograficznych.	Zapewnienie większego dostępu do świadczeń psychogeriatrycznych.

Rehabilitacja medyczna	8.1.	<p>Odnotowano (szczególnie w północnej części województwa) migracje pacjentów do miast na prawach powiatów, np. saldo migracji dla m. Poznań wynosiło 9 521, m. Konin 5 268, m. Kalisz 2 976. Dodatkowo saldo migracji występowało również w powiatach: pleszewskim, chodzieskim, obornickim, gostyńskim, leszczyńskim, kościańskim, wolsztyńskim i kępińskim. Saldo migracji dla całego województwa było ujemne, czwarty od końca wynik w kraju.</p>	<p>Migracje pacjentów są wynikiem niedostatecznej dostępności do świadczeń rehabilitacji oraz centralizacji ośrodków w dużych miastach.</p>	<p>Należy zwiększyć dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w subregionie pilskim, w szczególności w zakresach świadczeń realizowanych w warunkach oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego).</p>
	8.2.	<p>Prognozy na lata 2020-2028 wskazują na zwiększenie chorobowości w zakresie chorób układu krążenia oraz zwiększenie liczby zgonów z powodu niewydolności serca.</p> <p>Głównymi rozpoznaniami w rehabilitacji medycznej, we wszystkich rodzajach świadczeń łącznie, były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (70,3%) oraz choroby układu nerwowego (17,4%).</p>	<p>nie dotyczy</p>	<p>Należy zwiększyć dostępność do świadczeń w zakresie: rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna i telerehabilitacja kardiologiczna hybrydowa w warunkach stacjonarnych.</p>
Op. długo termin.	9.1.	<p>W 12 powiatach w województwie brakuje dostępu do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych lub opiekuńczo-leczniczych.</p>	<p>Nierównomierny dostęp do świadczeń opieki długoterminowej w województwie.</p>	<p>Zapewnienie dostępu do świadczeń w zakładach opiekuńczo-leczniczych na</p>

Opieka paliatywna i hospicyjna				terenie powiatów, w których takich placówek nie ma.
	9.2.	Na terenie województwa liczba zespołów opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, w tym również dla dzieci i młodzieży, realizuje tylko 6 podmiotów (0,17 podmiotu na 100 tys. ludności).	Niedostateczna liczba zespołów opieki długoterminowej szczególnie w zakresie pacjentów wentylowanych mechanicznie.	Stworzenie ośrodka stacjonarnego dla osób wentylowanych mechanicznie w tym również dla dzieci i młodzieży.
	10.1.	W województwie funkcjonowało 48 hospicjów domowych (1,37 na 100 tys. ludności). Brak jest dostępności do ośrodków domowych zaobserwowano w powiatach: chodzieskim, leszczyńskim, szamotulskim, krotoszyńskim, kaliskim, tureckim i konińskim. Ponadto odnotowano niski odsetek realizowanych świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci. Zakontraktowanych jest 9 ośrodków, jednak obserwuje się brak podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w tym zakresie na obszarze subregionu pilskiego (grupa powiatów: chodzieski, czarnkowsko-trzcianecki, pilski, wągrowiecki, złotowski).	Występuje nierównomierny dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.	Dążenie do zapewnienia opieki w warunkach domowych w każdym powiecie.
	10.2.	Na podstawie monitoringu sprawozdawczości stwierdza się brak realizacji świadczeń (lub w znikomej liczbie) w opiece hospicyjnej w warunkach domowych przez fizjoterapeutę i psychologa.	Świadczenia paliatywne w warunkach domowych nie są udzielane kompleksowo, ponieważ nie obejmują wsparcia psychologa i fizjoterapeuty.	Podjęcie działań mających na celu realizację świadczeń przez fizjoterapeutę i psychologa w warunkach domowych.

10.3.	<p>Na terenie 5 z 35 powiatów działało 7 poradni medycyny paliatywnej (0,2 na 100 tys. ludności). Dostępność poradni medycyny paliatywnej była bardzo ograniczona. Na terenach wiejskich nie ma wykonywanych świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w trybie ambulatoryjnym. Świadczenia te udzielane były jedynie w m. Konin (345 pacjentów), m. Poznań (291 pacjentów), powiecie słupeckim (106 pacjentów), pilskim (28 pacjentów), m. Kalisz (13 pacjentów). Pozostałe powiaty nie realizowały opieki ambulatoryjnej z tego zakresu.</p>	<p>W powiatach występuje ograniczona dostępność poradni medycyny paliatywnej, a w obszarach wiejskich brak jest miejsc wykonywanych świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w trybie ambulatoryjnym.</p>	<p>Rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych oraz utworzenie nowych poradni medycyny paliatywnej w szczególności na obszarach wiejskich</p>
10.4.	<p>Liczba lekarzy wykonująca zawód z ukończoną specjalizacją z medycyny paliatywnej na terenie województwa wielkopolskiego wynosiła 42 osoby (1,7 lekarz na 100 tys. pacjentów). Wśród personelu pielęgniarskiego tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej posiadało 61 osób.</p> <p>W trakcie szkolenia specjalizacyjnego z zakresu medycyny paliatywnej było 20 lekarzy, a w ciągu sześciu lat wiek emerytalny ma osiągnąć 10 lekarzy.</p>	<p>Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej jest niewystarczająca. Pomimo tego, iż liczba lekarzy w trakcie szkoleń specjalizacyjnych przewyższa liczbę lekarzy w wieku okołiemerytalnym, a więc wymienialność pokoleniowa dla tej dziedziny medycyny nie jest znaczącym problemem, to jednak wskaźnik liczby lekarzy na 100 tys. ludności jest zbyt niski (rekomendacja konsultanta krajowego: 3,0 na 100 tys. ludności).</p>	<p>Promowanie kształcenia lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.</p> <p>Zwiększenie liczby jednostek organizujących dla lekarzy kursy zgodne z programem specjalizacji medycyny paliatywnej.</p>

Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1.	Wskaźnik ZRM na 100 tys. mieszkańców wynosi 3,67. Jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 90,25% wezwań z czasem dojazdu do 15 minut oraz 9,75% wezwań powyżej 15 minut. Poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano 83,73 % wezwań z czasem dojazdu do 20 minut oraz 16,28% wezwań powyżej 20 minut.	Wskaźnik ZRM na 100 tys. mieszkańców jest bardzo niski. Skutkuje to wydłużeniem czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia. Występuje także problem wydłużonego czasu dotarcia ZRRM poza miastem pow. 10 tys. mieszkańców	Należy sukcesywnie zwiększać liczbę ZRM oraz zmodyfikować rozmieszczenie miejsc stacjonowania ZRM, aby wystarczająco pokryć rejony operacyjne przy jednoczesnym założeniu wzrostu ilości zespołów ZRM w województwie.
	11.2.	Prawie 13% wszystkich pacjentów SOR było pacjentami pediatrycznymi, czyli co 7 pacjent zgłaszający się na SOR był pacjentem poniżej 18. roku życia. Nie ma szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci.	Istotnym problemem jest brak SOR realizującego świadczenia wyłącznie na rzecz dzieci. Z uwagi na specyfikę leczenia pacjenci pediatryczni powinni mieć możliwość korzystania z usług dedykowanych specjalistów.	Rekomendowane jest utworzenie SOR realizującego świadczenia wyłącznie na rzecz dzieci wraz z centrum urazowym dziecięcym.
Kadry	12.1.	Liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi 595 (w Polsce 621). Prognoza liczby pielęgniarek w wieku 25-59 lat w perspektywie 10-letniej obrazuje ryzyko znacznego spadku liczby osób w tej grupie zawodowej o 29%.	Obserwowane i prognozowane braki w liczbie pielęgniarek.	Wskazane jest zwiększenie liczby miejsc na kierunku pielęgniarstwo oraz stworzenie systemu motywującego do podejmowania studiów pielęgniarstkich. Podjęcie działań motywujących do wykonywania zawodu pielęgniarki osób, które zrezygnowały z jego wykonywania.

12.2.	<p>Największe różnice pomiędzy liczbą lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny do 2024 r. a liczbą lekarzy, którzy do tego czasu uzyskają tytuł specjalisty występują w dziedzinach: choroby wewnętrzne (258), pediatria (95), chirurgia ogólna (60), położnictwo i ginekologia (46), choroby płuc (40) oraz nefrologia (40).</p> <p>Największy deficyt lekarzy specjalistów według konsultantów krajowych występuje w województwie w chorobach wewnętrznych, medycynie rodzinnej, psychiatrii, medycynie pracy, geriatrici, medycynie ratunkowej oraz radiologii i diagnostyce obrazowej.</p> <p>Aby móc zaspokoić wymienialność pokoleniową z uwzględnieniem rekomendowanej liczby specjalistów oszacowano, że w 2020 r. najwięcej miejsc specjalizacyjnych potrzeba w chorobach wewnętrznych (1740 miejsc specjalizacyjnych - liczba lekarzy osiągających wiek emerytalny przewyższa ponad dwukrotnie liczbę lekarzy w trakcie szkolenia specjalistycznego), medycynie rodzinnej (773), psychiatrii (352), medycynie pacy (302), geriatrici (237), medycynie ratunkowej (135), pediatrii (135).</p>	<p>Istnieje zbyt mała liczba miejsc specjalizacyjnych na niektórych kierunkach, co uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności.</p>	<p>Wskazane jest monitorowanie specjalizacji lekarskich i stosownie do potrzeb przyznawanie odpowiedniej liczby miejsc specjalizacyjnych.</p> <p>Stworzenie większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach, w których oszacowano największe zapotrzebowanie.</p> <p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie województwa w wybranych dziedzinach np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych medyków.</p>
12.3.	<p>Dostępne są miejsca specjalizacyjne, które nie są wybierane przez kandydatów w postępowaniu kwalifikacyjnym.</p>	<p>Brak odpowiednich motywatorów, które pozwalają wykorzystać istniejące wolne miejsca specjalizacyjne.</p>	<p>Wskazane jest stworzenie odpowiednich motywatorów, które pozwolą na wykorzystanie</p>

			już istniejących wolnych miejsc specjalizacyjnych.
12.4.	<p>W 2019 r. było 3 922 lekarzy ze specjalnościami spełniającymi kwalifikacje POZ (medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne, pediatria) w tym 1 460 (37,22%) lekarzy osiągnęło wiek emerytalny. Wskaźnik lekarzy pracujących w POZ wyniósł 25,72 na 100 tys. mieszkańców co było najniższą wartością w kraju. Najniższe wskaźniki występowały w powiatach wągrowieckim (2,84), kościańskim (8,84), w pięciu powiatach wartość mieściła się w przedziale 10-20, w kolejnych 16 między 20 a 30, w pozostałych powiatach między 30 a 62,26 (powiat kolski).</p> <p>Liczba pediatrów pracujących w POZ na 100 tys. mieszkańców wynosiła 26,77. W powiatach wągrowieckim i pilskim liczba ta wynosiła 0. W 10 powiatach liczba ta wahała się między 5,56 a 17,82, w 13 powiatach wynosiła między 22 a 37,82, powyżej 40 była w 10 powiatach, w tym powyżej wspomnianej średniej w 2 powiatach – kolskim i grodziskim.</p>	Występuje problem zapewnienia odpowiedniej kadry lekarzy specjalistów pracujących w POZ.	<p>Utworzenie większej liczby miejsc specjalizacyjnych we wskazanych dziedzinach.</p> <p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy w POZ na terenie województwa np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych medyków.</p>
12.5.	Wskaźnik liczby pielęgniarek pracujących w POZ na 100 tys. ludności wynosi 28,44 i również był na najniższym poziomie w kraju. Wskaźniki poniżej 20 występowały w 8 powiatach (w tym powiecie	Występuje problem zapewnienia odpowiedniej kadry pielęgniarskiej i położniczej pracujących w POZ.	Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy w POZ na terenie województwa np.

Sprzęt medyczny		<p>poznańskim oraz mieście Poznaniu). Najniższa liczba pielęgniarek pracujących w POZ w stosunku do mieszkańców była odnotowana w powiecie wągrowieckim (5,69) oraz krotoszyńskim (7,76). Najwyższa liczba, była w powiecie złotowskim (79,2). W 17 powiatach wskaźnik wynosił między 20 a 40, w kolejnych 8 między 40 a 54.</p> <p>Liczba położnych w POZ na 100 tys. mieszkańców wynosiła 4,49. W 5 powiatach (krotoszyński, gostyński, wągrowiecki, leszczyński, Leszno) liczba była mniejsza niż 2, w 9 powiatach między 2 a 4, w 6 powiatach od 4 do 6, a w pozostałych 15 między 6 a 10,59 (powiat nowotomyski).</p>		<p>stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych medyków.</p>
	13.1.	<p>Akceleratory zlokalizowane są w dwóch powiatach (m. Poznań, m. Kalisz). Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu złotowskiego (101 km).</p> <p>Średni wiek akceleratorów w obydwu powiatach wynosi 8 i 16 lat. W obydwu powiatach można zauważyć stosunkowo niską średnią liczbę wykonywanych badań.</p> <p>Szacuje się, że do 2023 r. 60% akceleratorów zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty, natomiast do 2029 r. wszystkie</p>	<p>Można wskazać powiaty, w których jest potencjał do wykonywania większej liczby procedur na podstawie porównania do innych powiatów/benchmarków.</p> <p>Baza sprzętowa zawiera bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane, które posiadają wysoki priorytet do wymiany oraz sprzęt, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, ale także do odnowienia bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany, jak również aparatów, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań</p>

	obecnie posiadane akceleratory będą wymagały wymiany.		
13.2.	<p>Angiografy zostały rozmieszczone w ośmiu powiatach (m. Poznań, m. Kalisz, m. Konin, m. Leszno, pow. pleszewski, pow. poznański, pow. obornicki, pow. gnieźnieński). Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym jest, co najmniej 1 angiograf jest powiat międzychodzki (71 km).</p> <p>Wiek aparatów w powiatach waha się od 2 do 10 lat. 3,2% angiografów w województwie ma wysoki priorytet do wymiany, pozostałe 96,8% znajduje się w bazie sprzętu o niskim priorytecie do wymiany. Do 2023 r. 42% angiografów osiągnie wiek predysponujący do wymiany na nowy sprzęt.</p>	<p>Można wskazać powiaty, w których jest potencjał do wykonywania większej liczby procedur na podstawie porównania do innych powiatów/benchmarków.</p> <p>Baza sprzętowa zawiera bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane, które posiadają wysoki priorytet do wymiany oraz sprzęt, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, ale także do odnowienia bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany, jak również aparatów, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań</p>
13.3.	<p>Województwo posiada jedynie 3 aparaty do brachyterapii, ulokowane w m. Poznań.</p> <p>Średni wiek aparatów to 14 lat. Wszystkie aparaty do brachyterapii w województwie znajdują się w średnim priorytecie do wymiany.</p>	<p>Baza sprzętowa zawiera bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane, które posiadają wysoki priorytet do wymiany oraz sprzęt, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, ale także do odnowienia bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany, jak również aparatów, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>

13.4.	<p>Województwo dysponuje sześcioma aparatami ECMO, służącymi do pozaustrojowego utlenowania krwi, wszystkie znajdują się w m. Poznań. Odległość od najbliższego aparatu jest największa dla mieszkańców m. Kalisz (122 km).</p> <p>Średni wiek sprzętu to 8 lat.</p> <p>W 2019 r. niski priorytet do wymiany posiadało 66,7% sprzętu, średni priorytet 33,3%.</p>	<p>Można wskazać powiaty, w których jest potencjał do wykonywania większej liczby procedur na podstawie porównania do innych powiatów/benchmarków.</p> <p>Baza sprzętowa zawiera bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane, które posiadają wysoki priorytet do wymiany oraz sprzęt, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, ale także do odnowienia bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany, jak również aparatów, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>
13.5.	<p>Aparaty zlokalizowane są w dwóch powiatach (m. Poznań, pow. pilski). Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu ostrowskiego i ostrzeszowskiego (99 km).</p> <p>Rozpiętość wieku posiadanego sprzętu jest duża: od 5 lat do 22 lat.</p> <p>Duży udział „starego” sprzętu sprawia, że już na chwilę obecną 50% aparatów kwalifikuje się do wymiany. Do 2023 r. 80% gammakamer w województwie osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Sprzęt nie jest optymalnie wykorzystywany.</p> <p>Baza sprzętowa zawiera bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane, które posiadają wysoki priorytet do wymiany oraz sprzęt, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, ale także do odnowienia bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany, jak również aparatów, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>

13.6.	<p>Stacjonarne mammografy działają w 18 powiatach: pow. czarnkowsko-trzcianecki, pow. gnieźnieński, pow. grodziski, pow. kępiński, pow. kościański, pow. krotoszyński, pow. międzychodzki, pow. ostrowski, pow. pilski, pow. pleszewski, pow. słupecki, pow. szamotulski, pow. turecki, pow. wrzesiński, m. Kalisz, m. Konin, m. Leszno i m. Poznań.</p> <p>Średni wiek mammografów w powiatach wyniósł od 3 do 17 lat.</p> <p>W 2019 r. wysoki priorytet do wymiany posiadało 39% sprzętu, średni priorytet - 11%.</p> <p>Według prognoz zapotrzebowania, 53% posiadanych mammografów stacjonarnych będzie musiała być wymieniona do 2023 r.</p>	<p>Można wskazać powiaty, w których jest potencjał do wykonywania większej liczby procedur na podstawie porównania do innych powiatów/benchmarków.</p> <p>Baza sprzętowa zawiera bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane, które posiadają wysoki priorytet do wymiany oraz sprzęt, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, ale także do odnowienia bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany, jak również aparatów, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>
13.7.	<p>PET</p> <p>W województwie znajdują się 2 aparaty PET zlokalizowane w m. Poznań. Ich średni wiek wynosi 7 lat. Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym zlokalizowane są aparaty PET jest powiat m. Kalisz (122 km).</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami, urządzenia PET w województwie mają obecnie średni i niski priorytet do wymiany.</p>	<p>Można wskazać powiaty, w których jest potencjał do wykonywania większej liczby procedur na podstawie porównania do innych powiatów/benchmarków.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, ale także do odnowienia bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany, jak również aparatów, których wiek istotnie</p>

			ogranicza efektywne wykonywanie badań.
13.8.	<p>Aparaty zlokalizowane są w pow. gnieźnieńskim, pow. nowotomyskim, pow. pilskim, pow. pleszewskim, pow. śremskim, pow. wrzesińskim, m. Kalisz, m. Konin, m. Leszno i m. Poznań.</p> <p>W 2019 r. w żadnym z powiatów średni wiek sprzętów nie przekraczał 10 lat.</p> <p>Średnia roczna wykonywana liczba procedur w większości powiatów jest na stosunkowo wysokim poziomie.</p> <p>Wysoki priorytet do wymiany posiada 7% aparatów.</p>	Można wskazać powiaty, w których jest potencjał do wykonywania większej liczby procedur na podstawie porównania do innych powiatów/benchmarków.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, ale także do odnowienia bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany, jak również aparatów, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań
13.9.	<p>Aparaty RTG to bardzo rozpowszechnione urządzenia diagnostyczne, dostępne we wszystkich powiatach.</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 6 do 15 lat. 31% sprzętów ma wysoki priorytet do wymiany. Niski priorytet do wymiany posiada 68,0% aparatów RTG.</p>	<p>Można wskazać powiaty, w których jest potencjał do wykonywania większej liczby procedur na podstawie porównania do innych powiatów/benchmarków.</p> <p>Baza sprzętowa zawiera bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane, które posiadają wysoki priorytet do wymiany oraz sprzęt, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, ale także do odnowienia bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany, jak również aparatów, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.

13.10.	<p>Tomografy komputerowe zlokalizowane są w większości powiatów. Powiatem najbardziej odległym od najbliższego tomografu komputerowego jest pow. kaliski (14 km).</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 3 do 14 lat.</p> <p>Zgodnie z rekomendacjami, 15% tomografów komputerowych ma obecnie wysoki priorytet do wymiany, 7% ma priorytet średni do wymiany.</p> <p>Średnie wykorzystanie aparatów waha się od 853 procedur/rok (pow. grodziski) do 9618 (pow. pilski).</p>	<p>Można wskazać powiaty, w których jest potencjał do wykonywania większej liczby procedur na podstawie porównania do innych powiatów/benchmarków.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, ale także do odnowienia bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany, jak również aparatów, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>
13.11.	<p>Aparaty USG to bardzo rozpowszechnione urządzenia diagnostyczne, dostępne we wszystkich powiatach.</p> <p>Średni wiek aparatów w powiatach wynosi od 7 do 15 lat (w większości powiatów przekracza 10 lat).</p> <p>Duży udział sprzętów „starych” przekłada się na rekomendacje, zgodnie z którymi aż 63% aparatów ma wysoki priorytet do wymiany.</p> <p>Do 2023 r. 81% aparatów USG w województwie osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty.</p>	<p>Można wskazać powiaty, w których jest potencjał do wykonywania większej liczby procedur na podstawie porównania do innych powiatów/benchmarków.</p> <p>Baza sprzętowa zawiera bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane, które posiadają wysoki priorytet do wymiany oraz sprzęt, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego, ale także do odnowienia bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany, jak również aparatów, których wiek istotnie ogranicza efektywne wykonywanie badań.</p>

Załącznik 16.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	Liczba ludności w województwie wyniosła 1,70 mln i według danych GUS do 2050 r. będzie utrzymywać się jej tendencja spadkowa. Dynamika ta będzie odmienna dla niektórych powiatów. W 2022 r. nastąpi wzrost liczby ludności w powiatach: polickim (o 3,4%), goleniowskim (o 0,4%) i koszalińskim (o 0,4%). W dłuższej perspektywie wzrost ludności nastąpi tylko w powiecie polickim. W 2050 r. wyniesie on aż 26,9%. We wszystkich pozostałych powiatach liczba ludności będzie charakteryzowała się trendem spadkowym.	Liczba ludności będzie wzrastać w powiatach otaczających miasta wojewódzkie, a spadać w samych miastach i powiatach od nich oddalonych.	nie dotyczy
	1.2.	Kształt piramidy wieku mieszkańców wskazuje na znaczny udział osób starszych. Odsetek ludności w wieku 65 lat wzwyż przewyższa odsetek osób poniżej 14 roku życia. Według danych GUS w kolejnych latach dysproporcje te będą się	Szybko postępujące starzenie się mieszkańców województwa powoduje wzrost liczby osób wymagających stałej opieki medycznej przy jednoczesnym spadku liczby osób młodych. Oznacza to, że mogą wystąpić znaczne niedobory personelu medycznego, przy	nie dotyczy

	<p>powiększać. W 2050 r. dominanta wieku wyniesie aż 67 lat.</p> <p>Również udziały procentowe ekonomicznych grup wieku potwierdzają tę tendencję. W 2019 r. 16,92% ludności było w wieku przedprodukcyjnym, 60,43% w wieku produkcyjnym i 22,65% w wieku poprodukcyjnym. Zgodnie z prognozami w 2022 r. udziały te zmienią się w niewielkim stopniu, ale do 2050 r. różnice te będą znaczne. Udział osób w wieku przedprodukcyjnym spadnie o niespełna 3 punkty procentowe, udział osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie o prawie 15 punktów procentowych, natomiast udział osób w wieku produkcyjnym spadnie o prawie 12 punktów procentowych i będzie stanowił mniej niż połowę wszystkich mieszkańców województwa.</p>	<p>jednoczesnym wzroście osób wymagających czynnej opieki medycznej ze względu na choroby przewlekłe.</p>	
1.3.	<p>Podobnie jak w całej Polsce informacje o długości życia w podziale na płeć wskazują wyraźnie krótszą długość życia mężczyzn niż kobiet. W momencie urodzenia mężczyźni mieli dalszą oczekiwaną długość życia krótszą od kobiet o około 7 lat, czyli 9%. W przypadku osób starszych różnice te jeszcze się pogłębiły. Dalsze oczekiwane lata życia u mężczyzn były krótsze o około 20%. Ponadto kształt piramidy wieku mieszkańców wskazuje na stałą nadwyżkę liczby kobiet w wieku powyżej 55 lat.</p>	<p>Zarówno wartości wskaźników dalszej oczekiwanej długości życia, jak i kształt piramidy wieku wskazują na nadumieralność mężczyzn.</p> <p>Pomimo wyższych wartości wskaźnika długości życia niż u mężczyzn, szczególnie źle pod tym kątem wypadają kobiety mieszkające na wsi.</p>	nie dotyczy

Epidemiologia. i prognoza epid.		Wskaźniki dalszej oczekiwanej długości życia bez względu na płeć były niższe niż średnio w Polsce. Na tle innych województw, zarówno w momencie urodzenia, jak i w wieku 60 lat dla kobiet osiągał on najniższe wartości w kraju. W przypadku mężczyzn był 5. od końca w wieku lat 60 i 6. od końca na początku życia.		
	1.4.	<p>Współczynnik dzietności kobiet określający przeciętną liczbę dzieci, które urodziłyby w ciągu całego okresu rozrodczego, zmalał w stosunku do roku poprzedniego i wyniósł 1,3 (1,33 w 2018 r.). Uplasowało to województwo na trzeciej od końca pozycji w kraju.</p> <p>Najwyższe wartości współczynnika dzietności (powyżej 1,4) odnotowano w m. Koszalin i powiecie stargardzkim, natomiast najniższe (poniżej 1,23) w powiatach: świdwińskim, koszalińskim, polickim, myśliborskim, gryfińskim i szczecineckim.</p>	Przyjmując, że wartości współczynnika między 2,10 a 2,15 zapewniają prostą zastępowalność pokoleń, oznacza to, że w województwie nie została ona osiągnięta. Skutkuje to większym spadkiem liczby urodzeń, a co za tym idzie spadkiem zapotrzebowania na usługi położnicze i opiekę pediatryczną w tym regionie.	nie dotyczy
	2.1.	Analiza dynamiki najważniejszych problemów zdrowotnych wykazała, że od 1999 r. najwyższe wartości wskaźnika DALY osiągnęły odpowiednio: choroba niedokrwienna serca, udar oraz nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc. Potwierdza to analiza dynamiki zgonów, ponieważ wymienione	Główne problemy zdrowotne mieszkańców województwa zabierające najwięcej lat życia w zdrowiu nie zmieniły się od 20 lat. Podobnie jak w całej Polsce były to: choroba niedokrwienna serca, udar oraz	nie dotyczy

	<p>problemy były również najważniejszymi ich przyczynami.</p> <p>Według prognoz na lata 2019-2028 sytuacja ta nie ulegnie zmianie i te trzy problemy zdrowotne wciąż odpowiedzialne będą za największą liczbę zgonów.</p>	<p>nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc.</p>	
2.2.	<p>Do 2009 r. wskaźnik DALY dla nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc zajmował trzecie miejsce. W ostatnich dziesięciu latach ten problem zdrowotny okazał się dla mieszkańców województwa na tyle dotkliwy, że w rankingu przesunął się na drugą pozycję, wyprzedzając udary.</p> <p>Spośród wymienionych problemów zdrowotnych nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc jako jedyny odnotował wzrost wartości wskaźnika DALY w okresie 1999-2019. Wpływ na to miał przede wszystkim wzrost liczby utraconych lat życia na skutek przedwczesnej śmierci, podczas gdy zarówno dla udaru, jak i dla choroby niedokrwiennej serca, wskaźnik YLL zmaleł.</p>	<p>Choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny mieszkańców województwa, a wśród nich szczególnie nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc.</p>	nie dotyczy
2.3.	<p>Wzrosł wskaźnik zapadalności na choroby psychiczne, w tym przede wszystkim na zaburzenia depresyjne. Wzrosł również wskaźnik zgonów na zaburzenia związane z piciem alkoholu zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Dodatkowo wśród kobiet z województwa prognozowany jest wzrost zapadalności, chorobowości i liczby zgonów</p>	<p>Prognozy odnoszące się do 2028 r. zakładają wzrost znaczenia problemów zdrowotnych związanych ze zdrowiem psychicznym mieszkańców województwa.</p>	nie dotyczy

	z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, przy jednoczesnym spadku tych wskaźników u mężczyzn.		
2.4.	<p>Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne zwiększyły swój udział w sumarycznej liczbie zgonów dwukrotnie na przestrzeni ostatnich 20 lat. Wzrost ten jest szczególnie zauważalny wśród kobiet, stanowiąc w tej grupie trzecią z najważniejszych przyczyn zgonów.</p> <p>Również prognozy dla tego problemu zdrowotnego są alarmujące, w latach 2020-2028 prognozowany jest wzrost liczby zgonów o 30,53%, a szacowany wzrost będzie największym spośród wszystkich problemów zdrowotnych.</p>	Wzrost udziału choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych w przyczynach zgonów mieszkańców województwa.	nie dotyczy
2.5.	<p>W ciągu ostatnich 20 lat wartość wskaźnika DALY dla cukrzycy wzrosła o 62%, zaś dla nowotworu złośliwego jelita grubego i otyłości o 46%.</p> <p>W przypadku cukrzycy miał na tę sytuację wpływ wskaźnik YLD, którego wartość wzrosła niemal dwukrotnie w porównaniu z 1999 r.</p> <p>Z kolei w kwestii nowotworu złośliwego jelita grubego i otyłości odnotowano znaczny wzrost YLL.</p> <p>Według prognoz na lata 2020-2028 cukrzyca odnotuje najwyższy spośród wszystkich problemów</p>	Wzrost istotności cukrzycy oraz nowotworu złośliwego jelita grubego i otyłości wśród problemów zdrowotnych mieszkańców województwa.	nie dotyczy

Czynniki ryzyka i profilaktyka		zdrowotnych wzrost wskaźnika chorobowości, o 23,49%.		
	2.6.	Prognoza epidemiologiczna na lata 2020-2028 zakłada największe wzrosty wskaźnika zgonów w następujących grupach chorób: choroby układu nerwowego (+27,42%), nowotworów (+12,26%) oraz chorób układu trawiennego (+10,4%), a także największe wzrosty wskaźnika zgonów w następujących podgrupach chorób: choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (+31,76%), migotanie i trzepotanie przedsionków (28,46%), nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (+20,87%) oraz choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca (+20,47%).	nie dotyczy	nie dotyczy
	3.1.	W województwie udział czynników ryzyka w DALY był wyższy niż średnio w Polsce i wynosił ok. 17,3 tys. na 100 tys. ludności (dla Polski ok. 17,0 tys.). Udział w zgonach był nieznacznie mniejszy i wynosił 686,2 na 100 tys. ludności (dla Polski 690,1). Dominującą grupą czynników ryzyka, tak jak i w Polsce była grupa czynników behawioralnych, a sytuacja w województwie (jeżeli chodzi o udział w DALY) była gorsza niż średnio w kraju.	Duży udział behawioralnych czynników ryzyka w DALY i zgonach.	Edukacja zdrowotna w zakresie wpływu czynników ryzyka na zdrowie społeczeństwa.

3.2.	<p>Działaniami z zakresu profilaktyki tytoniu w całym województwie objęto średnio 477 osób. W 11 powiatach nie przeprowadzono w ogóle działań z zakresu profilaktyki palenia. W latach 2010-2019 obserwuje się wzrost udziału palenia tytoniu w zgonach szczególnie u kobiet (ok. 14%; u mężczyzn ok. 3% wzrost). W analogicznym okresie również udział tytoniu w DALY rośnie u kobiet (wzrost o ok. 9%; u mężczyzn spadek o ok. 1%).</p> <p>Na tle kraju województwo zajęło drugie miejsce (zaraz po województwie łódzkim) pod względem najwyższego udziału tytoniu w DALY i zgonach (odchylenie od Polskie wynosi ok. 15% i 14%).</p>	<p>Palenie tytoniu jest jednym z najbardziej obciążających czynników w województwie. W przypadku kobiet jego udział w zgonach i DALY rośnie w ostatnich latach. 11 powiatów nie było zabezpieczonych w działania z zakresu profilaktyki palenia tytoniu.</p>	<p>Dostosowanie programów profilaktycznych i ich popularyzację z zakresu palenia tytoniu. Część z tych programów powinna być dedykowana kobietom, gdzie problem ten narasta.</p> <p>Upowszechnienie informacji dotyczących zagrożeń wynikających z używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych, w tym realizacja kampanii informacyjno-edukacyjnych.</p>
3.3.	<p>W ostatnich 10 latach wzrósł udział wysokiego BMI i ryzyk żywieniowych na zgony odpowiednio o ok. 15% i 8%.</p>	<p>Analiza trendów z ostatnich 10 lat wskazuje na wzrost wpływu czynników ryzyka związanych z dietą. Powszechne występowanie otyłości wśród mieszkańców województwa może spowodować wybuch epidemii cukrzycy typu 2 oraz innych chorób.</p>	<p>Wprowadzenie programów profilaktycznych z zakresu prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej (szczególnie wśród dzieci i młodzieży).</p> <p>Prowadzenie działań na rzecz zachowania właściwej masy ciała, w tym między innymi tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością (dot. jednostek samorządu terytorialnego).</p>

			<p>wyłonionych w drodze konkursu ogłoszonego przez Ministerstwo Zdrowia).</p> <p>Promowanie kultury fizycznej przez: zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej oraz promowanie i poprawa bezpieczeństwa ruchu pieszego i rowerowego.</p>
3.4.	<p>W skali kraju wojewódzki oddział NFZ w 2019 r. poniósł największe nakłady finansowe na świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu. Pomimo zaobserwowanego spadku wpływu spożywania alkoholu na DALY (w okresie 2010-2019 spadek o ok. 5%), obserwuje się utrzymujący się wpływ na zgony (w analogicznym okresie wzrost o prawie 1%).</p>	<p>Pomimo utrzymania wysokich nakładów ponoszonych przez Fundusz na leczenie uzależnień od alkoholu województwie utrzymuje się wysoki wpływ spożywania alkoholu na odsetek zgonów.</p>	<p>Prowadzenie programów profilaktycznych i ich popularyzację dotyczących walki z nadmiernym spożywaniem alkoholu.</p>
3.5.	<p>Zapadalność na nowotwór złośliwy szyjki macicy w przeliczeniu na 100 tys. kobiet jest większa w województwie niż w Polsce (18,6 vs. 16,5 dla Polski). Podobnie jest z liczbą zgonów (12,3 vs. 10,7 dla Polski). Niestety zmniejsza się liczba kobiet zgłaszających się na badania profilaktyczne, zarówno na badania cytologiczne jak i mammograficzne. W 2019 r. ok. 32% z rocznej populacji kobiet</p>	<p>Rak szyjki macicy i rak piersi stanowią w województwie od wielu lat poważny problem epidemiologiczny. Zbyt mała zgłaszalność na badania profilaktyczne (mammografia i cytologia) wśród mieszkańców województwa.</p>	<p>Kontynuacja działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe kontraktowane i finansowane przez NFZ. Przede wszystkim należy poprawić zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne, gdzie sytuacja</p>

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		zakwalifikowanej do przebadania nie było badanych w kierunku raka piersi, a ok.75% w kierunku raka szyjki macicy.		epidemiologiczna jest gorsza niż w Polsce, ale również należy dążyć do zwiększenia zgłaszalności na mammografię.
	3.6.	Rak jelita grubego jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na przestrzeni ostatnich 10 lat. Mimo obserwowanej rosnącej liczby wykonanych badań endoskopowych z powodu raka jelita grubego w 2019 r. województwie zmarło ok. 846 osób.	Wysoki odsetek zgonów z powodu raka jelita grubego mógł być spowodowany zbyt późnym zgłaszaniem się pacjenta na badanie i rozpoznaniem choroby dopiero w stanie zaawansowanym.	Zorganizowanie we współpracy z organami samorządowymi wykonania badań przesiewowych, prowadzenie programów profilaktycznych i ich popularyzację.
	5.1.	W latach 2015-2019 zmniejszyła się liczba porad, co jest wynikiem rozwiązanych umów w dotychczas funkcjonujących poradniach. W 2015 r. liczba porad wynosiła: 3 779 606, podczas gdy w 2019 r. kształtowała się już na poziomie 3 561 977 (spadek o ok. 6%). Liczba pacjentów w 2015 r. wynosiła 804 326, a w 2019 r. już 769 566 (spadek o 4,3%).	W województwie obserwowany jest spadek liczby udzielonych porad w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców.	1) Intensyfikacja działań służących wyrównywaniu nierówności w zdrowiu poprzez zwiększenie dostępności do wszystkich świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej z równomiernym rozmieszczeniem poradni/pracowni na obszarze województwa. 2) Stworzenie systemu promowania pracy w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarach, gdzie występują niedobory

			w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej.
5.2.	Pod względem liczby poradni w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców województwo znajdowało się na 10 miejscu, podczas gdy w 2015 r. zajmowało 8 pozycję. Najwięcej rozwiązanych umów miało miejsce w poradni reumatologicznej i położniczo-ginekologicznej, ale były również rozwiązywane umowy w zakresie neurologii, okulistyki, dermatologii i inne.	W województwie zmniejszeniu uległa liczba poradni w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.	<p>1) Stworzenie warunków dla powstawania i funkcjonowania poradni zwłaszcza w rejonach deficytowych województwa, umożliwiających diagnostykę i opiekę w miarę możliwości w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta.</p> <p>2) Dostosowanie infrastruktury ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym także z zakresu rehabilitacji medycznej, do wymagań określonych obowiązującym prawem, w tym zwłaszcza sanitarnych, BHP i PPOŻ, niezbędne remonty i modernizacje pomieszczeń oraz wymiana przestarzałego i zużytego sprzętu i aparatury.</p>
5.3.	Pod względem liczby udzielonych porad przypadających na 1 tys. mieszkańców województwa	Na tle kraju szczególnie niekorzystnie wypada, dostępność mieszkańców województwa do wymienionych	Konieczne jest zwiększenie w województwie dostępności do poradni, których liczba

	<p>osiągnięte zostały następujące wartości wskaźników dla poradni:</p> <p>1) kardiologicznej dla dzieci – wskaźnik 4,74 (16. najniższa wartość wśród 16 województw)</p> <p>2) neurologicznej dla dzieci – wskaźnik 7,12 (15. najniższa wartość wśród 16 województw)</p> <p>3) reumatologicznej – wskaźnik 24,38 (15. najniższa wartość wśród 16 województw)</p> <p>4) endokrynologicznej – wskaźnik 45,29 (14. najniższa wartość)</p> <p>5) hematologicznej – wskaźnik 9,52 (14. najniższa wartość)</p>	<p>poradni. Wskaźniki odnoszące się do liczby porad udzielonych w tych poradniach w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców lokują województwo na jednym z ostatnich miejsc w kraju.</p>	<p>w przeliczeniu na 10 tys. ludności w porównaniu z resztą kraju jest najmniejsza, bądź w których liczba udzielonych świadczeń na 10 tys. ludności niekorzystnie odbiega od wartości dla Polski.</p>
5.4.	<p>W województwie najdłuższy czas oczekiwania dla przypadków stabilnych występuje do poradniach: chirurgii naczyń i leczenia naczyń, chorób zakaźnych, endokrynologii, neurochirurgii, chorób metabolicznych, hepatologicznej, genetycznej, leczenia bólu, gastroenterologii dla dzieci, hematologii, okulistyki, kardiologii, nefrologii, gastroenterologii. Najdłuższe czasy oczekiwania dla przypadków pilnych występują w poradniach: chorób zakaźnych, neurochirurgicznej, gastroenterologii dla dzieci, endokrynologii, hematologii, hepatologii, leczenia bólu, chorób</p>	<p>We wskazanych poradniach czasy oczekiwania są znacznie zróżnicowane. W poradniach przyszpitalnych, zwykle pracują specjaliści z oddziałów, co zapewnia najwyższy poziom leczenia i dostęp do lepszego sprzętu i kompleksowej diagnostyki, ale często czas oczekiwania na świadczenia jest znacznie wydłużony.</p>	<p>Zapewnienie większego dostępu do poradni w specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo długim czasem oczekiwania na świadczenia. Przekazywanie ustabilizowanych pacjentów leczonych w poradniach specjalistycznych do POZ i zwolnienie miejsca dla nowych pacjentów.</p>

	naczyń, nefrologicznej, chirurgii ogólnej, kolonoskopii, chirurgii naczyniowej, rezonansu medycznego, neurochirurgii dla dzieci, reumatologicznej.		
5.5.	Niższe zabezpieczenia świadczeń w części wschodniej województwa. Czas oczekiwania do poradni przyszpitalnych funkcjonujących przy tych oddziałach jest zdecydowanie dłuższy. Pacjent oczekuje dłużej niż do tożsamej poradni w innej placówce.	W województwie występują obszary z niższym dostępem do świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.	Równomierne rozłożenie poradni, sukcesywne zwiększanie dostępności szczególnie w obszarach o najmniejszej liczbie poradni np.: powiat koszaliński poza poradnią chirurgii ogólnej i poradniami położniczo-ginekologicznym nie posiada innych poradni specjalistycznych. Pozostałe poradnie specjalistyczne zlokalizowane zostały w mieście Koszalinie.
5.6.	Województwo zajmuje drugie miejsce spośród w kraju pod względem przeciętnego czasu oczekiwania do poradni chorób metabolicznych, który wynosi: 188 dni dla przypadków stabilnych, przy średniej krajowej 118 dni. Obecnie w województwie funkcjonują zaledwie 2 poradnie zlokalizowane w Szczecinie, które realizują miesięcznie łącznie ok. 300 świadczeń.	Zbyt mała liczba poradni chorób metabolicznych zlokalizowanych w jednym miejscu utrudnia dostępność do tego rodzaju świadczeń dla wszystkich mieszkańców województwa.	1) Zwiększenie liczby poradni metabolicznych z uwagi na pogłębiającą się otyłość społeczeństwa, której konsekwencją są choroby układu krążenia, cukrzyca wymaga zniwelowania nierówności w dostępie do

	<p>Średni czas oczekiwania w tych poradniach wynosi: od 228 dni w Szpitalu SPSK Nr 1 i 167 dni w Szpitalu Zespolonym. Poradnia przykliniczna przyjmuje 64% dzieci, w tym 12% małych dzieci do 3 roku życia (źródło danych: NFZ – opracowanie własne).</p>		<p>świadczeń na terenie województwa.</p> <p>2) Poprawa dostępności do w części wschodniej i południowej województwa z uwagi na zabezpieczenie potrzeb, działania profilaktyczne, w tym na zmianę nawyków żywieniowych, właściwy styl życia i regularne badania.</p>
5.7.	<p>Wrasta liczba zachorowań na cukrzycę, często zbyt późno wykrywanej. Wskaźnik DALY wskazuje cukrzycę jako narastający problem zdrowotny, który uległ przesunięciu z 9 pozycji na 5. Niewystarczający dostęp do wczesnego diagnozowania i kompleksowego leczenia oraz edukacji zdrowotnej sprzyja postawianiu powikłań cukrzycowych. W zakresie poradni diabetologicznej: brak dostępności do świadczeń występuje w 4 powiatach: kamieńskim, koszalińskim, świdwińskim i waleckim.</p> <p>W województwie mamy 32 poradnie diabetologiczne i tylko w jednym podmiocie jest porada pielęgniarska w diabetologii. Z danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek</p>	<p>Brak zabezpieczenia kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą - „Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą (KAOS-cukrzyca)”, który jest możliwy do zakontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>	<p>1) Zwiększenie działań w kierunku intensyfikacji opieki nad pacjentem z cukrzycą poprzez zapewnienie konsultacji specjalistycznych, monitorowanie i nadzór nad pacjentem wraz z konieczną diagnostyką w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy i jej powikłań. Zakontraktowane świadczeń KAOS nad pacjentem z Cukrzycą. Stworzenie i współpraca z wyznaczonym</p>

	<p>Położnych na dzień 19.07.2018 r. w województwie było 61 pielęgniarek z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego.</p>		<p>ośrodkiem koordynującym leczenie ran przewlekłych.</p> <p>2) Zawarcie większej ilości umów ramach ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej (AOP) w diabetologii, co poprawi dostęp do edukacji diabetyków, ale także ich rodzin.</p>
5.8.	<p>W zakresie poradni reumatologicznych województwo plasuje się na 15 miejscu w kraju pod względem liczby porad na 1 tys. mieszkańców. Brak zabezpieczenia w 9 powiatach: gryfickim, kołobrzeskim, koszalińskim, łobeskim, polickim, pyrzyckim, świdwińskim, wałeckim i w mieście Świnoujściu.</p> <p>Najdłuższy czas oczekiwania wykazany jest w poradni reumatologicznej w SPSK Nr 1 w Szczecinie – styczeń 2025 r. Szpital ten realizuje największą liczbę świadczeń na obszarze województwa blisko 20% z spośród wszystkich wykonanych porad w województwie.</p> <p>Pod względem liczby reumatologów województwo znajduje się na 13 miejscu w kraju.</p>	<p>Nadal istnieje wyraźna centralizacja usług reumatologicznych w ośrodkach miejskich i niedobór kadry w regionach poza aglomeracją miejską.</p>	<p>Rekomenduje się stworzenie warunków dla powstawania i funkcjonowania poradni reumatologicznych zwłaszcza w rejonach deficytowych, umożliwiających diagnostykę i opiekę reumatologiczną w miarę możliwości w pobliżu miejsca zamieszkania. Bardzo długi czas oczekiwania na przyjęcie do poradni uniemożliwia wczesną właściwą diagnozę i skuteczne leczenie chorych. Generuje to ryzyko rozwoju inwalidztwa, obciążenia kosztami świadczeń rentowych oraz kosztami zabiegów</p>

			operacyjnych (alloplastyki) i świadczeń opiekuńczych.
5.9.	Województwo w zakresie kardiologicznych i neurologicznych poradni dziecięcych w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców zajmuje ostatnie miejsce na tle kraju. Podobny problem obserwowany jest w zakresie nefrologii dla dzieci i otolaryngologii dla dzieci – 12 pozycja na tle kraju.	W zakresie kardiologii dla dzieci brak zabezpieczenia w części wschodniej województwa. Świadczenia tam realizowane są przez Szpital Wojewódzki w Koszalinie w ramach kardiologii. W zakresie neurologii dziecięcej brak zabezpieczenia w części południowej województwa. Świadczenia z zakresu otolaryngologii dla dzieci są zakontraktowane jedynie w Szczecinie, na pozostałym obszarze brak zabezpieczenia wskazanej poradni, a świadczenia realizowane są w otolaryngologii. Spośród poradni dziecięcych brak zabezpieczenia w części wschodniej województwa w zakresie endokrynologii dla dzieci, przeciętny czas oczekiwania w zakresie tej poradni wynosi: 255 dni – przypadek stabilny i jest to 6 pozycja na tle kraju pod względem najdłuższych czasów oczekiwania.	Poprawa jakości opieki nad dziećmi. Wyrównywanie nierówności zdrowotnych na obszarze województwa. Poprawa czasu oczekiwania na wizytę.
5.10.	Prognozowany udział osób w Polsce w wieku 65-79 lat w populacji do 2060 r. ma się zwiększyć	Nierównomierne rozmieszczenie poradni geriatrycznych	Zwiększenie dostępności do opieki geriatrycznej poprzez

	<p>dwukrotnie, natomiast udział osób w wieku 80 lat wzwyż nawet trzykrotnie. Starzejące się społeczeństwo oznacza wzrost liczby osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, co pociąga za sobą konieczność zapewnienia im opieki geriatrycznej.</p> <p>W województwie są zakontraktowane 4 poradnie geriatryczne w części zachodniej, wschodnia część – brak zabezpieczenia.</p>	<p>w województwie powoduje utrudnienia w dostępie do tego rodzaju świadczeń medycznych dla wszystkich mieszkańców województwa.</p>	<p>równomierne rozmieszczenie poradni na obszarze województwa (szczególnie w części wschodniej). Poprawa jakości opieki nad osobami starszymi, w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych województwa lub stworzenie zespołów interdyscyplinarnych prowadzących seniorów z wielochorobowością w zakresach: kardiologii, neurologii, diabetologii, reumatologii.</p>
5.11.	<p>Immunologia kliniczna jest specjalnością bardzo dynamicznie rozwijającą się, co wynika z postępu wiedzy medycznej, ale przede wszystkim z zwiększającej się liczby pacjentów, którzy wymagają często wysokospecjalistycznej diagnostyki oraz leczenia. (źródło danych: wniosek konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie immunologii klinicznej).</p> <p>Brak poradni immunologii klinicznej w województwie i brak zakontraktowanych świadczeń w tym zakresie również</p>	<p>Brak zabezpieczenia mieszkańców województwa w specjalistyczną opiekę medyczną z zakresu immunologii klinicznej.</p>	<p>Rekomenduje się zabezpieczenie świadczeń w tym zakresie na obszarze województwa.</p>

	w województwach ościennych (województwo lubuskie i województwo wielkopolskie).		
5.12.	<p>Województwo znajduje się na 4 miejscu w kraju pod względem najdłuższego, przeciętnego czasu oczekiwania w poradniach leczenia bólu, który wynosi: 168 dni, przy średniej dla Polski 120 dni.</p> <p>Aktualnie świadczenia realizowane są przez 4 poradnie w województwie, zlokalizowane w 3 powiatach.</p>	Za małą dostępność dla mieszkańców województwa do poradni leczenia bólu oraz do poradni neurochirurgicznych.	<p>Konieczna poprawa skuteczności leczenia bólu.</p> <p>Podniesienie świadomości pacjentów i decydentów na temat zasadności właściwego leczenia bólu co pozwoli na lepsze funkcjonowanie pacjentów, zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej.</p> <p>Należy wyposażyć lekarzy w wiedzę o nowoczesnych metodach leczenia i stworzyć więcej Poradni Leczenia Bólu.</p> <p>Zwiększenie dostępności skutecznego leczenia bólu, stworzenie placówki w takiej lokalizacji, aby zapewnić dostępność dla wszystkich potrzebujących.</p>
5.13.	Osteoporoza dotyka głównie osób po pięćdziesiątym roku życia, przede wszystkim kobiet. Prognozy mówią, że w 2035 r. blisko 30% kobiet i mężczyzn w Polsce będzie narażonych na złamanie osteoporotyczne.	Brak zabezpieczenia mieszkańców województwa w specjalistyczną opiekę medyczną w poradniach leczenia osteoporozy.	Rekomenduje się zabezpieczenie specjalistycznych poradni osteoporozy z dostępem do profesjonalnego sprzętu.

Leczenie szpitalne		<p>W Polsce funkcjonuje 66 poradni osteoporozy i 8 endokrynologicznych poradni osteoporozy, które podpisały z NFZ kontrakt na udzielanie świadczeń w tym zakresie.</p> <p>W województwie nie ma specjalistycznej poradni leczenia osteoporozy. Świadczenia w tym zakresie realizowane są w poradniach: urazowo-ortopedycznej, reumatologicznej, endokrynologicznej.</p>		
	6.1.	<p>Najczęstszą przyczyną pobytu w szpitalu wśród mieszkańców województwa były urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 18,7% (dla Polski 15,1%), następnie choroby układu krążenia – 10,8% (dla Polski 12,1%), na trzeciej pozycji znalazły się nowotwory – 9,4% (dla Polski 9,2%).</p>	<p>Według prognozy epidemiologicznej w województwie wzrośnie chorobowość o 8,9% w 2028 r. w stosunku do 2019 r. na choroby układu krążenia przy stałej zapadalności.</p>	<p>Wzmocnienie roli opieki koordynowanej nad pacjentem z chorobami układu krążenia, który daje pacjentom zapewnienie szybkiej i efektywnej pomocy udzielanej przez specjalistów oraz kompleksowej, w pełni spersonalizowanej opieki i monitoringu na rok po niebezpiecznym incydencie wraz z pełną edukacją o chorobie wieńcowej oraz czynnikach ryzyka.</p>
	6.2.	<p>Wskaźnik liczby łóżek szpitalnych przypadający na 100 tys. ludności w województwie wynosił 554</p>	<p>Duża liczba łóżek szpitalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami wymaga zwiększonej liczby personelu</p>	<p>1) Dążenie do skrócenia czasu hospitalizacji.</p>

	i był wyższy od średniego wskaźnika krajowego, który wynosił 533.	medycznego: lekarskiego i pielęgniarskiego w celu utrzymania odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń.	2) Ograniczenie liczby hospitalizacji przy chorobach przewlekłych u pacjentów poniżej 75 roku życia, wykonywanie większości badań diagnostycznych w ramach opieki ambulatoryjnej.
6.3.	Obłożenie łóżek w województwie było poniżej średniej krajowej (82,63%) i wyniosło 76,98%. Nie wliczając Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych średnie obłożenie powyżej 100% zanotowano dla 5 rodzajów oddziałów, z czego najwyższe dla oddziałów takich jak: psychiatryczne (ogólny) – 111,28%, pozostałe oddziały psychiatryczne dla dorosłych – 107%, leczenia zaburzeń nerwicowych – 105,41%. Obłożenie poniżej 50% zanotowano dla 14 typów oddziałów, z czego najniższe na oddziałach: alergologicznych – 15,23%, jednego dnia (chirurgii i leczenia) – 12,83%	Nieprzystosowana liczba łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach do rzeczywistych potrzeb pacjentów.	1) Ograniczenie łóżek szpitalnych, dostosowanie liczby do rzeczywistych potrzeb. 2) Poprawa dostępności do świadczeń o najwyższym wskaźniku wykorzystania łóżek szpitalnych. 3) Zasadne byłoby bardziej efektywne wykorzystanie łóżek bądź przeprofilowanie oddziałów na zakłady opieki długoterminowej. 4) Dostosowanie infrastruktury leczenia szpitalnego, w tym także z zakresu rehabilitacji medycznej, do wymagań określonych obowiązującym

			prawem, w tym zwłaszcza sanitarnych, BHP i PPOŻ, niezbędne remonty i modernizacje pomieszczeń oraz wymiana przestarzałego i zużytego sprzętu i aparatury.
6.4.	W 2018 r. liczba łóżek intensywnej terapii w ogólnej liczbie łóżek szpitalnych w regionie była na poziomie 5,9%, jest to najwyższy wskaźnik w Polsce.	Ze względu na brak odpowiedniej liczby zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych pacjenci mają przedłużane hospitalizacje na oddziałach intensywnej terapii.	Rekomendowany jest rozwój opieki długoterminowej, do której powinni trafiać pacjenci wymagający intensywnej opieki, a nie intensywnej terapii.
6.5.	Na terenie dwóch powiatów województwa (myśliborskiego i goleniowskiego) znajdują się po dwa szpitale I poziomu zabezpieczenia z pokrywającymi się oddziałami: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, pediatria, neonatologia, izba przyjęć. Szpitale powiatu myśliborskiego na oddziale chorób wewnętrznych mają obłożenie poniżej 65% (Barlinek 62,32, Dębno 52,75).	W województwie na terenie dwóch powiatów znajdują się po dwa szpitale z tymi samymi oddziałami, co powoduje zbyt małe obłożenie łóżek.	Rekomendowana jest restrukturyzacja szpitali, szczególnie w powiatach, w których znajdują się po dwa szpitale z dublującymi się oddziałami oraz oddziałów ginekologiczno-położniczych ze względu na liczbę porodów.
6.6.	Prognozowany w Polsce udział osób w wieku 65-79 lat w populacji do 2060 r. ma się zwiększyć dwukrotnie, natomiast udział osób w wieku 80 lat wzwyż nawet trzykrotnie.	Za małą dostępność dla mieszkańców województwa do świadczeń geriatrycznych.	Rekomenduje się zwiększenie dostępności do świadczeń geriatrycznych, z uwagi na starzejące się społeczeństwo, poprzez utworzenie jeszcze

	<p>Krajowy wskaźnik liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi 3,27, wskaźnik dla województwa był dużo niższy i wyniósł 2,0.</p> <p>W województwie funkcjonuje jeden oddział geriatryczny z 26 łózkami. Wskaźnik zabezpieczenia łóżek na 100 tys. mieszkańców plasuje województwo na 13 miejscu w kraju (na 15 województw mających zakontraktowane świadczenia geriatryczne stacjonarne).</p>		<p>jednego oddziału geriatrycznego w województwie (oprócz Szczecina) bądź innych form opieki geriatrycznej. Kształcenie na tych oddziałach kadry lekarzy specjalistów, która w przyszłości zasili oddziały internistyczne całego województwa wspierając je w zakresie konsultacji geriatrycznych, w celu realizacji procedury: całościowa ocena geriatryczna pacjentów leczonych w danych szpitalach.</p>
6.7.	<p>W województwie funkcjonowały dwa oddziały hematologiczne: w Szczecinie i w Kołobrzegu.</p> <p>Na tle innych województw znajduje się na 3 miejscu pod względem długości czasu oczekiwania do oddziału hematologicznego. Dla przypadków stabilnych w Kołobrzegu przyjęcia odbywają się na bieżąco, a w Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Szczecinie 118 dni (według stanu na luty 2020 r.) przy średnim czasie oczekiwania w Polsce 32,7 dni.</p>	<p>Migracja pacjentów z powiatów: myśliborskiego, koszalińskiego i wałeckiego do innych województw w celu uzyskania leczenia hematologicznego.</p>	<p>Rekomendowane zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu hematologii w południowo-wschodniej części województwa.</p>
6.8.	<p>W województwie funkcjonował jeden oddział otorynolaryngologii dziecięcej w trybie chirurgii jednego dnia w Szczecinie. Kolejka oczekujących na świadczenie usunięcia migdałków podniebiennych</p>	<p>Z uwagi na brak oddziałów otolaryngologii dziecięcej dzieci leczone są również na oddziałach dla dorosłych – siedem oddziałów w województwie,</p>	<p>Zwiększenie dostępności do otolaryngologii dziecięcej. Utworzenie oddziału w trybie hospitalizacji całodobowej,</p>

	<p>(procedura możliwa do wykonania tylko na oddziałach specjalistycznych dziecięcych) wynosiła 196 dni w lutym 2020 r., PWT luty 2021. W zakresie otolaryngologii dziecięcej w województwie jest 3 specjalistów.</p>	<p>27% stanowią pacjenci poniżej 18 roku życia. Największy udział dzieci były w Szpitalu w Wałczu - 44%. Najmniejszy udział 21% w szpitalu w Stargardzie. W Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Szczecinie leczonych jest 60% wszystkich dzieci w wieku od 0-3 lat. Natomiast procedura usunięcia migdałków podniebiennych realizowana jest tylko w szpitalach szczecińskich: Szpital w Zdrojach i SPSK nr 1 (na oddziale chirurgii dziecięcej).</p>	<p>ponieważ obecny oddział chirurgii jednego dnia nie zabezpiecza w pełni potrzeb województwa. Zwiększenie liczby specjalistów w tej dziedzinie pozwoli na utworzenie dedykowanego oddziału.</p>
6.9.	<p>Rozpatrując dostępność świadczeń wyrażoną w kolejkach, czyli czasie oczekiwania na leczenie na określonym oddziale, dla przypadków stabilnych, najdłuższe występowały do oddziałów: otorynolaryngologicznych – 331,5 dni, chirurgii urazowo-ortopedycznej – 308,1 dni oraz leczenia oparzeń – 230 dni. Średni czas oczekiwania różnego rodzaju świadczeń w tym okresie wyniósł 75,4 dni i był krótszy od krajowego (114 dni).</p> <p>Rozpatrując kolejki przypadków pilnych w lutym 2020 najdłuższe były dla oddziałów urazowo-ortopedycznych – 83,2 dni (Polska 185,2 dni), chirurgii naczyniowej – 57 dni (Polska 86,9 dni), leczenia oparzeń – 55 dni (Polska 55 dni). Średnia</p>	<p>W województwie znajdują się dwa specjalistyczne ośrodki leczenia oparzeń: w szpitalu w Gryficach (dla dorosłych) i w szpitalu pediatrycznym w Szczecin-Zdrojach (dla dzieci). Kolejki nie dotyczą leczenia oparzeń tylko zabiegów z zakresu chirurgii plastycznej.</p>	<p>Poprawa dostępności do świadczeń szpitalnych, w których występują kolejki o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania.</p>

	w przekroju kolejek wynosiła 25,1 dni (dla Polski 56,4 dni).		
6.10.	<p>Immunologia kliniczna jest specjalnością wielodyscyplinarną tzn. etiopatogeneza wielu chorób ma podłoże immunologiczne, co stwarza konieczność konsultacji immunologa klinicznego dla wielu pacjentów leczonych przez innych specjalistów (pediatrii, interny, neurologii, hematologii, gastroenterologii, ginekologii i położnictwa, onkologii, reumatologii, chorób zakaźnych, transplantologii klinicznej).</p> <p>W Polsce oddział immunologii klinicznej był zakontraktowany w 7 województwach – w województwie zachodniopomorskim oraz lubuskim i wielkopolskim brak takiego oddziału.</p> <p>W województwie było 4 lekarzy ze specjalizacją z immunologii klinicznej, według rekomendacji Konsultanta Krajowego w dziedzinie immunologii klinicznej oczekiwana liczba to 17 specjalistów.</p>	<p>Brak oddziału szpitalnego z zakontraktowanymi świadczeniami w tym zakresie (dodatkowo brak tych świadczeń w najbliższej położonych województwach</p> <p>sprawia, że pacjenci celem uzyskania konsultacji, diagnostyki czy leczenia immunologicznego muszą podróżować na znaczne odległości.</p> <p>Brak właściwego zabezpieczenia w wyspecjalizowaną kadrę medyczną.</p>	<p>Immunologia kliniczna jest specjalnością bardzo dynamicznie rozwijającą się, co wynika z postępu wiedzy medycznej, ale przede wszystkim z zwiększającej się liczby pacjentów, którzy wymagają często wysokospecjalistycznej diagnostyki oraz leczenia.</p> <p>Stworzenie ośrodka/oddziału z kontraktacją do świadczeń z zakresu immunologii klinicznej, który pozwoli na organizację miejsc specjalizacyjnych do szkolenia kadry medycznej.</p>
6.11.	Liczba lekarzy pracujących w województwie w leczeniu szpitalnym przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 196,7. Był to 10. wskaźnik w kraju.	W województwie występuje niedobór kadry lekarskiej, zwłaszcza w szpitalach powiatowych. Od 2017 r. obserwuje się zawieszenia działalności oddziałów ze względu na brak wystarczającej obsady lekarskiej.	Wprowadzenie mechanizmów, które zachęcą kadrę medyczną do podejmowania pracy na terenie województwa szczególnie w szpitalach powiatowych.

	<p>6.12. Wzrasta liczba zachorowań na cukrzycę, często zbyt późno wykrywanej. Wskaźnik DALY wskazuje cukrzycę jako narastający problem zdrowotny, który uległ przesunięciu z 9 pozycji na 5. Według prognoz do 2028 r. zarówno w Polsce jak i w województwie wzrośnie zapadalność (19,74%) i chorobowość (25,1%) na cukrzycę. Wskaźnik zgonów prognozowany jest wzrost o 10,94%.</p> <p>Ogólna liczba hospitalizacji w ramach leczenia szpitalnego w 2019 r. spadła w stosunku do 2015 r. o 2,4% co oznacza 11.375 hospitalizacji mniej. Największy spadek liczby hospitalizacji nastąpił na oddziałach diabetologicznych (o 50,9% zamknięcie oddziału diabetologicznego w Koszalinie).</p>	<p>Wzrost zapadalności i chorobowości mieszkańców województwa na cukrzycę może spowodować znaczny wzrost zgonów z tej przyczyny.</p> <p>Brak równomiernego zabezpieczenia mieszkańców województwa w stacjonarną opiekę diabetologiczną.</p>	<p>1) Pełne zabezpieczenie świadczeń z zakresu diabetologii mają jedynie mieszkańcy m. Szczecin i okolic. Widoczny jest brak zlikwidowanego oddziału diabetologii w Koszalinie. Zwiększenie dostępności do leczenia cukrzycy we wschodniej części województwa.</p> <p>2) Ponadto konieczne staje się zastosowanie nowoczesnych systemów monitorowania glikemii, które stwarza szansę na poprawę kontroli cukrzycy i ograniczy liczbę hospitalizacji związanych z ciężkimi hipoglikemiami, a w dalszej perspektywie z rozwojem przewlekłych powikłań cukrzycy. Refundacja nowoczesnych systemów do monitorowania glikemii powinna ulec znaczącemu poszerzeniu o kolejne grupy pacjentów.</p>
--	---	---	---

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	<p>7.1. Wśród pacjentów dorosłych w województwie najczęściej występującymi grupami zaburzeń były zaburzenia lękowe, uzależnienia oraz zaburzenia organiczne. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w przypadku zaburzeń lękowych (1 653,1) i organicznych (789,44) była w województwie nieznacznie niższa niż w kraju, w przypadku uzależnień wartość dla województwa była wyższa niż w kraju (województwo - 951,76; Polska – 841,38).</p> <p>Leczenie środowiskowe/domowe w województwie realizowane było w 5. obszarach: Szczecin, Stargard, Gryfice, Koszalin i Sławno. Pomimo faktu, że wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką środowiskową plasuje województwo na trzecim miejscu w kraju, jest to zbyt mała liczba ośrodków, które powinny być przynajmniej każdym z 21 powiatów.</p> <p>Oddziały dzienne znajdują się w 6. powiatach - w północnej i zachodniej części województwa;</p> <p>Oddziały szpitalne znajdują się w 8. powiatach, głównie w północnej części województwa;</p> <p>Poradnie psychiatryczne/psychologiczne znajdują się we wszystkich powiatach poza powiatem drawskim i powiatem koszalińskim, z tym, że powiat koszaliński objęty jest obszarem odpowiedzialności Centrum</p>	<p>Zbyt niska dostępność opieki środowiskowej i dziennej w województwie, a co za tym idzie ograniczony dostęp do kompleksowej opieki psychiatrycznej.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Obecnie w województwie funkcjonuje jedno Centrum Zdrowia Psychicznego. Rekomendowane jest otwarcie kolejnych Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP), rozmieszczonych równomiernie na terenie województwa, aby ułatwić dostęp do kompleksowej opieki medycznej jak największej liczbie mieszkańców. 2) Zwiększenie dostępności do ośrodków leczenia dziennego oraz leczenia środowiskowego, szczególnie we wschodniej części województwa. 3) Dostosowanie infrastruktury opieki psychiatrycznej do wymagań określonych obowiązującym prawem, w tym zwłaszcza sanitarnych, BHP i PPOŻ, niezbędne remonty i modernizacje pomieszczeń
---	---	---	--

	Zdrowia Psychicznego z siedzibą w Koszalinie (jest to jedyne CZP w województwie).		oraz wymiana przestarzałego i zużytego sprzętu i aparatury.
7.2.	<p>Najczęściej występującymi grupami zaburzeń wśród dzieci i młodzieży w województwie były zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji (województwo – 501,42 pacjentów na 100 tys. ludności; Polska – 331,23), zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną (województwo – 330,64; Polska – 406,78) oraz zaburzenia hiperkinetyczne (województwo – 302,91; Polska – 377,25).</p> <p>Wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności jest w najniższy wśród wszystkich województw (1 588; najwyższa wartość wśród województw to 3 361). Wynikać to może z ograniczonego dostępu do właściwej diagnostyki. Dla 2/3 powiatów wskaźnik liczby pacjentów leczonych w powiecie zamieszkania wynosi poniżej 10%, wskaźnik ten był wysoki tylko dla Szczecina (96,95%) i Koszalina (90,89%).</p> <p>Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w województwie funkcjonują w 5. powiatach (białogardzkim, kołobrzeskim, stargardzkim oraz mieście Szczecinie i Koszalinie), w powiecie sławieńskim i Koszalinie funkcjonują poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym. Duży obszar w centralnej części województwa, jak również</p>	Niewystarczający dostęp do opieki psychiatrycznej dedykowanej dzieciom i młodzieży - ograniczony dostęp do poradni, brak dostępu do oddziałów dziennych i ZLS.	Rekomendowany jest rozwój psychiatrii dziecięcej poprzez otwieranie ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny docelowo w każdym powiecie lub grupie powiatów województwa; a także ośrodków II poziomu referencyjnego, zapewniając pacjentom małoletnim dostęp do opieki dziennej i ZLS.

	<p>powiaty w wysunięte najbardziej na zachód nie mają do dyspozycji żadnej poradni.</p> <p>W województwie znajduje się tylko jeden oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży w Szczecinie.</p> <p>Brak jest w województwie oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego dedykowanych dzieciom i młodzieży.</p>		
7.3.	<p>Wskaźnik rekomendowanej przez konsultanta krajowego liczby lekarzy psychiatrów dorosłych na 100 tys. mieszkańców wynosi 20. Wskaźnik dla województwa wynosi 8,9 (jest niższy także od wskaźnika dla Polski – 10,2). Wskaźnik liczby psychiatrów dzieci i młodzieży dla województwa wynosi 1,0, wskaźnik rekomendowany przez konsultantów krajowych to 2,0 (wartość dla Polski wynosi 1,1).</p>	<p>Ograniczenia w uruchamianiu kolejnych poradni dedykowanych dzieciom i młodzieży spowodowane są niedoborami kadrowymi – brak odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów z dziedziny psychiatrii dziecięcej.</p>	<p>Promowanie kształcenia lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, jak również psychiatrii dziecięcej.</p>
7.4.	<p>W województwie nie było hosteli dla uzależnionych, jeśli chodzi o oddziały dzienne, były tylko oddziały dzienne dla uzależnionych od alkoholu, znajdujące się w czterech miastach w północno-zachodniej i północno-wschodniej części województwa (Świnoujście, Szczecin, Koszalin, Szczecinek).</p>	<p>Brak dostępu do hosteli dla uzależnionych, ograniczony dostęp do opieki dziennej dla uzależnionych.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do ośrodków dziennego leczenia uzależnień, utworzenie hosteli dla uzależnionych.</p>

Rehabilitacja medyczna	7.5.	Proporcja porad lekarskich udzielanych w poradniach jest w województwie (tak jak w kraju) odwrotna do rekomendowanej, przy czym w województwie udział porad lekarskich jest jeszcze wyższy (województwo – 76,2%; Polska – 68,9%), kosztem niższego udziału porad psychologicznych i psychoterapii indywidualnej.	Struktura porad udzielanych w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych oparta jest na poradach lekarskich.	Zmiana struktury porad udzielanych w poradniach, tj. zwiększenie udziału porad psychologicznych i psychoterapii indywidualnej w stosunku do liczby porad lekarskich.
	8.1.	We wszystkich zakresach świadczeń udzielanych w ramach rehabilitacji stacjonarnej w województwie największą grupę pacjentów stanowią osoby w wieku 65 lat wzwyż. Jest to przedział wiekowy, w którym według prognoz do 2060 r. ma znacząco wzrosnąć liczba osób. Najczęściej występujące zachorowania u pacjentów rehabilitowanych w oddziałach i zakładach rehabilitacji stacjonarnej to choroby układu mięśniowo-szkieletowego, choroby układu nerwowego i choroby układu krążenia. Według prognoz będzie wzrastać zapadalność i chorobowość w tych grupach zachorowań.	Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne i epidemiologiczne pożądane byłoby zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji stacjonarnej, do poziomu umożliwiającego objęcie opieką wszystkich pacjentów, dla których wytyczne kliniczne wskazują, że rehabilitacja stacjonarna jest jednym z podstawowych elementów terapii.	Polepszenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach rehabilitacji stacjonarnej poprzez zwiększenie istniejącej, jak również nowej bazy łóżkowej, ze szczególnym naciskiem na równomierne rozłożenie podmiotów udzielających świadczeń na terenie województwa.
	8.2.	W województwie brakuje zabezpieczenia świadczeń z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych.	Brak ofert w ogłoszonym konkursie na świadczenia z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej.	Dążenie do zakontraktowania świadczeń gwarantowanych, realizowanych w oddziałach/zakładach stacjonarnych, których nie udało się zabezpieczyć na terenie

			województwa (rehabilitacja pulmonologiczna).
8.3.	<p>1) Rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności i wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności plasuje województwo na ostatnim 16 miejscu w kraju; – wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasuje województwo na 13 miejscu w kraju na 15 miejsc (0,47), poniżej wskaźnika Polski (0,79). Występuje nierównomierne rozłożenie podmiotów świadczących usługi (8 ośrodków na 21 powiatów). Brak zabezpieczenia w środkowej części województwa. <p>2) Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności plasuje województwo na 10 miejscu w kraju (na 15 miejsc); – wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności na 7 miejscu (na 16 województw); – wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasuje województwo na 9 miejscu w kraju na 14 miejsc (0,24), poniżej 	<p>Świadczenia realizowane w ramach ośrodków/oddziałów dziennych z uwagi na specyfikę usług powinny być zlokalizowani jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Docelowo powinny być realizowane w każdym powiecie województwa.</p> <p>W województwie problemem jest mała liczba ośrodków wykonujących rehabilitację dzienną, głównie specjalistyczną (rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, rehabilitację mowy i słuchu, rehabilitację kardiologiczną i brak rehabilitacji wzroku) i nierównomierne rozłożenie podmiotów świadczących usługi.</p>	<p>Dążenie do zabezpieczenia usług realizowanych w ośrodkach/oddziałach dziennych we wszystkich obszarach kontraktowania, ze szczególnym naciskiem na równomierne rozłożenie podmiotów udzielających świadczeń na terenie województwa oraz sukcesywne zwiększenie dostępności do świadczeń, zwłaszcza w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym (ostatnie miejsce w kraju).</p>

	<p>wskaźnika Polski (0,33). Występuje problem nierównomiernego rozłożenia ośrodków na obszarze województwa. Świadczenia udzielane są przez trzy podmioty, w dwóch powiatach (na 21 powiatów).</p> <p>3) Rehabilitacja mowy i słuchu w ośrodku/oddziale dziennym:</p> <ul style="list-style-type: none">– wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności plasuje województwo na 6 miejscu w kraju (na 12 miejsc - te same wskaźniki w różnych województwach);– wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności na 8 miejscu (na 16 województw). W obu przypadkach poniżej wskaźnika Polski.– wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasuje województwo na 7 miejscu w kraju. <p>W województwie świadczeń udzielają trzy ośrodki w dwóch powiatach (na 21 powiatów w województwie).</p> <p>4) Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym:</p> <ul style="list-style-type: none">– wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności plasuje województwo na 9 miejscu w kraju (na 16 województw), a wskaźnik		
--	--	--	--

	<p>liczby osobodni na 100 tys. ludności na 10 miejscu;</p> <p>– wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasuje województwo na 10 miejscu w kraju (1,18), poniżej wskaźnika Polski (1,38). Świadczeniodawcy zlokalizowani są w 12 powiatach (na 21 powiatów w województwie).</p>		
8.4.	Brak jest zabezpieczenia świadczeń z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku.	Brak oferty spełniającej wymagania określone przepisami w ogłoszonym konkursie na świadczenia z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku.	Dążenie do zakontraktowania świadczeń gwarantowanych, realizowanych w ośrodkach/oddziałach dziennych, których nie udało się zabezpieczyć na terenie województwa (rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku).
8.5.	<p>Rehabilitacja w warunkach domowych realizowana jest w województwie od lipca 2019 r.</p> <p>Wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasuje województwo na 9 miejscu w kraju. Zabezpieczone są świadczenia w 19 na 21 powiatów.</p> <p>Najwięcej pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach domowych to osoby z przedziału wiekowego 65 lat wzwyż (69,8 % województwo -</p>	<p>Dostęp do rehabilitacji w warunkach domowych powinien być zapewniony jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta, w szczególności w każdym powiecie.</p> <p>Nadchodzące zmiany demograficzne wskazują, że zapotrzebowanie na ten rodzaj świadczeń będzie rosnąć.</p>	Zabezpieczenie dostępności do świadczeń rehabilitacji w warunkach domowych we wszystkich powiatach województwa.

	<p>w tym ze znacznym stopniem niepełnosprawności 64,1 %; 72,2 % Polska - w tym ze znacznym stopniem niepełnosprawności 59,8 %). Jest to przedział wiekowy, w którym według prognoz do 2060 r. ma znacząco wzrosnąć liczba osób. Najczęściej występujące zachorowania u pacjentów w rehabilitacji domowej to choroby układu nerwowego (województwo 47,60 %; Polska 44,60 %); następnie choroby układu krążenia (województwo 21,60 %; Polska 22,40%). Według prognoz w województwie wzrośnie chorobowość w tych grupach zachorowań. Na trzecim miejscu plasują się choroby układu mięśniowo-szkieletowego (województwo 20,70%; Polska 26,20%). Według prognoz do 2028 r. zarówno w województwie, jak i w Polsce wzrośnie zapadalność i chorobowość w tej grupie zachorowań.</p>		
8.6.	<p>Rehabilitacja realizowana w warunkach ambulatoryjnych (fizjoterapia ambulatoryjna i lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna);</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik liczby pacjentów rehabilitowanych w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności, wskaźnik liczby wizyt fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności oraz wskaźnik liczby zabiegów fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności plasuje województwo na 	<p>Najsłabiej rozwinięta rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych w skali kraju.</p> <p>Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne i epidemiologiczne pożądane zapotrzebowanie na te świadczenia będzie rosnąć.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej (ostatnie miejsce w kraju).</p> <p>Zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach</p>

	<p>16 ostatnim miejscu w kraju. Natomiast wskaźnik liczby porad lekarskich na 100 tys. ludności, plasuje województwo na 12 miejscu,</p> <ul style="list-style-type: none"> – usługi z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej w województwie udzielane są w każdym powiecie. Natomiast usługi z zakresu lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej zlokalizowane są w 17 na 21 powiatów. <p>W ramach rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych pacjenci z przedziału wiekowego 65 lat wzwyż stanowią 42,3 % w województwie (38,0 % Polska). Jest to przedział wiekowy, w którym według prognoz do 2060 r. ma znacząco wzrosnąć liczba osób. Najczęściej występujące zachorowania u pacjentów rehabilitowanych ambulatoryjnie to choroby układu mięśniowo-szkieletowego (województwo 76 %; Polska 78 %). Według prognoz do 2028 r. zarówno w województwie, jak i w Polsce wzrośnie zapadalność i chorobowość w tej grupie zachorowań. Na drugim miejscu plasują się choroby układu nerwowego (województwo 15,60 %; Polska 15,30 %). Według prognoz w województwie wzrośnie chorobowość w tej grupie zachorowań.</p>		lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (poradnie).
8.7.	Wskaźnik liczby fizjoterapeutów zatrudnionych w ramach umów NFZ liczony na 100 tys. ludności	Zbyt mała liczba lekarzy specjalistów z dziedziny rehabilitacji leczniczej oraz	Zwiększenie liczby lekarzy specjalistów z dziedziny

Opieka długoterminowa		<p>plasuje województwo na 10 miejscu w kraju (na 16 województw) i wynosi 95,3.</p> <p>Wskaźnik liczby lekarzy specjalistów z dziedziny rehabilitacji medycznej zatrudnionych w ramach umów NFZ liczony na 100 tys. ludności plasuje województwo na 7 miejscu w kraju (na 13 miejsc - te same wskaźniki dla województw) i wynosi 5,7.</p>	liczba fizjoterapeutów w stosunku do potrzeb.	rehabilitacji leczniczej i liczby fizjoterapeutów.
	9.1.	<p>Dostępność do świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub opiekuńczo-leczniczych jest jedną z niższych w kraju. Świadczy o tym wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności (88) niższy o 21% niż średnia dla kraju, liczba osobodni na 100 tys. ludności (15 428) - 28% niż średnia dla kraju oraz mała liczba ośrodków na 100 tys. ludności (0,84) -22% niż średnio w kraju.</p>	Utrudniony dostęp do opieki długoterminowej.	Zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej poprzez zwiększenie istniejącej, jak również nowej bazy łóżkowej w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub opiekuńczo-leczniczych (w tym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie).
	9.2.	<p>W województwie brakuje zabezpieczenia świadczeń z zakresów gwarantowanych takich jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> – świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży 	Brak świadczeniodawców, którzy udzielaliby usług w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej dla dzieci i młodzieży oraz dla dzieci wentylowanych mechanicznie.	Dążenie do zakontraktowania wszystkich świadczeń gwarantowanych, których nie udało się zabezpieczyć na terenie województwa.

	<p>świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie.</p>		
9.3.	<p>Świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej zabezpieczone są w każdym powiecie województwa. Wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności i wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności plasują województwo na 7 miejscu w kraju (na 16 województw).</p>	<p>Największy procent osób korzystających ze świadczeń pielęgniarstwa długoterminowej domowej to osoby w przedziale wiekowym 65-79 lat (28,7 %) i 80 lat wzwyż (54,6%). Jest to przedział wiekowy, w którym według prognoz do 2060 r. ma znacząco wzrosnąć liczba osób. Również w pielęgniarstwie długoterminowej domowej najczęściej występującymi zachorowaniami są choroby układu krążenia (34,60 %) i choroby układu nerwowego (34,30 %). A więc te jednostki chorobowe, w których prognozowany jest wzrost chorobowości w następnych latach. Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne i epidemiologiczne zapotrzebowanie na usługi z zakresu pielęgniarstwa długoterminowej domowej będzie wzrastać w kolejnych latach.</p>	<p>Sukcesywne zwiększanie dostępności do usług opieki długoterminowej świadczonej w warunkach domowych i dążenie do równomiernego rozłożenia podmiotów udzielających świadczeń (wynika to ze specyfiki świadczeń udzielanych w warunkach domowych tj.: świadczeniodawcy powinni być zlokalizowani jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta).</p>

9.4.	Ujemne saldo migracji w województwie oraz pomiędzy powiatami.	Nierównomierne rozmieszczenie zakładów na terenie województwa, występują obszary na terenie, gdzie brak jest świadczeniodawców.	Zwiększenie dostępu do świadczeń stacjonarnych ze szczególnym naciskiem na równomierne rozłożenie podmiotów udzielających świadczeń na terenie województwa.
9.5.	Również w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub opiekuńczo-leczniczych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie dostępność do świadczeń jest niska, co pokazuje wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności (1,41 -60% w stosunku do średniej w kraju), wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności (217 -44% w stosunku do średniej w kraju).	Nierównomierne rozłożenie podmiotów świadczących usługi (na obszarze województwa są tylko dwa podmioty udzielające świadczeń, zabezpieczona jest wschodnia część województwa, a na pozostałym terenie brak jest świadczeniodawców, którzy udzielaliby świadczeń w tym zakresie).	Poprawa dostępności do świadczeń w reszcie powiatów.
9.6.	Ponadto w województwie prognozuje się spadek współczynnika pielęgnacyjnego z wartości 264 w 2018 r. do wartości 95 w 2050 r. Malejący współczynnik pielęgnacyjny pokazuje zmniejszanie się potencjału opieki nieformalnej i konieczności zwiększenia roli administracji publicznej w zapewnieniu opieki niesamodzielnym seniorom. Ponadto prognozy demograficzne i epidemiologiczne pokazują, że zapotrzebowanie na usługi z zakresu	Brakuje innowacyjnych form pomocy z zakresu telemedycyny oraz w ramach polityki pomocy dla opiekunów nieformalnych. Wsparcie ma szczególne znaczenie ze względu na fakt, że opiekunowie nieformalni niejednokrotnie już należą, bądź niebawem będą należeć, do grupy osób starszych. Wraz ze zmniejszającym się	Stworzenie form pomocy dla opiekunów nieformalnych i podniesienie kompetencji opiekunów w zakresie opieki nad osobami starszymi i z niepełnosprawnościami (np. prowadzenie szkoleń, udzielenie opiekunom nieformalnym wsparcia psychologicznego oraz profesjonalnych informacji i porad dotyczących schorzeń

Opieka hospicyjna i paliatywna		długoterminowej opieki stacjonarnej będą wzrastać w kolejnych latach.	współczynnikiem pielęgnacyjnym zjawisko to będzie narastać.	jakimi dotknięci są ich podopieczni).
	10.1.	<p>W województwie w stacjonarnej opiece paliatywno-hospicyjnej jest najniższa dostępność do świadczeń w porównaniu z innymi województwami.</p> <ul style="list-style-type: none"> – liczba pacjentów na 100 tys. ludności (najniższy wskaźnik, ostatnie 16. miejsce w kraju); – liczba osobodni na 100 tys. ludności (jeden z najniższych wskaźników w kraju; 15. miejsce w kraju); – mała liczba ośrodków na 100 tys. ludności (jeden z najniższych wskaźników w kraju, znacznie poniżej wskaźnika Polski); – nierównomierne rozłożenie ośrodków na terenie województwa; – ujemne saldo migracji na 100 tys. ludności; <p>jednostki z województwa, które mają podpisane umowy na świadczenie usług w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym według rejestrów posiadają łącznie 137 łóżek. Do wykorzystania w ramach kontraktów z NFZ przeznaczyci łącznie 125 łóżek</p>	Według prognoz udział osób w Polsce w wieku 65-79 lat w populacji do 2060 r. ma się zwiększyć dwukrotnie, natomiast udział osób w wieku 80 lat wzwyż nawet trzykrotnie. Najwięcej pacjentów korzystających z opieki paliatywno-hospicyjnej to osoby starsze, w wieku 65-79 lat (47,7%) oraz 80 lat wzwyż (25,5%). W perspektywie zachodzących zmian demograficznych i epidemiologicznych, liczba osób potrzebujących opieki paliatywnej będzie rosnąć.	Polepszenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach stacjonarnej opieki paliatywno-hospicyjnej, z uwzględnieniem równomiernego rozłożenia ośrodków na terenie województwa. Wg rekomendacji powinno to być 100 łóżek na 1 mln mieszkańców, czyli ok 171 łóżek w województwie.
	10.2.	W województwie w opiece paliatywno-hospicyjnej świadczonej w domu pacjenta jest najniższa	W hospicjum domowym w województwie najliczniejszą grupę pacjentów stanowią osoby w przedziale	Zwiększenie dostępności do usług w opiece paliatywno-hospicyjnej świadczonej

	<p>dostępność do usług w porównaniu z innymi województwami.</p> <ul style="list-style-type: none"> – liczba pacjentów na 100 tys. ludności (15. miejsce w kraju); – liczba osobodni na 100 tys. ludności (14. miejsce w kraju); <p>liczba ośrodków na 100 tys. ludności plasuje województwo na 4. miejscu w kraju, powyżej wskaźnika Polski (wskaźnik województwa 1,59; wskaźnik Polski 1,38).</p>	<p>wiekowym 65-79 lat i w przedziale 80 lat wzwyż. Jest to przedział wiekowy, w którym według prognoz do 2060 r. ma znacząco wzrosnąć liczba osób. Najczęstszym rozpoznaniem chorobowym występującym u osób objętych opieką hospicjum domowego to nowotwory (wyższy procent osób z nowotworami w województwie niż w Polsce). Prognozy wskaźnika zgonów z powodu nowotworów zarówno dla województwa, jak i dla Polski pokazują, że wskaźnik ten będzie rósł w kolejnych latach, przy czym będzie on wyższy dla województwa niż dla Polski. Znaczna ilość ośrodków, zlokalizowanych w każdym powiecie województwa (za wyjątkiem powiatu koszalińskiego) nie przekłada się na dobrą dostępność do świadczeń dla pacjentów, o czym świadczą pozostałe wskaźniki.</p>	<p>w warunkach domowych i dążenie do równomiernego rozłożenia podmiotów udzielających świadczeń na terenie województwa. Wynika to ze specyfiki świadczeń wykonywanych w warunkach domowych tj.: świadczeniodawcy powinni być zlokalizowani jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta.</p>
10.3.	<p>W poradni medycyny paliatywnej wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności i wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasują województwo powyżej wskaźnika Polski. Jednakże w województwie występuje problem</p>	<p>Zgodnie ze specyfiką świadczeń wykonywanych w ramach poradni medycyny paliatywnej świadczeniodawcy powinni być zlokalizowani jak najbliżej miejsca</p>	<p>Dążenie do równomiernego rozłożenia podmiotów udzielających świadczeń na terenie województwa. Docelowo świadczenia powinny</p>

	<p>nierównomiernego rozłożenia podmiotów świadczących usługi. Zabezpieczona jest zachodnia część województwa. Na pozostałym terenie brak jest świadczeniodawców, którzy udzielaliby porad z zakresu poradni medycyny paliatywnej.</p>	<p>zamieszkania pacjenta. Docelowo należy dążyć do tego, aby świadczenia udzielane były w każdym powiecie województwa.</p>	<p>być udzielane w każdym powiecie województwa.</p>
10.4.	<p>W hospicjum domowym dla dzieci występuje problem braku świadczeniodawców i równomiernego rozłożenia podmiotów na terenie województwa.</p> <p>W województwie jest to jeden podmiot, udzielający usług w dwóch miejscach udzielania świadczeń. Ponadto należy zwrócić uwagę na fakt, że nowotwory, które są podstawowym rozpoznaniem w opiece paliatywno-hospicyjnej w grupie pacjentów poniżej 18 roku życia stanowią niewielki procent rozpoznań (10,5% pacjentów w województwie; 8,30 % w Polsce). Pozostałe rozpoznania to choroby, z którymi pacjent funkcjonuje przez wiele lat, a rozpoznania te nie kwalifikują do objęcia opieką paliatywną w hospicjach dla dorosłych.</p>	<p>Zgodnie ze specyfiką świadczeń wykonywanych w ramach hospicjum domowego dla dzieci świadczeniodawcy powinny być zlokalizowani możliwie jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Ponadto pacjenci hospicjum domowego dla dzieci z innym rozpoznaniem niż nowotwory w momencie uzyskania pełnoletności pozbawieni są dalszej opieki paliatywno-hospicyjnej. Należałoby zastanowić się nad taką formą opieki nad dziećmi z innymi rozpoznaniem niż nowotwory, która pozwoliłaby zapewnić takim pacjentom nawet długoletnią, specjalistyczną opiekę.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do usług w ramach hospicjum domowego dla dzieci i dążenie do równomiernego rozłożenia na terenie województwa podmiotów udzielających świadczeń.</p>
10.5.	<p>W województwie brakuje zabezpieczenia świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.</p>	<p>Brak ofert w ogłoszonym konkursie na świadczenia z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.</p>	<p>Dążenie do zakontraktowania świadczeń gwarantowanych z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.</p>

	<p>10.6. W województwie jest 34 lekarzy specjalistów z medycyny paliatywnej. Wszyscy 34 lekarze pracują w ramach umów z NFZ, natomiast tylko 25 świadczy usługi w ramach opieki paliatywno-hospicyjne.</p> <p>Analizując dalej opiekę paliatywno-hospicyjną można wyciągnąć wniosek, że ci sami lekarze pracują jednocześnie w różnych powiatach; u różnych świadczeniodawców i w ramach różnych zakresów świadczeń (analiza wg typu komórki): poradnia medycyny paliatywnej 12 lekarzy – wskaźnik dla województwa 0,7 lekarza na 100 tysięcy ludności (8. pozycja w kraju na 14 miejsc); hospicjum domowe dla dzieci 1 lekarz - wskaźnik dla województwa 0,1 lekarza na 100 tysięcy ludności (4. pozycja w kraju na 5 miejsc); hospicjum domowe 16 lekarzy – wskaźnik dla województwa 0,9 lekarza na 100 ludności (8. pozycja w kraju na 11 miejsc); hospicjum stacjonarne – według typu komórki brak w województwie; hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej 11 lekarzy – wskaźnik dla województwa 0,6 lekarza na 100 ludności (4. pozycja w kraju na 8 miejsc); oddział medycyny paliatywnej 2 lekarzy - wskaźnik dla województwa 0,1 lekarza na 100 ludności (5. pozycja w kraju na 5 miejsc).</p>	<p>Specjalizacja z medycyny paliatywnej jest często drugą lub trzecią specjalizacją lekarza. Często lekarze pomimo posiadanej specjalizacji nie pracują w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej, a wykonują usługi w innych rodzajach świadczeń np.: leczenie szpitalne.</p> <p>W ramach opieki paliatywno-hospicyjnej lekarze pracują jednocześnie u różnych świadczeniodawców i jednocześnie w różnych zakresach usług, przy czym najczęściej są to etaty częściowe.</p>	<p>Zwiększenie liczby lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej.</p>
--	---	---	--

Państwowe Ratownictwo Medyczne	10.7.	W województwie wskaźnik liczby pielęgniarek ogółem na 100 tysięcy ludności wynosi 556,3 i plasuje je na 14. miejscu w kraju. W opiece paliatywno-hospicyjnej wskaźnik liczby pielęgniarek na 100 tys. ludności wynosi 13 i plasuje województwo na 12. pozycji w kraju.	Według prognoz liczba pielęgniarek w wieku 25-59 lat będzie maleć zarówno w Polsce, jak i w województwie. Szacuje się, że w województwie liczba pielęgniarek ogółem w wieku 25-59 lat spadnie z 7 360 osób w 2019 r. do 4 554 osób w 2029 r.	Podjęcie działań mających na celu zwiększenie liczby pielęgniarek zatrudnionych w ośrodkach opieki paliatywnej i hospicyjnej.
	11.1.	W województwie funkcjonowały następujące jednostki systemu: 1) zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) – 89 zespołów, w tym 16 specjalistycznych (16% wszystkich ZRM) tj. Zespołów z lekarzami oraz 66 podstawowych i 6 podstawowych sezonowych; 2) lotnicze zespoły ratownictwa medycznego – 2 (w tym 1 sezonowo); szpitalne oddziały ratunkowe – 10.	Brak kadry medycznej (lekarzy) powoduje niedostępność specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego – zespoły interweniowały bez lekarzy.	Rozważenie rozwiązania umożliwiającego likwidację całkowicie specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego w zamian uruchomienie tzw. systemu rendez-vous lub lekarza on-line, tak jak to ma miejsce w krajach zachodnich – lekarz dojeżdżający na miejsce zdarzenia w razie potrzeby. Zmniejszenie liczby specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na rzecz zespołów podstawowych.
	11.2.	Zespoły ratownictwa medycznego rozmieszczone są w promieniu 20-25 km od siebie, tak aby mogły	Problemem działania systemu jest długi czas dotarcia ZRM do pacjenta poza	W celu poprawienia czasu dotarcia ZRM do pacjenta,

	<p>udzielać świadczeń pacjentom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia w najkrótszym możliwym czasie określonym ustawowo.</p> <p>W analizowanym okresie, zespoły ratownictwa medycznego interweniowały 145 154 razy. 75% wszystkich wyjazdów było realizowanych w kodzie 2. Głównym powodem wezwania zespołów ratownictwa medycznego były urazy/ obrażenia. Głównym rozpoznaniem przez zespół jednostki chorobowej na miejscu zdarzenia był „ból w okolicy brzucha i miednicy - R10”.</p> <p>W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców zespoły ratownictwa medycznego w 94% przypadków dojeżdżają do pacjentów w czasie zgodnym z ustawą. Problem powstaje przy zdarzeniach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – 17,51% wyjazdów ma przekroczony określony ustawą czas.</p>	<p>miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.</p>	<p>należy rozważyć utworzenie nowych zespołów ratownictwa medycznego (np. Szczecin, Borne Sulinowo i przedłużenie funkcjonowania sezonowego zespołu ZRM w Świnoujściu na całoroczny), a także po zakończeniu budowy ekspresowej S6 i S3 uruchomienie motocyklowego zespołu ratownictwa medycznego na sezon wakacyjny w rejonie Goleniowa na styku dróg ekspresowych.</p> <p>Należy podjąć działania do efektywniejszego rozlokowania ZRM.</p>
11.3.	<p>– Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego w województwie interweniowały 204 razy. Jeden z dwóch zespołów ratownictwa medycznego w województwie funkcjonuje tylko sezonowo.</p>	<p>Największa liczba interwencji lotniczych ZRM na terenie województwa w porównaniu do innych województw.</p>	<p>Podjęcie działań umożliwiających funkcjonowanie lotniczego ZRM w Zegrzu Pomorskim przez cały rok.</p>

11.4.	<p>5 z 10 SOR zlokalizowane są w mieście wojewódzkim Szczecin (4) i byłym mieście wojewódzkim Koszalin (1).</p> <p>Świadczenia w SOR udzielane były pacjentom z tego samego powiatu 68%. Średnio co trzeci pacjent otrzymywał pomoc poza swoim powiatem.</p>	<p>Nierównomierna dostępność do świadczeń medycznych udzielanych w SOR w poszczególnych powiatach.</p>	<p>Należy rozważyć uruchomienie nowych SOR w Kołobrzegu, Świnoujściu i Wałczu.</p>
11.5.	<p>W Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR) przyjęto 376 970 pacjentów, których największą liczbę stanowiły osoby z jednostką chorobową „inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego”.</p>	<p>Zgłaszanie się po pomoc medyczną do SOR pacjentów ze schorzeniami, które nie stanowią zagrożenia zdrowia i życia, co jest istotną kwestią wobec faktu zwiększania się liczby świadczeń udzielanych w SOR w stosunku do poprzednich lat.</p>	<p>Należy dążyć do wprowadzenia mechanizmów pozwalających na wsparcie procesu przekształcania Izby Przyjęć szpitala w SOR.</p> <p>Biorąc pod uwagę świadczenia udzielane w SOR, należy dążyć do wsparcia świadczeń Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej oraz Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej, tak aby odciążać Szpitalne Oddziały Ratunkowe z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.</p>

Kadry	11.6.	Średnio ok. 9% świadczeń w SOR zostało udzielonych dzieciom.	Zbyt mała liczba świadczeń udzielanych dzieciom w SOR	Należy dążyć, aby w każdym SOR były zaopatrywane drobne urazy dziecięce, w celu wyeliminowania konieczności transportowania ZRM do innego szpitala o wyższym stopniu referencyjności. Z uwagi na inną specyfikę leczenia dzieci, mali pacjenci w stanach nagłych powinni mieć dostęp do dedykowanych specjalistów.
	12.1	W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w województwie było: <ul style="list-style-type: none"> – o 7 lekarzy mniej, – o 13 lekarzy dentystów więcej, – o 65 pielęgniarek mniej (trzecia od końca lokata w kraju), – o 7 położnych mniej (piąta od końca lokata w kraju), – o 8 fizjoterapeutów więcej (szósta lokata w kraju) niż średnio w całym kraju. 	Dostęp do personelu medycznego w województwie jest gorszy niż średnio w Polsce w przypadku: lekarzy, pielęgniarek i położnych. Dostęp do personelu medycznego w województwie jest lepszy niż średnio w Polsce w przypadku: lekarzy dentystów i fizjoterapeutów.	Zwiększenie liczby miejsc na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i kierunku lekarskim. Utworzenie systemu motywującego absolwentów liceów do rozpoczęcia studiów pielęgniarzkich i położniczych w województwie. Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie

			województwa dla pielęgniarek np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa.
12.2	<p>Pod względem liczby kadry medycznej w wieku emerytalnym województwo znalazło się na następujących miejscach:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dla lekarzy drugie miejsce w kraju – odsetek wyniósł 25% (na tle innych powiatów w kraju powiat łobeski miał największy odsetek, który wyniósł 65%), – dla lekarzy dentyistów dziewiąte miejsce w kraju – odsetek wyniósł 16%, – dla pielęgniarek pierwsze miejsce w kraju – odsetek wyniósł 21% (na tle innych powiatów w kraju powiat kołobrzeski (28%) i łobeski (27%) zajęły drugie i trzecie miejsce), – dla położnych drugie miejsce w kraju – odsetek wyniósł 20% (na tle innych powiatów w kraju powiat łobeski miał największy odsetek, który wyniósł 70%), – dla fizjoterapeutów województwo było jednym z trzech z największym odsetkiem, który wyniósł 6% (według danych z maja 2020 r.), 	<p>Na tle innych województw niemal we wszystkich zawodach (poza lekarzami dentyistami) pracuje najwięcej personelu w wieku emerytalnym. Wyzwaniem jest minimalizacja ryzyka spadku liczby personelu medycznego (w przeliczeniu na mieszkańca).</p>	<p>Opracowanie programów wsparcia dla absolwentów kierunków medycznych, ułatwiających im podjęcie pracy w wyuczonym zawodzie.</p> <p>Zwiększenie liczby miejsc na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i kierunku lekarskim.</p> <p>Utworzenie systemu motywującego absolwentów liceów do rozpoczęcia studiów pielęgniarstkich i położniczych w województwie.</p> <p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie województwa dla pielęgniarek np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na</p>

	dla diagnostów szóste miejsce w kraju – odsetek wyniósł 13% (powiat koszaliński jest jednym z trzech powiatów w Polsce, w którym było 100% diagnostów w wieku emerytalnym).		terenie województwa, pomoc mieszkaniowa.
12.3	Przy zachowaniu trendów wchodzenia na rynek pracy młodych pielęgniarek i położnych w 2019 r. oszacowano liczbę pielęgniarek i położnych za 10 lat w wieku 25-59 lat. W porównaniu do 2019 r. prognozy przedstawiają spadek w 2029 r. o 38% liczby pielęgniarek i 31% liczby położnych w wieku 25-59 lat. Prognozowane dynamiki zmian będą większe w obu przypadkach niż średnio w całej Polsce.	W województwie występuje znaczny deficyt pielęgniarek i położnych, który w kolejnych latach może się jeszcze pogłębić.	1) Radykalna zmiana zarówno w aspekcie ilości miejsc szkoleniowych, jak i gwarantowanych wynagrodzeń. 2) Odpowiednie zabezpieczenie świadczeń pielęgniarskich w domu chorego, zarówno w ramach opieki długoterminowej, jak i paliatywnej. Zbyt niskie finansowanie nieuwzględniające wysokich kosztów związanych z realizacją przez pielęgniarki tego rodzaju świadczeń wpływa na duże ograniczenia kadrowe. Odpowiednie finansowanie będzie motywacją do podejmowania pracy w tym obszarze.

				<p>Zwiększenie liczby miejsc na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo.</p> <p>Utworzenie systemu motywującego absolwentów liceów do rozpoczęcia studiów pielęgniarzkich i położniczych w województwie.</p> <p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie województwa dla pielęgniarek np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa.</p>
	12.4	<p>Średnio w województwie na 100 tys. mieszkańców przypadało 2,1 lekarza dentysty posiadającego specjalizację ze stomatologii dziecięcej. Dostęp do tego typu usług medycznych nie był równomiernie rozłożony. Stomatolodzy dziecięcy byli tylko w 9 powiatach województwa, przy czym najwięcej w mieście Szczecinie – 64% wszystkich specjalistów w województwie.</p>	<p>Zbyt słabe zabezpieczenie dzieci w specjalistyczną opiekę stomatologiczną.</p>	<p>Należy zwiększyć liczbę miejsc akredytacyjnych w dziedzinie stomatologii dziecięcej przede wszystkim w mniejszych miastach województwa.</p>

12.5	<p>Dostęp do fizjoterapeutów dla mieszkańców województwa jest lepszy niż średnio w Polsce. Przy zachowaniu trendów wchodzenia na rynek pracy młodych fizjoterapeutów z 2019 r. oszacowano, że ich liczba w przeciągu 10 lat będzie wzrastać o 37% (w wieku 25-59 lat).</p>	<p>W województwie występuje dobre zabezpieczenie mieszkańców w specjalistów z zakresu fizjoterapii.</p>	<p>Utrzymanie aktualnej tendencji.</p>
12.6	<p>Średni wiek lekarza w województwie wyniósł 49 lat, przy czym średni wiek lekarzy bez specjalizacji (26% wszystkich lekarzy) wyniósł 33 lata.</p> <p>W czterech specjalizacjach było 100% lekarzy w wieku emerytalnym – medycyna lotnicza wojskowa, medycyna morska wojskowa, medycyna tropikalna i neuropatologia. Każdą z tych specjalizacji w województwie posiadał 1 lub 2 lekarzy.</p> <p>W jedenastu specjalizacjach było więcej niż/równe 50% lekarzy w wieku emerytalnym – epidemiologia, diagnostyka laboratoryjna, medycyny morska i tropikalna, zdrowie publiczne, medycyna pracy, higiena, seksuologia, pediatria, dermatologia i wenerologia, genetyka kliniczna oraz pediatria metaboliczna.</p> <p>W przypadku 33 dziedzin medycyny liczba lekarzy, którzy w przeciągu 6 lat osiągną wiek emerytalny (do 2024 r.) była większa niż liczba lekarzy, którzy w tym samym czasie uzyskają tytuł specjalisty. Największy problem z zastępowalnością pokoleń</p>	<p>Obserwowane i prognozowane są braki w liczbie lekarzy specjalistów z wybranych dziedzin.</p>	<p>Stworzenie większej liczby miejsc szkoleniowych w dziedzinach medycyny, w których są lub w przyszłości powstaną znaczne luki kadrowe.</p> <p>Wprowadzenie programów zachęcających rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinach, w których brakowało chętnych w poprzednich latach.</p> <p>Opracowanie systemu motywującego lekarzy do odbywania specjalizacji w mniejszych ośrodkach, szczególnie w tych regionach, gdzie brakuje lekarzy specjalistów.</p> <p>Stworzenie i wprowadzenie systemu motywującego</p>

	<p>może dotknąć chorób wewnętrznych, gdzie o 126 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż uzyska tytuł specjalisty. Zła sytuacja w tym zakresie będzie również</p> <p>w następujących dziedzinach: pediatria (brak 32 lekarzy), chirurgia ogólna (brak 30 lekarzy), choroby płuc (brak 24 lekarzy), położnictwo i ginekologia (brak 15 lekarzy), alergologii (brak 14 lekarzy), zdrowie publiczne (brak 12 lekarzy), balneologii i medycyny fizykalnej (brak 10 lekarzy) oraz diabetologia (brak 10 lekarzy).</p> <p>W 39 dziedzinach medycyny w województwie jest mniej specjalistów niż w rekomendacjach. Najgorsza sytuacja jest w następujących dziedzinach:</p> <p>chorobach wewnętrznych – brakuje 49,0 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, medycynie rodzinnej – brakuje 14,6 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, psychiatrii – brakuje 11,1 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, medycynie pracy - brakuje 8,2 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, geriatrici – brakuje 7,2 lekarzy na 100 tys. mieszkańców oraz medycynie ratunkowej – brakuje 3,6 lekarzy na 100 tys. mieszkańców.</p> <p>Biorąc pod uwagę rekomendacje konsultantów krajowych oraz wymienialność pokoleniową najwięcej miejsc specjalizacyjnych w województwie powinno powstać w następujących dziedzinach:</p>		<p>placówki do występowania o akredytacje do otwierania nowych miejsc szkoleniowych.</p> <p>Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie województwa w wybranych dziedzinach np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa.</p> <p>Stworzenie ośrodka z kontraktacją do świadczeń z zakresu immunologii klinicznej, co pozwoli na organizację miejsc specjalizacyjnych do szkolenia kadry medycznej.</p> <p>Należy zwiększyć opłacalność specjalizacji w dziedzinie medycyny sądowej.</p> <p>Należy rozważyć wprowadzenie centralizacji zatrudnienia lekarzy hematologów w jednym prężnym ośrodku o najwyższym stopniu referencyjności oraz</p>
--	--	--	---

	<p>choroby wewnętrzne (991 miejsc), medycyna rodzinna (270 miejsc), psychiatria (170 miejsc), medycyna pracy (148 miejsc) i geriatrya (123 miejsc).</p> <p>W województwie było 4 lekarzy ze specjalizacją z immunologii klinicznej, co daje piątą najniższą lokatę w kraju. Rekomendowana przez konsultanta krajowego liczba lekarzy specjalistów w tej dziedzinie wynosi 17.</p> <p>Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie jako jeden z trzech ośrodków referencyjnych na terenie kraju prowadzi program transplantacji płuc. Rezydenci, którzy planują docelowo poświęcić się transplantologii płuc zobowiązani są do uzyskania specjalizacji w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej. Zgodnie z opinią konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii w województwie jest za mało miejsc specjalizacyjnych w tej dziedzinie.</p> <p>W województwie było 9 lekarzy ze specjalizacją z medycyny sądowej, co daje szóstą najniższą lokatę w kraju. Żaden lekarz nie jest w trakcie odbywania specjalizacji w tej dziedzinie.</p> <p>W województwie było 25 lekarzy ze specjalizacją z hematologii, co daje dziewiątą lokatę w kraju.</p>		<p>wprowadzenie systemu zachęcającego, który będzie skłaniał do pracy na oddziałach i w poradniach, zgodnie z posiadaną specjalizacją. Zanim wyszkolą się nowi hematolodzy, należy pilnie zaangażować tych, którzy posiadają specjalizację z tej dziedziny, a nie pracują na rzecz chorych z chorobami krwi.</p>
--	--	--	--

Sprzęt medyczny		Rekomendowana przez konsultanta krajowego liczba lekarzy specjalistów w tej dziedzinie wynosi 42.		
	13.1.	<p>Województwo posiada 8 akceleratorów. Zostały one rozmieszczone w dwóch powiatach: mieście Szczecinie – 6 oraz mieście Koszalinie – 2. Odległość od najbliższego sprzętu jest największa dla mieszkańców powiatu wałeckiego (113 km).</p> <p>Liczba akceleratorów/100 tys. ludności wynosi 0,47 przy średniej krajowej 0,44.</p> <p>Średni wiek sprzętu w powiatach to 7-8 lat. Jednak w Szczecinie, aż cztery aparaty mają powyżej 10 lat, dodatkowo wykonują najwięcej badań w skali kraju, średnio 8500 procedur rocznie.</p>	<p>Dostępność do sprzętu dla mieszkańców województwa jest na poziomie krajowym.</p> <p>Sprzęt jest bardzo dobrze wykorzystywany, jednak ze względu na wiek w najbliższych latach efektywność wykonywanych badań może spadać.</p> <p>Aktualnie 4 aparaty mają wysoki priorytet do wymiany, wszystkie zlokalizowane są w Szczecinie.</p> <p>Szacuje się, że w 2023 r. 7 na 8 akceleratorów w województwie, osiągnie wiek uniemożliwiający efektywne wykonywanie procedur i będą wymagały wymiany.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
	13.2.	<p>Województwo posiada 12 angiografów. Zostały one rozmieszczone w trzech powiatach: mieście Szczecinie (9), mieście Koszalinie (2) i powiecie szczecineckim (1). Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym jest, co najmniej 1 angiograf, jest powiat choszczeński (90 km).</p> <p>Liczba angiografów /100 tys. ludności wynosi 0,71 przy średniej krajowej 0,97.</p>	<p>Dostępność do sprzętu dla mieszkańców województwa jest niższa niż średnio w innych województwach – czwarty najniższy wynik.</p> <p>Aktualnie dwa aparaty ze względu na swój wiek 24 i 19 lat mają wysoki priorytet do wymiany. Pozostałe sprzęty, ze względu na dosyć niską</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki</p>

	Średni wiek sprzętu w powiatach waha się od 3 lat w powiecie szczecińskim do 12,5 lat w mieście Koszalinie. Również w Koszalinie wykonuje się średnio najwięcej badań – 1 060 procedur/rok.	średnią ilość wykonywanych procedur, posiadają niski priorytet do wymiany. Według prognozy zapotrzebowania, w 2025 r. 60% angiografów osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań, a do 2029 r. całą bazą sprzętowa powinna zostać wymieniona.	priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).
13.3.	Województwo posiada 4 aparaty do brachyterapii zlokalizowane w mieście Koszalinie (2) oraz mieście Szczecinie (2). Odległość od najbliższego sprzętu jest największa dla mieszkańców powiatu wałeckiego (128 km). Liczba aparatów do brachyterapii /100 tys. ludności wynosi 0,24 przy średniej krajowej 0,14. Średnia wieku sprzętu w powiatach wynosi 7 lat dla miasta Koszalina oraz 10 lat miasta Szczecina. Jednak w Szczecinie znajduje się aparat w wieku 15 lat, ma on średni priorytet do wymiany. Aparaty wykonują stosunkowo mało badań, średnio 100-300 rocznie.	Dostępność do sprzętu dla mieszkańców województwa jest wyższa niż średnio w innych województwach – najwyższy wynik. Żaden z aparatów nie miał wysokiego priorytetu do wymiany. Według prognozy zapotrzebowania, całą bazę sprzętową należy wymienić do 2024 r..	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego. W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).
13.4.	Województwo posiada 3 aparaty ECMO, wszystkie zlokalizowane w m. Szczecinie. Odległość od najbliższego aparatu jest największa dla mieszkańców powiatu koszalińskiego (171 km).	Dostępność do sprzętu dla mieszkańców województwa jest na poziomie krajowym.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.

	<p>Liczba aparatów ECMO /100 tys. ludności wynosi 0,18, co odpowiada średniej dla kraju.</p> <p>Średni wiek aparatów wynosi 7 lat. Aparaty wykonują średnio 5 badań rocznie – podobnie jak w innych województwach.</p>	<p>Według prognozy zapotrzebowania, całą bazę ECMO należy wymienić do 2023 r..</p>	<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.5.	<p>Województwo posiada 7 aparatów gammakamera, wszystkie zlokalizowane w mieście Szczecinie.</p> <p>Odległość od najbliższego sprzętu jest największa dla mieszkańców powiatu sławieńskiego (151 km)</p> <p>Liczba aparatów gammakamera/100 tys. ludności wynosi 0,41 przy średniej krajowej 0,42.</p> <p>Średni wiek sprzętu to 11 lat, a 4 aparaty mają powyżej 10 lat. Sprzęt wykonuje średnio 1150 procedur rocznie.</p>	<p>Dostępność do sprzętu dla mieszkańców województwa jest na poziomie krajowym.</p> <p>Ze względu na wysoki wiek, 3 aparaty mają wysoki priorytet do wymiany, reszta niski.</p> <p>Według prognoz zapotrzebowania, do 2025 r. całą bazę aparatów gammakamera należy wymienić.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.6.	<p>Województwo posiada 19 mammografów rozmieszczonych w 9 powiatach.</p> <p>Liczba aparatów mammograficznych/100 tys. ludności wynosi 1,12 przy średniej krajowej 1,97.</p>	<p>Dostępność do sprzętu dla mieszkańców województwa jest niższa niż średnio w innych województwach – drugi najniższy wynik.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p>

	<p>Średni wiek mammografów stacjonarnych w województwie wahał się w przedziale od 4 do 22 lat. Średni wiek sprzętu jest najwyższy w powiecie choszczeńskim – 17 lat.</p> <p>Eksploatacja sprzętu jest zróżnicowana, od 0 do 3 200 badań/rok. Najniższe średnie wykorzystanie w powiecie białogardzkim, a największe w mieście Szczecinie.</p>	<p>Ze względu na dość stary sprzęt aż 10 na 19 aparatów ma wysoki priorytet do wymiany.</p> <p>Aktualnie 75% mammografów przekroczyło wiek umożliwiający efektywne wykonywanie badań, a do 2025 r. cała baza sprzętowa powinna zostać wymieniona.</p>	<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.7.	<p>Na terenie województwa funkcjonuje jeden aparat PET zlokalizowany w mieście Szczecinie. Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym zlokalizowany jest aparat PET, jest powiat koszaliński (171 km).</p> <p>Sprzęt jest w wieku 6 lat i wykonuje prawie 2 000 procedur rocznie.</p>	<p>Dostępność do sprzętu dla mieszkańców województwa jest niższa niż średnio w innych województwach – trzeci najniższy wynik.</p> <p>Jedyny w województwie aparat ma niski priorytet do wymiany.</p> <p>Według prognozy zapotrzebowania, sprzęt należy wymienić do 2024 r.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.8.	<p>Województwo posiada 15 aparatów do rezonansu magnetycznego zlokalizowanych w czterech powiatach: mieście Szczecinie (9), mieście Koszalinie (4), powiecie gryfickim (1) i kołobrzeskim (1).</p>	<p>Dostępność do sprzętu dla mieszkańców województwa jest niższa niż średnio w innych województwach – piąty najniższy wynik.</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p>

	<p>Liczba aparatów do rezonansu magnetycznego/100 tys. ludności wynosi 0,88 przy średniej krajowej 1,05.</p> <p>Wiek sprzętu waha się od 2 do 14 lat. Najstarszy sprzęt zlokalizowany jest w mieście Koszalinie i tylko on ma wysoki priorytet do wymiany. Średni wiek sprzętu w powiatach oscyluje w granicach 5-8 lat.</p> <p>Średnio najczęściej procedur wykonuje się w powiecie gryfickim – prawie 3 500/rok, a najmniej w powiecie kołobrzeskim 500/rok</p>	<p>Duży udział sprzętu w średnim wieku o stosunkowo małej liczbie badań wykonywanych rocznie sprawia, że 73% (11) aparatów ma niski priorytet do wymiany, a tylko 1 aparat znalazł się w grupie o wysokim priorytecie do wymiany. Nie zmienia to jednak faktu, że w perspektywie 2024 r. 56% aparatów do rezonansu magnetycznego w województwie przekroczy wiek 10 lat i zostanie zaliczona do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty. W 2028 r. 100% obecnych zasobów będzie się kwalifikowało do wymiany.</p>	<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
13.9.	<p>Województwo posiada 497 aparatów RTG, rozmieszczonych we wszystkich powiatach.</p> <p>Liczba aparatów RTG/100 tys. ludności wynosi 29,3 przy średniej krajowej 22,42.</p> <p>Średni wiek sprzętu w połowie powiatów przekracza 10 lat. Najstarsze aparaty są w powiecie świdwińskim – średnio 14 lat, a najmłodszy w powiecie gryfickim, powiecie gryfińskim i powiecie łobeskim – 4 lata.</p> <p>W 19 na 21 powiatach wykonuje się średnio mniej niż 1 200 procedur na rok. Jedynie w dwóch powiatach wykorzystanie jest większe: powiat</p>	<p>Dostępność do sprzętu dla mieszkańców województwa – trzeci najwyższy wynik.</p> <p>Niski priorytet do wymiany posiada 75,5% aparatów RTG, wysoki 24,1%.</p> <p>Według prognoz zapotrzebowania, w 2023 r. 60% aparatów RTG osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań</p>	<p>Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.</p> <p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>

	myśliborski średnio 2 000 procedur/rok oraz powiat gryficki 4 700 procedur/rok.		Dodatkowo w ramach chirurgii klatki piersiowej rekomenduje się zakup kolejnego aparatu do operacji z podglądem skopii rentgenowskiej, a także pilnej wymiany wymaga aparatura do fluoroskopii (mieści się w 24,1% sprzętu rekomendowanego do wymiany).
13.10.	Województwo posiada 25 tomografów komputerowych zlokalizowanych w 12 powiatach. Liczba tomografów komputerowych/100 tys. ludności wynosi 1,47 przy średniej krajowej 2,02. Średni wiek tomografu komputerowego w województwie wynosi 7 lat. Najwięcej procedur wykonuje się w powiecie kołobrzeskim średnio 7500/rok, najmniej w mieście Świnoujściu 770 procedur/rok.	Dostępność do sprzętu dla mieszkańców województwa jest najniższa w kraju. Wysoki priorytet do wymiany posiada 20% aparatów, są to sprzęty stare i intensywnie eksploatowane. Niski priorytet ma 64% aparatów. Według prognoz zapotrzebowania, w 2023 r. 50% tomografów osiągnie wiek uniemożliwiający efektywne wykonywanie badań.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego. W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).
13.11.	Województwo posiada 604 aparaty USG, rozmieszczone we wszystkich powiatach.	Dostępność do sprzętu dla mieszkańców województwa jest nieznacznie niższa niż średnio w innych województwach.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.

Pozostałe obszary		<p>Liczba USG/100 tys. ludności wynosi 35,61 przy średniej krajowej 36,86 – jest to wynik nieznacznie poniżej średniej dla kraju.</p> <p>W połowie powiatów średni wiek aparatu przekracza 10 lat. Najstarsze aparaty są w powiecie koszalińskim – średnia wieku 17 lat, a najmłodsze powiecie choszczeński – 7 lat.</p> <p>W połowie powiatów średnia ilość wykonanych procedur nie przekracza 1 000 rocznie. Najwięcej procedur wykonuje się w pow. wałeckim – średnio 1 700/rok, a najmniej w pow. drawskim 32/rok.</p>	<p>Ze względu na wysoki wiek sprzętu, aż 56% aparatów ma wysoki priorytet do wymiany. Pozostałe 40% – niski.</p> <p>Już teraz 61% (371) aparatów USG przekroczy wiek umożliwiający efektywne wykonywanie badań. Natomiast do 2023 należy wymienić 80% aparatów.</p>	<p>W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).</p>
	13.12.	<p>W związku z dużym zapotrzebowaniem na scyntyografię perfuzyjną serca, w województwie są długie kolejki na tego typu świadczenie. Jest to nieinwazyjne badanie, bardzo dobre do oceny choroby wieńcowej u pacjentów w różnym stadium jej zaawansowania - od podejrzenia choroby, ocenę wskazań do leczenia inwazyjnego, po ocenę skuteczności leczenia.</p>	<p>Zbyt długi czas oczekiwania na badanie.</p>	<p>Zakup specjalistycznej gammakamery do badań serca.</p>
	14.1.	<p>Województwo zapewnia świadczenia w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego w 4 uzdrowiskach nadmorskich (Świnoujście, Kamień Pomorski, Kołobrzeg i Dąbki) i w 1 nizinym (Połczyn-Zdrój) we wszystkich rodzajach świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa</p>	<p>Analizy demograficzne wykazują stałą tendencję wzrostu liczby ludności w wieku poprodukcyjnym oraz niewielkim wzrostem liczby nowych urodzeń, co determinuje zwiększone</p>	<p>Rekomendowane działania w zakresie polepszenia jakości świadczeń zdrowotnych w leczeniu uzdrowiskowym powinny skupić się na zwiększeniu w planie NFZ</p>

	<p>uzdrowiskowego. Leczenie to prowadzone jest na terenie 5 powiatów.</p> <p>Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego znajdujące się na terenie województwa dysponują około 10 tysiącami łóżek, co stawia je pod tym względem na pierwszym miejscu w kraju. Zdecydowana większość zrealizowanych w 2019 r. świadczeń w województwie (około 76%) obejmuje uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych, natomiast na przeciwległym biegunie znajduje się uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dzieci i dorosłych (około 0,9). W 2019 r. w szpitalach uzdrowiskowych leczono 9,5% kuracjuszy, natomiast w sanatoriach uzdrowiskowych 89,6% skierowanych przez NFZ pacjentów.</p>	<p>zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego.</p>	<p>środków finansowych na nie przeznaczonych i skrócenie czasu oczekiwania do uzdrowiskowej rehabilitacji szpitalnej, uzdrowiskowego leczenia szpitalnego, uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego oraz uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego oraz modernizacji istniejącej infrastruktury i wymianie zużytej aparatury</p>
14.2.	<p>Wykonania kontraktów z NFZ na terenie województwa we wszystkich rodzajach świadczeń wynosiły w 2019 r. od 66% (uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dzieci i młodzieży) do prawie 100% (pozostałe). Problemem jest deficyt skierowań na uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci, szczególnie w okresie powakacyjnym, co wiąże się z "zamrożeniem" zasobów kadrowych w takim profilu.</p>	<p>Największym problemem świadczeniodawców są tzw. niedojazdy kuracjuszy (do około 32% latem 2020 r. w zakresie uzdrowiskowego leczenia szpitalnego dzieci) oraz zbyt niskie wyceny świadczeń zdrowotnych.</p>	<p>Kierowanie i kwalifikowanie pacjentów do leczenia uzdrowiskowego na podstawie aktualnego stanu zdrowia, aktualnej wiedzy medycznej i uwzględnienia przeciwwskazań lekarskich.</p>
14.3.	<p>Obecnie nie ma lekarzy specjalizujących się w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej i brak</p>	<p>W województwie występują braki kadrowe wśród personelu, który</p>	<p>Stworzenie w województwie co najmniej dwóch jednostek</p>

	<p>jest również miejsc specjalizacyjnych, natomiast do 2024 r. 10 lekarzy mających tę specjalizację osiągnie wiek emerytalny. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia na jesienne postępowanie kwalifikacyjne na specjalizacje lekarskie (1-31 października 2020 r.) przyznane zostały tylko 2 miejsca rezydenckie w skali całej Polski.</p>	<p>sprawuje opiekę medyczną w ramach leczenia uzdrowiskowego.</p>	<p>kształcących kadrę medyczną na potrzeby uzdrowisk.</p>
--	--	---	---