

Załącznik do Uchwały Nr 372/8864/14
Zarządu Województwa Podkarpackiego
w Rzeszowie
z dnia 18 lipca 2014 r.



Urząd Marszałkowski
Województwa Podkarpackiego

- projekt -

Ocena Potrzeb Zdrowotnych Mieszkańców Województwa Podkarpackiego

Lipiec 2014 r.

SPIS TREŚCI

WSTĘP	3
DIAGNOZA. ANALIZA DANYCH.....	4
1. Sytuacja demograficzna.....	4
2. Tło społeczne. Czynniki „około zdrowotne”	7
3. Ogólny stan zdrowia - długość i jakość życia.	8
4. Zachorowalność i umieralność - główne grupy.	10
5. Najważniejsze grupy chorób mające wpływ na stan zdrowia ludności.....	16
5.1. Choroby układu krążenia.	16
5.2. Choroby nowotworowe	21
5.3. Choroby psychiczne.	25
5.4. Choroby układu kostno-stawowo-mięśniowego.	27
5.5. Choroby układu oddechowego.....	27
5.6. Opieka nad kobietą w ciąży, noworodkiem, dzieckiem.	29
5.7. Opieka nad osobami starszymi.....	31
5.8. Choroby zakaźne.....	31
6. Ratownictwo medyczne.....	32
7. Wskaźniki badające dostępność do usług zdrowotnych w regionie.	33
7.1. Zasoby kadrowe - dostęp do specjalistów.....	34
7.1.1. Lekarze.....	34
7.1.2. Pielęgniarki i położne	36
7.2. Opieka stacjonarna.....	36
7.2.1. Zestawienie wskaźników dostępności wg oddziałów	41
8. Profilaktyka.	46
9. Obszary deficytowe z punktu widzenia wskaźnika zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych.....	46
10. Infrastruktura	47
REKOMENDACJE	48
1. Lecznictwo stacjonarne – ocena stanu obecnego i priorytety działań.	48
2. Lecznictwo ambulatoryjne – analiza wybranych poradni.....	49
3. Obszary wymagające skrócenia czasu oczekiwania pacjenta na zabiegi operacyjne	69
4. Wsparcie profilaktyki.....	70
5. Kierunek lekarski	72
6. Priorytetowe obszary wsparcia w ramach RPO WP 2014-2020	73
6.1. Modernizacja bloków operacyjnych.....	73
6.2. Rozwój onkologii.	73
6.3. Leczenie psychiatryczne.	75
6.4. Leczenie chorób płuc i gruźlicy.	77
6.5. Geriatria.....	77
6.5.1. Poradnie medycyny paliatywnej.....	79
PODSUMOWANIE.....	800

WSTĘP

Zgodnie z założeniami do ustawy reformującej strukturę zarządzania ochroną zdrowia w Polsce bazą do określania kierunków rozwoju ochrony zdrowia będą tak zwane mapy potrzeb zdrowotnych. W oparciu o mapy potrzeb regionalne (po zdecentralizowaniu) fundusze będą tworzyły plany zakupów świadczeń. Podstawą budowania mapy jest kontekst sytuacji epidemiologiczno-demograficznej w poszczególnych województwach.

W związku z powyższym Samorząd Województwa Podkarpackiego opracował materiał dotyczący potrzeb zdrowotnych w regionie z punktu widzenia zadań, potrzeb i możliwości samorządu województwa i samorządów lokalnych.

Niniejsze opracowanie jest próbą analizy zapotrzebowania na opiekę zdrowotną mieszkańców Podkarpacia. Powinno także być pomocne w podejmowaniu decyzji w sprawie nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną i zakupu specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej.

Ocena potrzeb przygotowana została w oparciu o publiczne dane statystyczne, krajowe dokumenty strategiczne, dane statystyczne służb Wojewody Podkarpackiego, uchwaloną Strategię Rozwoju Województwa Podkarpackiego na lata 2007-2020 (Działanie 2.5 Zdrowie publiczne, itd.), a także dane i informacje uzyskane z PO NFZ w Rzeszowie oraz z samorządów województwa podkarpackiego.

Opracowanie składa się z dwóch części: diagnozy i analizy danych oraz rekomendacji w oparciu o wywiady i konsultacje z ekspertami różnych specjalności medycznych. Diagnoza fotografuje sytuację demograficzną Podkarpacia, ogólny stan zdrowia ludności, główne przyczyny zgonów, najważniejsze grupy chorób wpływających na stan zdrowia ludności. Wskaźnik zatrudnienia lekarzy udzielających świadczeń w wybranych poradniach w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obrazuje możliwości rozwoju poszczególnych dziedzin medycznych. Przedstawione mapki topograficzne uwzględniające wszystkie powiaty wyraźnie określają dostępność do diagnostyki i leczenia.

W opracowaniu zaprezentowane zostały priorytetowe obszary wsparcia w ramach RPO WP 2014-2020. Wystawione rekomendacje skupione są na uzupełnieniu tzw. „białych plam” i pilnej potrzebie ich zabezpieczenia.

Kluczową kwestią jest ponadpartyjne i ponadresortowe podejście do zdrowia i rzetelna ocena zapotrzebowania na opiekę i świadczenia medyczne. Dla prowadzenia skutecznej polityki zdrowotnej niezbędna jest wielopłaszczyznowa współpraca, koordynacja i ciągłość działań. Potrzebny jest także silny lider, który zorganizuje tę współpracę między różnymi interesariuszami opieki zdrowotnej i zapewni jej harmonię działania.

Mamy nadzieję, że zaproponowane w raporcie podejście i kierunki działań w celu poprawy dostępności do wybranych świadczeń medycznych staną się przedmiotem publicznej dyskusji, czyniąc zdrowie priorytetem politycznym Samorządu Województwa Podkarpackiego.

DIAGNOZA. ANALIZA DANYCH

1. Sytuacja demograficzna.

Liczba ludności w województwie podkarpackim wg stanu na dzień 30.09.2013 r. wynosi 2 129 182 mieszkańców¹. W ciągu ostatnich ośmiu lat (od 2005 r.) liczba mieszkańców systematycznie rosła, łącznie zwiększyła się o ok. 1%. (Tabela 1.1²) Ludność Podkarpacia stanowi 5,5 % ogółu ludności Polski. Kobiety, podobnie jak w całym kraju, stanowią ponad połowę ogółu ludności województwa. Współczynnik feminizacji w 2012 r. w województwie wyniósł 104,2, zaś w kraju 106,6. Natomiast znaczący niedobór liczebny mężczyzn w stosunku do populacji kobiet ujawnia się w grupie wieku 55-59 lat i rośnie w kolejnych grupach wiekowych. W roku 2012 w stosunku do roku poprzedniego zmniejszył się procentowy udział kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) w populacji kobiet ogółem (2012r. – 49,0%; 2011r. – 49,3%).

Tablica 1.1 **Ludność województwa**

WYSZCZEGÓLNIENIE	2000	2005	2010	2011
O G Ó Ł E M	2128605	2098263	2127948	2128687
mężczyźni	1044299	1026282	1041622	1042100
kobiety	1084306	1071981	1086326	1086587
miasta	872778	846826	882262	880736
wieś	1255827	1251437	1245686	1247951
Kobiety na 100 mężczyzn	103,8	104,4	104,3	104,3
Ludność w miastach w % ogółu ludności	41	40,4	41,5	41,4
Ludność na 1 km ² powierzchni ogólnej	119	118	119	119

Wskaźnik urbanizacji w porównaniu z 2005 r. wzrósł o 1% i obecnie wynosi 41,4, zaś średni wskaźnik urbanizacji w Polsce wynosi 60,8. Mieszkańcy województwa w blisko 60% zamieszkują tereny wiejskie, co stanowi najwyższy współczynnik w kraju. Powyższe dane wskazują, iż w ciągu ostatnich kilkunastu w powyższej strukturze nie zaszły znaczące zmiany.

Liczba ludności w wieku produkcyjnym stanowiła w 2012 roku 63,8% ogółu ludności (2011r. – 63,9%; 2010r. – 63,9%), a w wieku poprodukcyjnym w 2012 roku – 16,7% (2011r. – 16,3%; 2010r. – 15,9%). Wskaźnik obciążenia demograficznego w województwie kształtował się następująco: w 2012 roku na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 56,7 osób w wieku nieprodukcyjnym, w 2011 roku – 56,5; w 2010 roku – 56,6.³

Warto zauważyć w poniższej tabeli, że od kilkunastu lat (na razie nieznacznie) rośnie odsetek osób w wieku poprodukcyjnym. Trend ten w kolejnych latach będzie się utrzymywał.

¹ Wojewódzki Urząd Statystyczny w Rzeszowie

² Wojewódzki Urząd Statystyczny w Rzeszowie

³ Jadwiga Jagiełło-Kotwica Halina Zięba, Sytuacja Demograficzna i Stan Zdrowia Ludności w Województwie. Podkarpackim w latach 2010-2012, PUW Rzeszów, 2013

Tablica 1.2 Ludność wg wieku produkcyjnego⁴

Rok	Ogółem	Wiek			Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym
		Przedprodukcyjny	produkcyjny*	poprodukcyjny**	
OGÓŁEM					
1999	2 126 001	591 598	1 237 653	296 750	71,8
2000	2 128 605	574 553	1 252 735	301 317	69,9
2001	2 131 368	555 608	1 271 550	304 210	67,6
2002	2 105 050	539 421	1 259 784	305 845	67,1
2003	2 097 248	518 010	1 273 011	306 227	64,7
2004	2 097 975	500 614	1 288 202	309 159	62,9
2005	2 098 263	484 527	1 301 539	312 197	61,2
2006	2 097 564	468 683	1 312 640	316 241	59,8
2007	2 097 338	454 089	1 323 015	320 234	58,5
2008	2 099 495	441 281	1 333 169	325 045	57,5
2009	2 101 732	429 414	1 341 630	330 688	56,7
2010	2 127 948	431 007	1 358 887	338 054	56,6
2011	2 128 687	422 157	1 360 176	346 354	56,5
2012	2 129 951	414 324	1 359 605	356 022	56,7
OGÓŁEM - % ogółu ludności					
1999	100,0%	27,8%	58,2%	14,0%	71,8
2000	100,0%	27,0%	58,9%	14,2%	69,9
2001	100,0%	26,1%	59,7%	14,3%	67,6
2002	100,0%	25,6%	59,8%	14,5%	67,1
2003	100,0%	24,7%	60,7%	14,6%	64,7
2004	100,0%	23,9%	61,4%	14,7%	62,9
2005	100,0%	23,1%	62,0%	14,9%	61,2
2006	100,0%	22,3%	62,6%	15,1%	59,8
2007	100,0%	21,7%	63,1%	15,3%	58,5
2008	100,0%	21,0%	63,5%	15,5%	57,5
2009	100,0%	20,4%	63,8%	15,7%	56,7
2010	100,0%	20,3%	63,9%	15,9%	56,6
2011	100,0%	19,8%	63,9%	16,3%	56,5
2012	100,0%	19,5%	63,8%	16,7%	56,7

Ludność Podkarpacia jest obecnie przeciętnie młodsza niż mieszkańców Polski, znacznie młodsza niż większości krajów UE 27. Choć prognozy na najbliższe lata są w tym względzie niekorzystne. Podkreślić przy tym należy, iż początek nasilenia się niekorzystnych zjawisk związanych ze starzeniem się społeczeństwa Podkarpacia przewiduje się na drugą połowę obecnej dekady.

⁴ Bank Danych o Zdrowiu, Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie

Tablica 1.3 Mediana wieku (wiek środkowy) ludność woj. podkarpackiego⁵

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2005	2010	2011
OGÓŁEM w latach TOTAL in years	34,6	36,5	36,9
mężczyźni males	33,1	35	35,4
kobiety females	36,4	38	38,4
Miasta Urban areas	35,8	37,7	38,1
Wieś Rural areas	33,9	35,6	36,0

Województwo podkarpackie od lat wyróżnia się na tle kraju jednym z najwyższych wskaźników przyrostu naturalnego, choć podkreślić przy tym należy, iż porównaniu z rokiem 2000 obniżył się blisko dwukrotnie i obecnie w 2011 roku wyniósł on 1,4.

Tablica 1.4 Ruch Naturalny Ludności⁶

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION		Małżeństwa Marriages		Separacje Separations	Rozwody Divorces	Urodzenia żywe Live births	Zgony Deaths		Przyrost naturalny Natural increase
		ogółem total	w tym wyzna- niowe ^a of which religious ^a				ogółem total	w tym niemowląt of which infants	
W LICZBACH BEZWZGLĘDNYCH IN ABSOLUTE NUMBERS									
OGÓŁEM TOTAL	2000	11719	9397	88	1495	23584	18129	169	5455
	2005	11782	9183	823	2686	20525	18289	149	2236
	2010	13213	10214	149	2087	21990	18288	115	3702
	2011	12323	9242	189	2371	21130	18214	112	2916
Miasta Urban areas	2000	4736	3462	71	1085	8105	6351	62	1754
	2005	4760	3444	397	1691	7604	6505	60	1099
	2010	5585	4020	88	1343	8576	6825	42	1751
	2011	4976	3431	95	1468	8232	6812	33	1420
Wieś Rural areas	2000	6983	5935	17	410	15479	11778	107	3701
	2005	7022	5739	426	995	12921	11784	89	1137
	2010	7628	6194	61	744	13414	11463	73	1951
	2011	7347	5811	94	903	12898	11402	79	1496
NA 1000 LUDNOŚCI PER 1000 POPULATION									
OGÓŁEM TOTAL	2000	5,6	4,4	4,2 ^b	0,7	11,2	8,6	7,2 ^c	2,6
	2005	5,6	4,4	39,0 ^b	1,3	9,7	8,7	7,3 ^c	1,1
	2010	6,2	4,9	7,0 ^b	1	10,3	8,6	5,2 ^c	1,7
	2011	5,8	5,2	8,9 ^b	1,1	9,9	8,6	5,3 ^c	1,4

Województwo notuje przy tym jednocześnie rokrocznie ujemne saldo migracji. Dla porównania wskaźnik salda migracji na 1000 mieszkańców w województwie wyniósł w 2000 r. -1,2, w roku 2005 -0,9, zaś w roku 2011 -1.

Prognoza ludności na lata 2008 – 2035 opracowana przez Główny Urząd Statystyczny zakłada, iż w 2035 ludność województwa zmniejszy się o ok. 100 tys. osób. Natomiast zdecydowanie zwiększy się liczba mieszkańców w przedziałach wieku 65+, 75+ i 85+. Natomiast liczba urodzeń obniży się o ok. 1/3 z poziomu 22 tys. rocznie do ok. 14 tys. rocznie.

⁵ Wojewódzki Urząd Statystyczny w Rzeszowie

⁶ J.w.

Tak więc, w związku z wyzwaniami demograficznymi w najbliższej dekadzie należy położyć nacisk na te segmenty ochrony zdrowia, które:

- a) z jednej strony, sprzyjać będą polityce dietetycznej i profilaktyce zdrowia najmłodszej populacji (wsparcie programów leczenia bezpłodności, rozszerzenie zakresu promocji badań prenatalnych, zapewnienie właściwych standardów opieki okołoporodowej oraz opieki nad matką i dzieckiem),
- b) z drugiej zaś strony odpowiadać będą wyzwaniom epidemiologicznym starzejącego się społeczeństwa (lepszy dostęp i poprawa, jakości świadczeń geriatrycznych, onkologicznych, kardiologicznych, neurologicznych, ortopedycznych, reumatologicznych, endokrynologicznych i opieki długoterminowej).

2. Tło społeczne. Czynniki „około zdrowotne”.

Wykształcenie

Poziom wykształcenia mieszkańców województwa podkarpackiego na przestrzeni ostatnich 10 lat podniósł się wyraźnie. Blisko dwukrotnie wzrosła liczba osób z wykształceniem wyższym, grupa osób z wykształceniem średnim pozostaje na tym samym poziomie, natomiast znacznie spadła liczba osób z najniższym poziomem wykształcenia.

Tablica 2.1 Ludność w wieku 13 lat i więcej wg poziomu wykształcenia w woj. podkarpackim⁷

WYSZCZEGÓLNIENIE		Ogółem	Poziom wykształcenia						Nieustalony poziom wykształcenia	
			wyższe	policealne ^b i średnie zawodowe	średnie ogólnokształcące	zasadnicze zawodowe	podstawowe ukończone i gimnazjalne	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego		
W tysiącach										
O G Ó Ł E M	2002	1740,4	147,2	406,9	126,5	413,5	556,7 ^c	68,7	21,0	
	2011	1835,8	265,9	360,5	195,1	398,8	450,5	23,9	141,2	
W odsetkach										
O G Ó Ł E M	2002	100,0	8,5	23,4	7,3	23,8	32,0	3,9	1,2	
	2011	100,0	14,5	19,6	10,6	21,7	24,5	1,3	7,7	

Bezrobocie

Stopa bezrobocia rejestrowanego na koniec stycznia 2014 roku wyniosła 16,9%. Jest czwarty co do wysokości poziom bezrobocia wśród województw w Polsce. Województwo od lat znajduje się wśród regionów o najwyższym stopniu bezrobocia.

Dochody

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w sektorze przedsiębiorstw w styczniu 2014 r. wyniosło **3136,18 zł**. Podkarpackie należy do województw o najniższej średniej płacy oraz najniższym wskaźniku poziomu PKB przypadającego na jednego mieszkańca. Najniższy poziom produktu krajowego brutto na 1 mieszkańca w 2010 roku notuje się w województwach podkarpackim i lubelskim (o ok. 32-33% niższy od średniej krajowej)

Zagrożenie ubóstwem

Tabela 2.2 Wskaźniki zagrożenia ubóstwem

Wyszczególnienie	% osób w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej								
	granicy ubóstwa skrajnego (min. egzysten.)			relatywnej granicy ubóstwa			ustawowej granicy ubóstwa		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Polska	5,8	6,8	6,8	17,4	16,9	16,3	7,4	6,6	7,2
Podkarpackie	5,7	7,1	7,0	19,8	21,6	20,7	6,9	6,8	8,6

⁷ Wojewódzki Urząd Statystyczny w Rzeszowie

Województwo podkarpackie należy do grupy województw z najwyższym wskaźnikiem ludności zagrożonej ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Przy czym jednocześnie charakteryzuje wysokim współczynnikiem aktywności społecznej i obywatelskiej.

Ochrona środowiska.

Pod względem czystości środowiska podkarpackie należy do województw o najkorzystniejszych warunkach środowiskowych i bytowych. Warto podkreślić również wysoki poziom bezpieczeństwa.

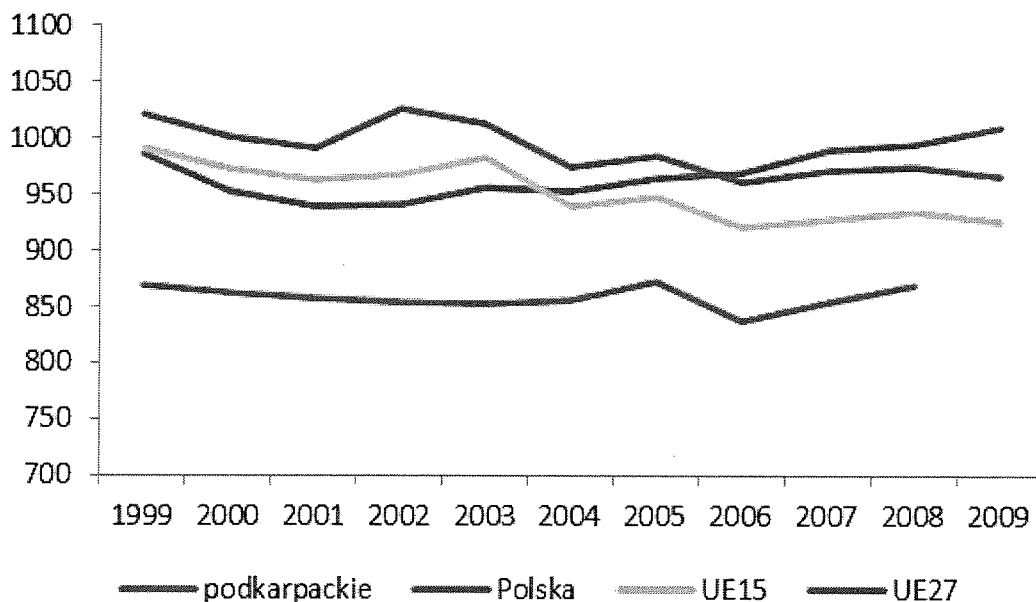
HDI

Wartości indeksu Human Development Indeks mierzącego jakość życia sytuują województwo w grupie województw o jego średnim poziomie. Na tle województwa wyróżnia się jego stolica Rzeszów notujący jedno z wyższych wskaźników HDI w Polsce.

3. Ogólny stan zdrowia- długość i jakość życia.

Głównym wskaźnikiem będącym pośrednim efektem działań wszelkich instytucji powołanych do działania w obszarze ochrony zdrowia jest liczba zgonów na 100 tysięcy ludności. W województwie podkarpackim kształtuje się on na poziomie 869,8⁸ co jest bardzo korzystnym wynikiem w stosunku do całej Unii (967,2) i plasuje województwo na bardzo wysokim miejscu wśród regionów Europy i pierwszym wśród regionów Polski. Fakt ten jest pozytywnym aspektem społecznym, niemniej jednak opieka zdrowotna w regionie ma przed sobą ogromne wyzwania w kolejnych latach, w drodze do wyrównania jej poziomu ze średnią kraju i UE.

Wykres 3.1. Wskaźnik umieralności w Woj. Podkarpackim Polsce i UE w latach 1999 – 2009.⁹



Stan zdrowia mieszkańców Województwa Podkarpackiego sytuuje się zatem na poziomie przeciętnym, choć znacząco lepszym od stanu zdrowia ogółu Polaków. Wskazuje na to współczynnik umieralności ogółem, utrzymujący się od lat znacznie poniżej średniej dla Polski, UE27 i UE15.

(Wskaźnik umieralności w województwie jak i w kraju był wyższy na wsi niż w mieście.)

⁸ Eurostat, dane za 2011 rok.

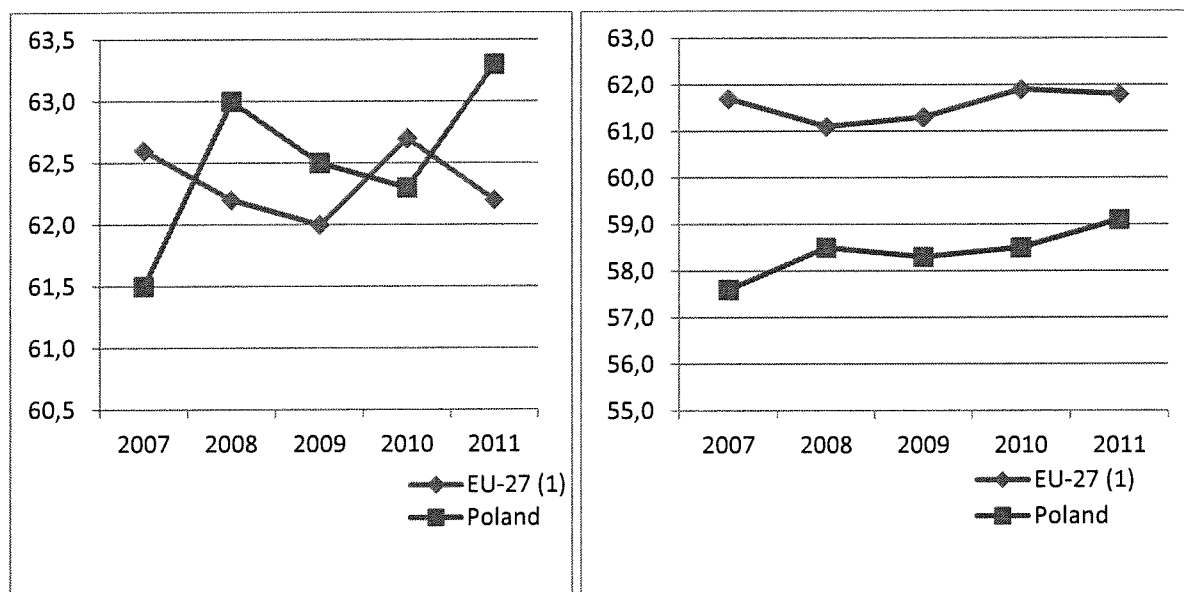
⁹ Diagnoza potrzeb rozwojowych regionu w kontekście realizacji RPO Woj. Podk. na lata 2007-2013, lbs

Należy jednak mieć na uwadze, że może to wynikać ze struktury wiekowej ludności Podkarpacia (relatywnie niska średnia wieku), dlatego, aby ocenić stan zdrowia mieszkańców należy uwzględnić także – niezależny od struktury wiekowej – wskaźnik przeciętnego dalszego trwania życia. W takim ujęciu okazuje się, że stan zdrowia mieszkańców województwa jest dobry na tle Polski, ale gorszy od stanu zdrowia przeciętnego obywatela UE. Przez ostatnie 10 lat średnia długość życia zarówno kobiet jak i mężczyzn była wyższa od średniej życia w kraju (dla mężczyzn o 1,64 roku a dla kobiet o 1,06).

Tabl. 3.1 Przeciętne dalsze trwanie życia w województwie podkarpackim.¹⁰

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION		Przeciętna liczba lat dalszego trwania życia dla osób w wieku lat Life expectancy at age specified				
		0	15	30	45	60
MĘŻCZYŹNI MALES						
OGÓŁEM TOTAL	2000	71,20	56,89	42,60	28,98	17,26
	2005	72,04	57,69	43,38	29,59	17,89
	2010	73,73	59,27	44,89	31,02	19,01
	2011	74,08	59,57	45,19	31,21	19,19
Miasta Urban areas		75,39	60,76	46,31	32,21	20,02
Wieś Rural areas		73,22	58,79	44,45	30,54	18,64
KOBIETY FEMALES						
OGÓŁEM TOTAL	2000	79,02	64,73	49,95	35,47	21,97
	2005	80,26	66,04	51,23	36,67	22,98
	2010	81,75	67,26	52,45	37,8	24,04
	2011	81,96	67,51	52,66	38,07	24,23
Miasta Urban areas		81,86	67,33	52,55	37,97	24,21
Wieś Rural areas		82,03	67,62	52,74	38,13	24,21

Tabela 3.2 Przeciętne dalsze trwanie sprawnego życia (lata życia w zdrowiu) kobiet (lewy panel) i mężczyzn (prawy panel) w chwili urodzin w latach.¹¹



¹⁰ Wojewódzki Urząd Statystyczny w Rzeszowie

¹¹ Opracowanie własne Dep.OZ na podst. Eurostat.

Przeciętna długość życia mężczyzn jak i kobiet wydłuża się, jednakże wyzwaniem staje się zapewnienie jak najdłuższego okresu zdrowia – sprawności fizycznej i umysłowej. Niestety pod tym względem sytuacja ludności w Polsce, podobnie jak w całej Unii Europejskiej, pogarsza się.

4. Zachorowalność i umieralność - główne grupy.

Stan zdrowia został opisany przez negatywne wskaźniki zdrowotne, takie jak umieralność i zachorowalność. Analizę umieralności i zachorowalności przeprowadzono w odniesieniu do tych chorób, które charakteryzują się stosunkowo wysoką śmiertelnością lub występują często i noszą miano chorób cywilizacyjnych.

Dane statystyczne wskazują, że są one przyczyną ok. 75% zgonów w Polsce.

4.1 Hospitalizacje

4.1.1 Hospitalizacje ogółem

Jak wskazują poniższe dane Banku Danych o Zdrowiu PUW w Rzeszowie liczba hospitalizacji ogółem w województwie na przestrzeni ostatnich trzynastu lat wykazywała wyraźne tendencje wzrostowe w latach 2000-2008, zaś w ciągu ostatnich 4 lat ustabilizowała się i notowała wartości wokół liczby 400 tyś, hospitalizacji rocznie. Natomiast notowany w ostatnich latach wskaźnik liczby hospitalizacji na 10 tys mieszkańców wahał się wokół poziomu 1 900.

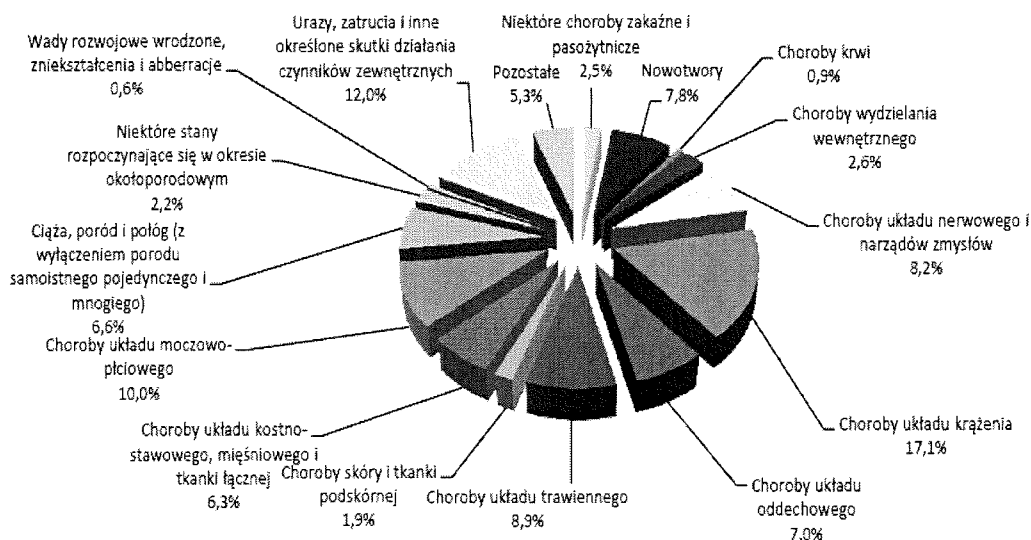
Tabela 4.1.1 Hospitalizacje mieszkańców województwa podkarpackiego leczonych w szpitalach ogólnych wg miejsca zamieszkania i płci

Rok	Liczba hospitalizacji								
	Ogółem			Miasto			Wieś		
	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
Wartości bezwzględne									
2000	253 583	112 941	140 642	103 366	45 110	58 256	150 217	67 831	82 386
2001	268 942	122 186	146 756	110 882	49 463	61 419	158 060	72 723	85 337
2002	287 829	128 915	158 914	117 861	51 790	66 071	169 968	77 125	92 843
2003	305 475	136 360	169 115	125 974	55 286	70 688	179 501	81 074	98 427
2004	326 655	147 836	178 819	135 872	60 244	75 628	190 783	87 592	103 191
2005	366 340	167 423	198 917	157 711	71 519	86 192	208 629	95 904	112 725
2006	374 067	171 156	202 911	159 839	72 790	87 049	214 228	98 366	115 862
2007	375 603	171 146	204 457	162 342	73 275	89 067	213 261	97 871	115 390
2008	403 522	183 418	220 104	172 873	77 880	94 993	230 649	105 538	125 111
2009	402 659	182 219	220 440	172 302	77 478	94 824	230 357	104 741	125 616
2010	396 888	181 728	215 160	171 508	77 842	93 666	225 380	103 886	121 494
2011	405 111	185 301	219 810	175 171	79 637	95 534	229 940	105 664	124 276
2012	401 950	182 753	219 197	173 362	78 097	95 265	228 588	104 656	123 932

Wskaźnik na 10 tys. ludności									
2000	1 185,3	1 076,0	1 290,6	1 183,3	1 073,1	1 285,6	1 186,7	1 077,9	1 294,2
2001	1 255,4	1 162,9	1 344,5	1 270,1	1 178,0	1 355,4	1 245,3	1 152,8	1 336,7
2002	1 360,5	1 245,2	1 470,8	1 381,3	1 265,7	1 487,9	1 346,3	1 231,9	1 458,9
2003	1 449,6	1 322,6	1 571,2	1 479,8	1 354,7	1 595,0	1 429,1	1 301,6	1 554,6
2004	1 549,9	1 433,6	1 661,2	1 601,2	1 481,3	1 711,6	1 515,3	1 402,6	1 626,2
2005	1 738,0	1 623,8	1 847,4	1 863,0	1 764,2	1 953,7	1 654,2	1 532,8	1 773,7
2006	1 775,8	1 661,5	1 885,2	1 884,0	1 792,0	1 968,5	1 702,8	1 576,5	1 827,1
2007	1 783,3	1 662,1	1 899,2	1 910,9	1 801,7	2 011,2	1 697,0	1 570,9	1 820,9
2008	1 915,7	1 781,9	2 043,6	2 016,0	1 898,6	2 123,8	1 846,8	1 704,6	1 986,7
2009	1 909,2	1 767,8	2 044,4	2 002,3	1 882,6	2 112,1	1 845,0	1 691,6	1 996,0
2010	1 865,8	1 745,4	1 981,2	1 942,9	1 842,5	2 035,0	1 811,1	1 679,2	1 941,6
2011	1 903,9	1 779,0	2 023,6	1 987,2	1 887,9	2 078,4	1 844,9	1 704,9	1 983,3
2012	1 888,1	1 753,4	2 017,3	1 969,1	1 853,6	2 075,1	1 830,9	1 685,3	1 975,0

Głównymi przyczynami hospitalizacji leczonych dla mężczyzn były choroby układu krążenia (18,8% ogólnej liczby hospitalizacji leczonych mężczyzn w 2012 roku), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (16,7), choroby układu trawiennego (9,9%), choroby układu oddechowego (8,8%), choroby układu nerwowego i narządów zmysłów (8,0%), nowotwory (7,9%), choroby układu moczowo-płciowego (6,9%), natomiast dla kobiet choroby układu krążenia (15,7% ogólnej liczby hospitalizacji leczonych kobiet w 2012 roku), choroby układu moczowo-płciowego (12,5%), choroby układu nerwowego (8,3%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (8,1%), choroby układu trawiennego (8,0%), nowotwory (7,7%), choroby układu kostno-stawowego (7,0%) i choroby układu oddechowego (5,6%).¹²

Tablica 4.1.1. Struktura hospitalizacji w szpitalach ogólnych w 2012 roku wg przyczyn¹³



¹² Jadwiga Jagiełło-Kotwica Halina Zięba, Sytuacja Demograficzna i Stan Zdrowia Ludności w Województwie. Podkarpackim w latach 2010-2012, PUW Rzeszów, 2013

¹³ J.w.

4.2 Umieralność

Miarą nierówności wykorzystaną w badaniach jest wskaźnik umieralności (natężenie zgonów w danym okresie). Rzeczywiste współczynniki zgonów, a nawet bezwzględna liczba zgonów z powodu określonej przyczyny, mogą być użytecznymi wskaźnikami zapotrzebowania na konkretne usługi ochrony zdrowia.

4.2.1 Umieralność ogółem

Wśród wskaźników umieralności wybrano:

- całkowitą liczbę zgonów na 1000 mieszkańców,
- zgony wg wybranych przyczyn – wskaźnik na 100 tys. ludności.

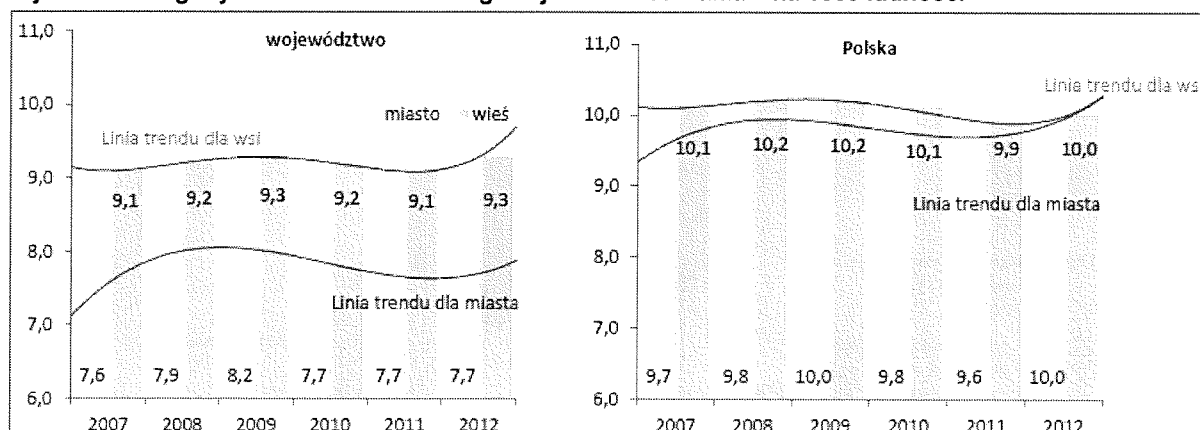
Tabela 4.2.1. Zgony w latach 2009-2012 wg miejsca zamieszkania i płci¹⁴

	Województwo podkarpackie								Polska			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
	liczby bezwzględne				na 1000 ludności				na 1000 ludności			
ogółem	18 675	18 288	18 214	18 402	8,9	8,6	8,6	8,6	10,1	9,9	9,7	10,0
miasto	7 088	6 825	6 812	6 799	8,2	7,7	7,7	7,7	10,0	9,8	9,6	10,0
wieś	11 587	11 463	11 402	11 603	9,3	9,2	9,1	9,3	10,2	10,1	9,9	10,0
mężczyźni	9 857	9 686	9 563	9 591	9,6	9,3	9,2	9,2	11,1	10,8	10,6	10,8
kobiety	8 818	8 602	8 651	8 811	8,2	7,9	8,0	8,1	9,2	9,0	8,9	9,2

Wskaźnik zgonów w województwie podkarpackim na przestrzeni ostatnich lat utrzymuje się na poziomie niższym niż średnia w kraju o około od 1,1 do 1,4 punktu. Wyższy współczynnik zgonów dotyczy w województwie mieszkańców wsi, co ciekawe wskaźnik zgonów w tej grupie nie dobiega od średniej krajowej tak znacznie jak to ma miejsce wśród mieszkańców miast. Wskaźnik zgonów dla mieszkańców miast jest zdecydowanie niższy od średniej krajowej.

Zauważyć również warto wyraźnie wyższy wskaźnik zgonów w grupie mężczyzn, niż wśród kobiet, czasem nawet o 1,5 punktu.

Wykres 4.2.1 Zgony w latach 2007-2012 wg miejsca zamieszkania – na 1000 ludności¹⁵



¹⁴ Sytuacja demograficzna i stan zdrowia ludności w woj. podkarpackim w latach 2010-2012 Jadwiga Jagiełło-Kotwica, Halina Zięba

¹⁵ Sytuacja demograficzna i stan zdrowia ludności w woj. podkarpackim w latach 2010-2012 Jadwiga Jagiełło-Kotwica, Halina Zięba

Tabela 4.2.2 Zgony w województwie podkarpackim ogółem¹⁶

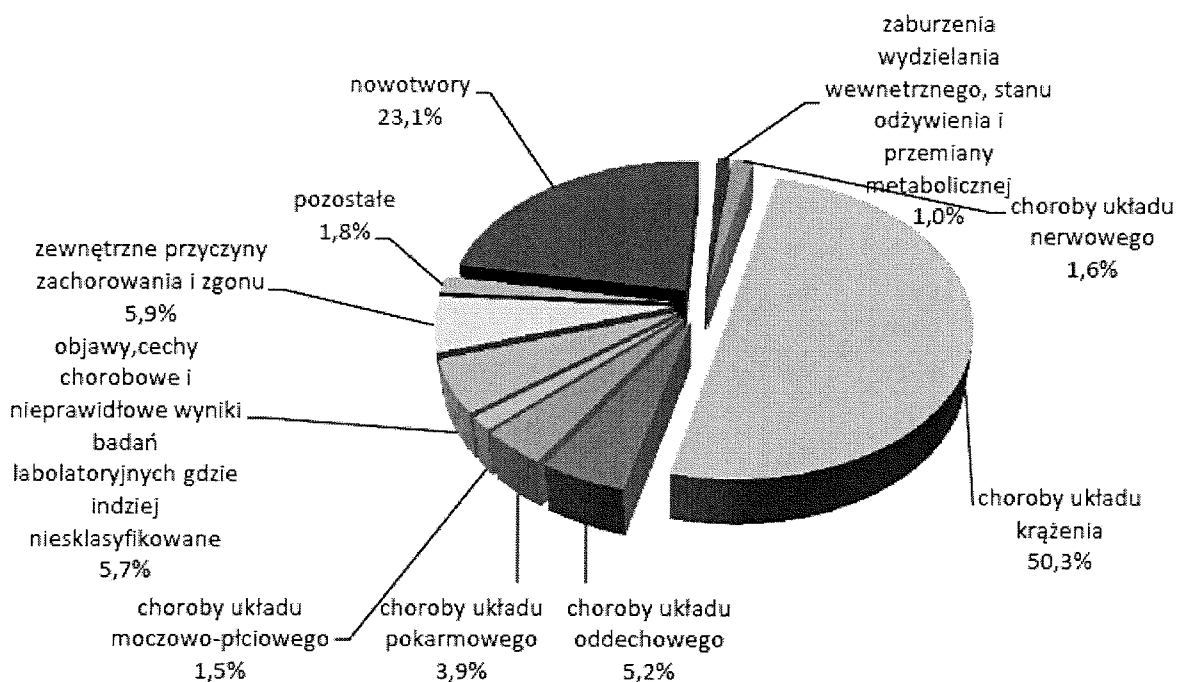
Rok	Ogółem			Miasto			Wieś		
	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
Wartości bezwzględne									
1999	18 476	9 714	8 762	6 159	3 239	2 920	12 317	6 475	5 842
2000	18 129	9 484	8 645	6 350	3 280	3 070	11 779	6 204	5 575
2001	18 036	9 571	8 465	6 288	3 326	2 962	11 748	6 245	5 503
2002	17 970	9 582	8 388	6 232	3 306	2 926	11 738	6 276	5 462
2003	17 921	9 431	8 490	6 277	3 273	3 004	11 644	6 158	5 486
2004	17 965	9 569	8 396	6 263	3 314	2 949	11 702	6 255	5 447
2005	18 289	9 783	8 506	6 506	3 508	2 998	11 783	6 275	5 508
2006	17 563	9 363	8 200	6 221	3 317	2 904	11 342	6 046	5 296
2007	17 910	9 472	8 438	6 447	3 392	3 055	11 463	6 080	5 383
2008	18 225	9 774	8 451	6 780	3 627	3 153	11 445	6 147	5 298
2009	18 675	9 857	8 818	7 088	3 746	3 342	11 587	6 111	5 476
2010	18 288	9 686	8 602	6 825	3 678	3 147	11 463	6 008	5 455
2011	18 214	9 563	8 651	6 812	3 489	3 323	11 402	6 074	5 328
Wskaźnik na 100 tys. ludności									
1999	865,3	927,3	805,5	705,4	770,9	644,6	975,9	1 032,1	920,3
2000	847,4	903,5	793,3	726,9	780,2	677,5	930,5	985,9	875,8
2001	841,9	910,9	775,5	720,2	792,1	653,7	925,6	990,0	862,0
2002	849,4	925,6	776,4	730,4	807,9	658,9	929,8	1 002,5	858,3
2003	850,4	914,8	788,8	737,3	802,0	677,8	927,1	988,6	866,5
2004	852,4	927,9	780,0	738,1	814,8	667,4	929,4	1 001,6	858,4
2005	867,7	948,8	790,0	768,5	865,4	679,6	934,2	1 002,9	866,6
2006	833,7	908,9	761,8	733,3	816,6	656,7	901,5	969,0	835,1
2007	850,3	919,9	783,8	758,9	834,0	689,8	912,2	975,9	849,5
2008	865,2	949,5	784,7	790,7	884,2	704,9	916,4	992,8	841,3
2009	885,5	956,3	817,8	823,7	910,2	744,4	928,1	986,9	870,1
2010	859,7	930,3	792,1	773,1	870,6	683,7	921,1	971,1	871,7
2011	856,0	918,1	796,4	772,8	827,1	722,9	914,8	980,1	850,3

Wskaźnik liczby zgonów na 100 tys. ludności to w ciągu ostatnich kilkunastu lat podlega dużej fluktuacji, i trudno określić wyraźny trend w korelacji z czasem. Podobnie sytuacja wygląda w grupie kobiet i mężczyzn. Jeśli chodzi o wysokość wskaźnika w zależności od miejsca zamieszkania, można zauważyć lekki trend wzrostu wartości wskaźnika wśród mieszkańców miast na przestrzeni kilkunastu lat, i spadek wśród mieszkańców wsi. Choć jak wspomniano wyżej nadal wskaźnik w grupie mieszkańców miast jest wyraźnie niższy.

¹⁶ Bank Danych o Zdrowiu, Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie

4.2.2 Umieralność wg przyczyn

Wykres 4.2.2.1 Struktura zgonów w 2011 roku wg przyczyn¹⁷



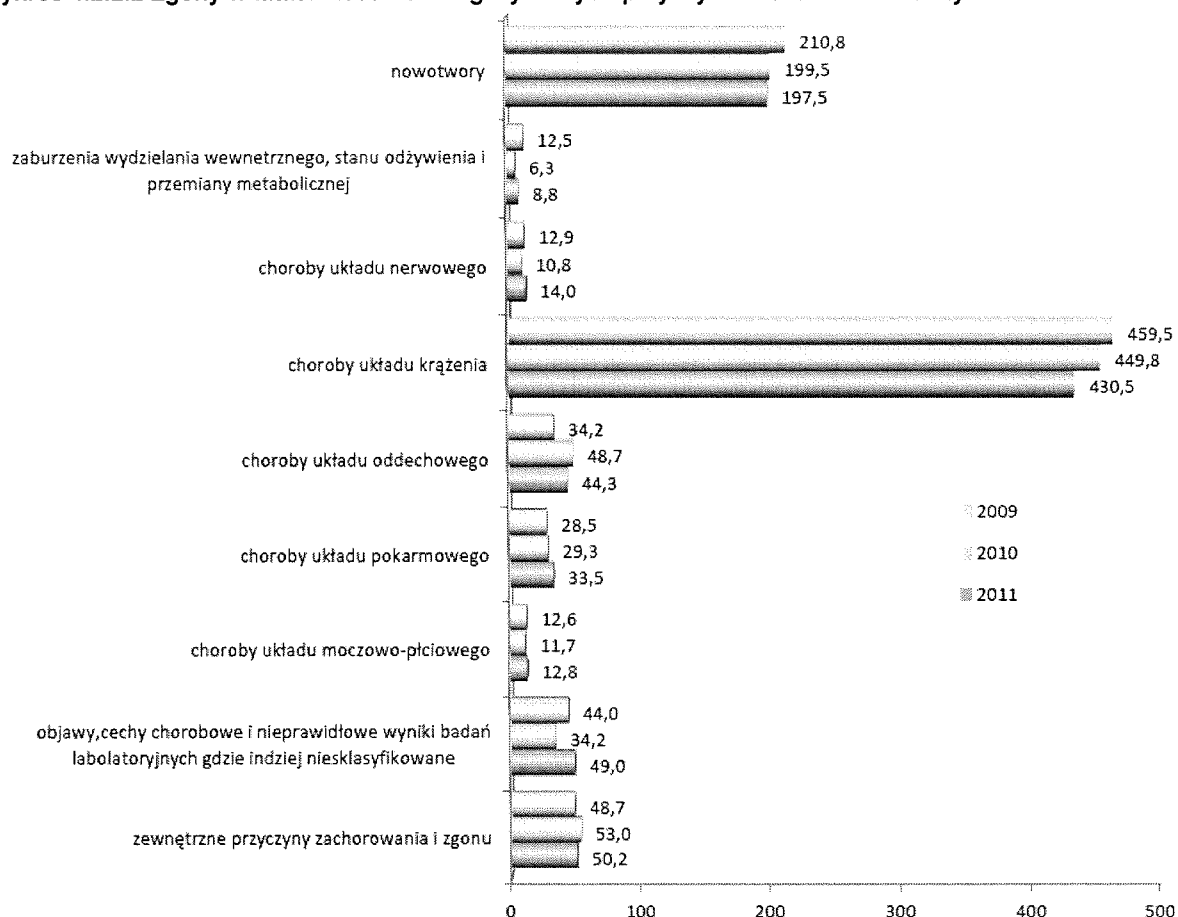
Głównymi przyczynami zgonów w województwie od lat są:

- choroby układu krążenia, odpowiedzialne za ponad połowę zgonów mieszkańców (więcej niż w kraju, gdzie wskaźnik ten wynosi 46%). Znacznie częściej umierali na nie mieszkańcy wsi niż miast (w 2011r. wsk. na 1000 ludności woj. miasto – 3,9; wieś – 5,0). Choroby te są również najczęstsze jeśli chodzi o podkarpackie statystyki zachorowalności i hospitalizacji (16,7% wszystkich leczonych w szpitalach).
- nowotwory złośliwe, które stanowiły przyczynę 23,1% zgonów, w tym: **narządów oddechowych, klatki piersiowej, narządów trawiennych, żeńskich narządów płciowych**. W roku 2010 były odpowiedzialne w woj., za co czwarty zgon wśród mężczyzn i co piąty wśród kobiet. Mężczyźni umierali najczęściej na nowotwory złośliwe: **narządów oddechowych i klatki piersiowej** (2010r. – 32,6%) oraz **narządów trawiennych** (2010r. – 25,5%), natomiast kobiety na nowotwory złośliwe: narządów trawiennych (2010r. – 28,5%), żeńskich narządów płciowych (2010r. – 15,4%).
- trzecią najliczniejszą grupę stanowią zewnętrzne przyczyny zachorowania i śmierci, w tym wypadki, upadki, samookaleczenia, na które umiera znacznie więcej mężczyzn niż kobiet (2010r. wskaźnik na 1000 ludności miasto: mężczyźni – 0,7; kobiety – 0,2; wieś: mężczyźni – 0,9; kobiety – 0,2). Wśród mężczyzn samookaleczenie stanowiło 42,0%, wypadki komunikacyjne stanowiły 22,6% a upadki 14,0%, w przypadku kobiet upadki 35,4%, wypadki komunikacyjne stanowiły 27,2%, a zamierzone samookaleczenie 21,8% wszystkich zewnętrznych przyczyn zgonów.¹⁸
- czwartą grupą, którą należy wyróżnić są choroby układu oddechowego odpowiedzialne za 5,2% zgonów.

¹⁷ Sytuacja demograficzna i stan zdrowia ludności w woj. podkarpackim w latach 2010-2012 Jadwiga Jagiełło-Kotwica, Halina Zięba

¹⁸ Sytuacja demograficzna i stan zdrowia ludności w województwie podkarpackim 2009-2011. Jadwiga Jagiełło-Kotwica, Halina Zięba. Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie, Wydział Polityki Społecznej, Rzeszów 2012

Wykres 4.2.2.2 Zgony w latach 2009-2011 wg wybranych przyczyn – wskaźnik na 100 tys. ludności¹⁹



Powyższy wykres wyraźnie pokazuje dominację dwóch grup przyczyn zgonów w województwie, zaznaczając przy tym lekki trend spadkowy w dwóch głównych grupach w ciągu ostatnich trzech lat.

Mimo poprawy subiektywnej oceny stanu zdrowia, u prawie co drugiego mieszkańca Podkarpacia (45%) wystąpiły długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające co najmniej 6 miesięcy. W 2011 roku w woj. podkarpackim wśród osób w wieku 19 lat i więcej pod opieką lekarza POZ znajdowały się 581 562 osoby wymagające opieki czynnej, tj. o 86 908 (17,6%) więcej niż w roku poprzednim. Zaś w roku 2011 586 460 osób, czyli ponownie więcej niż w roku poprzednim o niespełna 5 tysięcy.

Dominującymi przyczynami zachorowalności w 2011 roku były: choroby układu krążenia – 1 793,5; choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej – 1349,9; choroby obwodowego układu nerwowego – 770,6; przewlekłe choroby układu trawiennego – 740,7; cukrzyca – 422,9 oraz przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa – 351,4.

W rejestrze nowotworowym w 2010 roku odnotowano 7 365 zgłoszonych zachorowań. Częściej na choroby onkologiczne zapadają mężczyźni (53%), najczęściej nowotwory wykrywane są u osób powyżej 50 roku życia (ponad 88%). Główne grupy zachorowań to: nowotwory złośliwe narządów trawiennych, narządów oddechowych i klatki piersiowej oraz nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych i sutka.

W porównaniu z 1999 rokiem kiedy zarejestrowano 6073 zachorowania oznacza to wzrost o 1288, a więc o 17,5 %. Prognoza oparta na danych epidemiologicznych z ponad 50 lat tj. od 1963 roku, przy uwzględnieniu powyższych wartości zakłada, że w 2020 r. liczba pierwszorazowych zachorowań dla tej populacji przekroczy 11.000.

¹⁹ Sytuacja demograficzna i stan zdrowia ludności w woj. podkarpackim w latach 2010-2012 Jadwiga Jagiełło-Kotwica, Halina Zięba

5. Najważniejsze grupy chorób mające wpływ na stan zdrowia ludności.

5.1. Choroby układu krążenia.

5.1.1 Hospitalizacje

Tablica 5.1.1.1 Hospitalizacje mieszkańców województwa podkarpackiego na choroby układu krążenia

	Liczba hospitalizacji z powodu					
	choroby układu krążenia					
	ogółem	razem	w tym			
			ostra ch. reumat. i przewlekła choroba reumat. serca	choroba nadciśnieniowa	choroba niedokrwienności serca	choroby naczyń mózgowych
	A00-Y89	I00-I99	I00-I09	I10-I15	I20-I25	I60-I69
2000	253 583	47 134	413	9 220	12 565	6 297
2001	268 942	50 656	369	9 531	14 322	6 358
2002	287 829	54 225	375	8 902	16 491	6 876
2003	305 475	56 603	324	8 499	17 849	7 029
2004	326 655	58 811	207	8 493	16 720	8 351
2005	366 340	66 524	190	10 069	18 645	9 122
2006	374 067	67 511	167	10 001	18 134	9 392
2007	375 603	67 438	273	9 491	18 716	9 120
2008	403 522	70 388	414	9 365	19 219	8 465
2009	402 659	69 366	758	8 355	18 695	7 723
2010	396 888	68 129	800	7 884	17 989	7 499
2011	405 111	67 571	961	7 474	17 404	7 064
2012	401 950	68 838	921	7 066	17 305	7 256
OGÓŁEM - wskaźnik na 10 tys.ludności						
2000	1 185,3	220,3	1,9	43,1	58,7	29,4
2001	1 255,4	236,5	1,7	44,5	66,9	29,7
2002	1 360,5	256,3	1,8	42,1	78,0	32,5
2003	1 449,6	268,6	1,5	40,3	84,7	33,4
2004	1 549,9	279,0	1,0	40,3	79,3	39,6
2005	1 738,0	315,6	0,9	47,8	88,5	43,3
2006	1 775,8	320,5	0,8	47,5	86,1	44,6
2007	1 783,3	320,2	1,3	45,1	88,9	43,3
2008	1 915,7	334,2	2,0	44,5	91,2	40,2
2009	1 909,2	328,9	3,6	39,6	88,6	36,6
2010	1 865,8	320,3	3,8	37,1	84,6	35,3
2011	1 903,9	317,6	4,5	35,1	81,8	33,2
2012	1 888,1	323,4	4,3	33,2	81,3	34,1

Powyższe zestawienie wskazuje na wyraźny wzrost w ciągu ostatnich trzynastu lat wskaźnika liczby hospitalizacji powodu chorób układu krążenia na 10 tys. ludności o ok. 50% w porównaniu z rokiem 2000. Z poziomu 220,3 do obecnego 323,4. Największą grupę wśród tej kategorii chorób stanowią choroby niedokrwienne serca.

Podobny trend (choć o mniejszym natężeniu) obserwuje się jeśli chodzi o chorobowość w grupie osób dorosłych.

Tablica 5.1.1.2 Chorobowość ludności w wieku 19 lat i więcej wg przyczyn w województwie podkarpackim (osoby będące pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/ rodzinnego)

Rok	Liczba osób, u których stwierdzono schorzenia ogółem z powodu							
	ogółem	choroby układu krążenia I00-I99						
		razem	w tym				niedokrwienna choroba serca I20-I25	
			przewlekła chor. reumat. I05-I09	chor. nadciśnieniowa I10-I15	chor. naczyń mózgowych I60-I69	razem	w tym przebyte zawały serca I25.2	
	Ogółem							
2004	420 327	189 737	6 768	121 080	12 384	47 489	9 564	
2005	412 228	195 582	7 411	126 712	13 692	53 741	11 036	
2006	432 716	218 586	9 393	133 442	16 341	57 304	11 285	
2007	411 164	218 054	9 282	133 645	16 855	57 265	11 577	
2008	438 183	235 451	7 835	152 141	15 268	60 062	12 220	
2009	494 654	260 298	6 425	175 454	16 041	63 358	12 377	
2010	581 562	296 286	7 316	203 530	17 872	69 874	12 640	
2011	586 460	290 981	6 636	202 187	16 781	65 436	11 852	
2012	564 835	285 667	5 393	201 937	15 964	57 873	10 772	
Ogółem - wskaźnik na 100 tys. ludności								
2004	26 939,8	12 160,7	433,8	7 760,3	793,7	3 043,7	613,0	
2005	26 129,6	12 397,2	469,8	8 031,8	867,9	3 406,4	699,5	
2006	27 158,6	13 719,1	589,5	8 375,2	1 025,6	3 596,6	708,3	
2007	25 564,5	13 557,7	577,1	8 309,5	1 048,0	3 560,5	719,8	
2008	26 988,7	14 502,0	482,6	9 370,7	940,4	3 699,4	752,7	
2009	30 189,6	15 886,4	392,1	10 708,3	979,0	3 866,8	755,4	
2010	34 935,5	17 798,5	439,5	12 226,4	1 073,6	4 197,5	759,3	
2011	34 980,1	17 355,9	395,8	12 059,7	1 000,9	3 903,0	706,9	
2012	33 484,3	16 934,8	319,7	11 971,1	946,4	3 430,8	638,6	

5.1.2 Umieralność

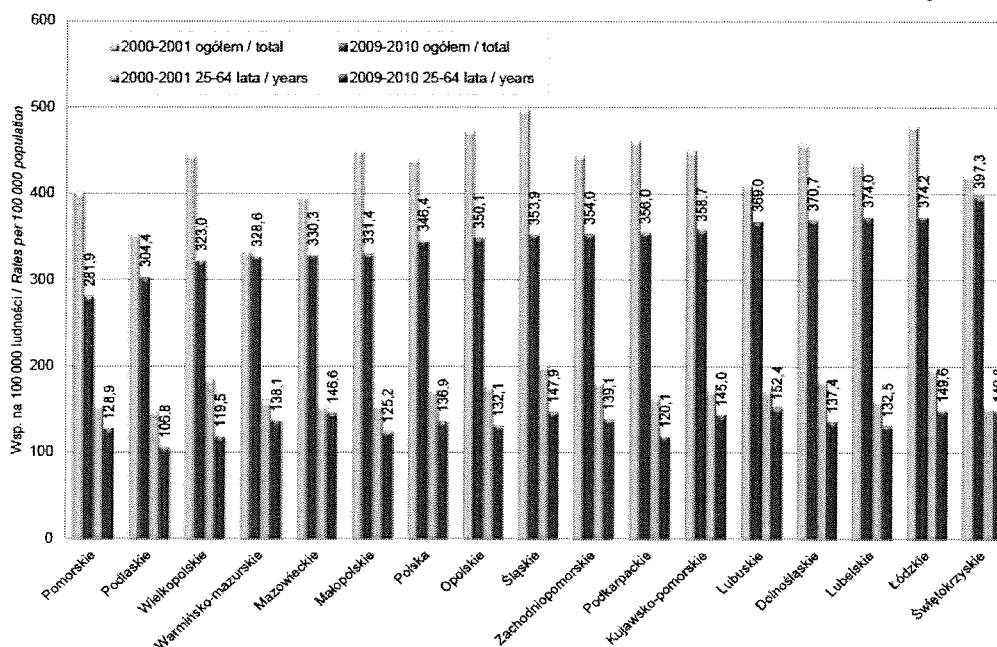
Tabela 5.1.2.1 Zgony z powodu chorób układu krążenia w województwie podkarpackim

Rok	Ogółem			Miasto			Wieś		
	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
				Wartości bezwzględne					
1999	9 915	4 700	5 215	3 127	1 516	1 611	6 788	3 184	3 604
2000	9 873	4 661	5 212	3 285	1 568	1 717	6 588	3 093	3 495
2001	9 821	4 686	5 135	3 309	1 648	1 661	6 512	3 038	3 474
2002	9 647	4 642	5 005	3 244	1 605	1 639	6 403	3 037	3 366
2003	9 346	4 414	4 932	3 110	1 510	1 600	6 236	2 904	3 332
2004	9 176	4 383	4 793	3 095	1 515	1 580	6 081	2 868	3 213

2005	9 164	4 418	4 746	3 051	1 529	1 522	6 113	2 889	3 224
2006	8 656	4 095	4 561	2 949	1 446	1 503	5 707	2 649	3 058
2007	8 942	4 183	4 759	3 070	1 466	1 604	5 872	2 717	3 155
2008	8 905	4 242	4 663	3 124	1 530	1 594	5 781	2 712	3 069
2009	9 690	4 458	5 232	3 520	1 703	1 817	6 170	2 755	3 415
2010	9 569	4 417	5 152	3 341	1 634	1 707	6 228	2 783	3 445
2011	9 160	4 233	4 927	3 244	1 504	1 740	5 916	2 729	3 187
Wskaźnik na 100 tys. ludności									
1999	464,3	448,7	479,4	358,1	360,8	355,6	537,8	507,5	567,8
2000	461,5	444,0	478,3	376,1	373,0	378,9	520,4	491,5	549,0
2001	458,4	446,0	470,4	379,0	392,5	366,6	513,1	481,6	544,2
2002	456,0	448,4	463,2	380,2	392,2	369,1	507,2	485,1	528,9
2003	443,5	428,1	458,2	365,3	370,0	361,0	496,5	466,2	526,3
2004	435,4	425,0	445,3	364,7	372,5	357,6	483,0	459,2	506,3
2005	434,8	428,5	440,8	360,4	377,2	345,0	484,7	461,7	507,3
2006	410,9	397,5	423,7	347,6	356,0	339,9	453,6	424,5	482,2
2007	424,5	406,2	442,1	361,4	360,5	362,2	467,3	436,1	497,9
2008	422,8	412,1	433,0	364,3	373,0	356,4	462,9	438,0	487,3
2009	459,5	432,5	485,2	409,1	413,8	404,7	494,2	444,9	542,6
2010	449,8	424,2	474,4	378,5	386,8	370,9	500,5	449,8	550,5
2011	430,5	406,4	453,6	368,0	356,5	378,5	474,7	440,3	508,6

Wskaźnik zgonów na 100 tys. ludności wykazuje w ciągu 13 lat od roku 1999 tendencję spadkową. Ma ona wprawdzie charakter mało dynamiczny, zarysowuje się jednak wyraźnie w dłuższej perspektywie czasowej.

Wykres 5.1.2 Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia ²⁰



Ryc. 2.19a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.19a. Age-standardized annual death rates from diseases of the circulatory system (I00-I99) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Główną przyczyną zgonów w kraju i w województwie od lat są choroby układu krążenia. W 2011 roku były one odpowiedzialne za prawie połowę wszystkich zgonów w kraju (kraj – 45,2%; woj. – 50,3%). Krajowy współczynnik zgonów w roku 2011 wynosił 435,7 co oznacza, że na każde 100 tys. osób z powodu chorób układu krążenia zmarło prawie 436 osób.

W województwie w porównaniu z rokiem 2010 nastąpiło bezwzględne i względne zmniejszenie natężenia umieralności z powodu chorób układu krążenia. W 2011 roku wskaźnik na 100 tysięcy ludności wynosił 430,5 i był niższy od wskaźnika z roku 2010 o 2,3% (2010r. – 449,8). Mieszkańcy wsi umierali z powodu chorób układu krążenia znacznie częściej niż mieszkańcy miast (w 2011 roku na 100 tys. ludności wieś – 474,7; miasto – 368,0).

W 2011 roku największy odsetek zgonów wśród chorób układu krążenia u mężczyzn stanowią: inne choroby serca (32,2%), choroby niedokrwienne serca (24,4%) oraz miażdżyca (22,1%), natomiast u kobiet najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób układu krążenia były: miażdżyca (30,3%), inne choroby serca (28,8%), choroby naczyń mózgowych (19,1%) oraz choroba niedokrwienna serca (18,1%).

W porównaniu z rokiem 2010 w 2011 roku wśród mężczyzn spośród analizowanych najczęstszych przyczyn spadek wskaźnika umieralności na 100 tys. dotyczył zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca (2011r. – 99,3; 2010r. – 100,0), innych chorób serca (2011r. – 130,7; 2010r. – 139,4), chorób naczyń mózgowych (2011r. – 67,2; 2010r. – 67,8), miażdżycy (2011r. – 89,8; 2010r. – 100,0). W przypadku kobiet spadek dotyczył: choroby niedokrwiennej serca (2011r. – 82,2; 2010r. – 84,7), innych chorób serca (2011r. – 130,7; 2010r. – 134,9), miażdżycy (2011r. – 137,6; 2010r. – 159,7).

W 2010 roku łączny wskaźnik umieralności poczynając od grupy wiekowej 15-19 lat wzrasta w postępie wykładniczym. W przedziale wiekowym 65-69 lata (676,5) przekroczył ogólny. Dla grupy wiekowej 85 lat i więcej osiągnął wartości 10 576,8.²¹

5.1.3 Główne grupy chorób

Tabela 5.1.3.1 Zgony z powodu chorób układu krążenia w województwie podkarpackim wg rodzajów²²

Rok	Liczba zgonów							
	Ogółem	z tego						
		ostra chor. reumat. i przewł. chor. reumat. serca	choroba nadciśn.	choroba niedokrw. serca	inne choroby serca	choroby naczyń mózgowych	miażdżyca	pozostałe chor. układu krążenia
	OGÓŁEM							
1999	9 915	61	512	3 204	1 998	1 881	2 154	105
2000	9 873	65	491	3 166	2 063	1 892	2 088	108
2001	9 821	47	461	3 060	2 224	1 965	1 927	137
2002	9 647	64	401	2 582	2 201	1 795	2 455	149
2003	9 346	66	406	2 413	2 092	1 682	2 550	137
2004	9 176	33	417	2 290	2 014	1 844	2 448	130
2005	9 164	68	376	2 268	1 961	1 757	2 615	119
2006	8 656	64	386	2 195	1 825	1 696	2 350	140
2007	8 942	64	389	2 267	1 948	1 766	2 351	157
2008	8 905	46	383	2 203	1 938	1 617	2 561	157
2009	9 690	32	501	1 961	2 575	1 422	3 076	123
2010	9 569	26	153	1 961	2 916	1 594	2 775	144
2011	9 160	40	251	1 927	2 781	1 639	2 430	92

²¹ Sytuacja demograficzna i stan zdrowia ludności w woj. podkarpackim w latach 2010-2012 Jadwiga Jagiełło-Kotwica, Halina Zięba

²² Bank Danych o Zdrowiu, Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie

OGÓŁEM - wskaźnik na 100 tys. ludności								
1999	464,3	2,9	24,0	150,0	93,6	88,1	100,9	4,9
2000	461,5	3,0	23,0	148,0	96,4	88,4	97,6	5,0
2001	458,4	2,2	21,5	142,8	103,8	91,7	90,0	6,4
2002	456,0	3,0	19,0	122,0	104,0	84,8	116,0	7,0
2003	443,5	3,1	19,3	114,5	99,3	79,8	121,0	6,5
2004	435,4	1,6	19,8	108,7	95,6	87,5	116,1	6,2
2005	434,8	3,2	17,8	107,6	93,0	83,4	124,1	5,6
2006	410,9	3,0	18,3	104,2	86,6	80,5	111,6	6,6
2007	424,5	3,0	18,5	107,6	92,5	83,8	111,6	7,5
2008	422,8	2,2	18,2	104,6	92,0	76,8	121,6	7,5
2009	459,5	1,5	23,8	93,0	122,1	67,4	145,8	5,8
2010	449,8	1,2	7,2	92,2	137,1	74,9	130,5	6,8
2011	430,5	1,9	11,8	90,6	130,7	77,0	114,2	4,3

Tabela 5.1.3.2 Zgony z powodu chorób układu krążenia w latach 2009-2011 wg rodzajów chorób i płci²³

Wyszczególnienie		OGÓŁEM								
		2009			2010			2011		
		razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
wartości bezwzględne										
zgony z powodu chorób układu krążenia		9 690	4 458	5 232	9 569	4 417	5 152	9 160	4 233	4 927
z tego	Ostra choroba reumatyczna i przewlekła choroba reumatyczna serca	32	9	23	26	9	17	40	13	27
	Choroba nadciśnieniowa	501	232	269	153	77	76	251	126	125
	Choroba niedokrwienna serca	1 961	1 034	927	1 961	1 041	920	1 927	1 034	893
	Inne choroby serca	2 575	1 281	1 294	2 916	1 451	1 465	2 781	1 361	1 420
	Choroby naczyń mózgowych	1 422	631	791	1 594	706	888	1 639	700	939
	Miażdżycy	3 076	1 205	1 871	2 775	1 041	1 734	2 430	935	1 495
	Pozostałe choroby układu krążenia	123	66	57	144	92	52	92	64	28
wskaźnik na 100 tys. ludności										
zgony z powodu chorób układu krążenia		459,5	432,5	485,2	449,8	424,2	474,4	430,5	406,4	453,6
z tego	Ostra choroba reumatyczna i przewlekła choroba reumatyczna serca	1,5	0,9	2,1	1,2	0,9	1,6	1,9	1,2	2,5
	Choroba nadciśnieniowa	23,8	22,5	24,9	7,2	7,4	7,0	11,8	12,1	11,5
	Choroba niedokrwienna serca	93,0	100,3	86,0	92,2	100,0	84,7	90,6	99,3	82,2
	Inne choroby serca	122,1	124,3	120,0	137,1	139,4	134,9	130,7	130,7	130,7
	Choroby naczyń mózgowych	67,4	61,2	73,4	74,9	67,8	81,8	77,0	67,2	86,4
	Miażdżycy	145,8	116,9	173,5	130,5	100,0	159,7	114,2	89,8	137,6
	Pozostałe choroby układu krążenia	5,8	6,4	5,3	6,8	8,8	4,8	4,3	6,1	2,6

²³ Sytuacja demograficzna i stan zdrowia ludności w woj. podkarpackim w latach 2010-2012 Jadwiga Jagiełło-Kotwica, Halina Zięba

5.2. Choroby nowotworowe²⁴

5.2.1 Zachorowania

W województwie podkarpackim od wielu lat notowany jest stały wzrost liczby zachorowań na nowotwory złośliwe. W 2011 roku liczba zarejestrowanych rozpoznań wyniosła 7263 i była o 1790 przypadków wyższa niż w 1999 roku tj. o 32,7%. W omawianym okresie w populacji kobiet wzrost zachorowań wyniósł 39%, natomiast w populacji mężczyzn 26%.

Trend rosnący bardzo dobrze obrazują współczynniki surowe zachorowalności czyli ilość zachorowań na 100 tys. populacji, w tym wypadku populacji województwa podkarpackiego. W 1999 roku współczynnik zachorowalności dla mężczyzn w województwie podkarpackim wynosił 287 przypadków na 100 tys. natomiast w 2011 roku już 365,8 przypadków/100tys. Taki sam rosnący trend obserwowany jest dla mężczyzn w Polsce. Analogiczna sytuacja występuje dla kobiet zamieszkujących województwo podkarpackie i Polskę- rysuje się wyraźny trend rosnący.

Jednym z czynników determinujących zachorowalność na nowotwory złośliwe jest wiek. Prawie 70% zachorowań u mężczyzn i ponad 60% u kobiet występuje po 60 roku życia. Natomiast szczyt zachorowań przypada na ósmą dekadę życia.

5.2.2 Umieralność

Tabela 5.2.2.1 Zgony w województwie podkarpackim z powodu nowotworów złośliwych ogółem

Rok	Ogółem			Miasto			Wieś		
	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
Wartości bezwzględne									
1999	3 622	2 156	1 466	1 375	769	606	2 247	1 387	860
2000	3 765	2 145	1 620	1 488	760	728	2 277	1 385	892
2001	3 907	2 358	1 549	1 492	818	674	2 415	1 540	875
2002	3 812	2 309	1 503	1 456	818	638	2 356	1 491	865
2003	4 076	2 379	1 697	1 606	859	747	2 470	1 520	950
2004	3 960	2 366	1 594	1 528	842	686	2 432	1 524	908
2005	4 069	2 371	1 698	1 667	902	765	2 402	1 469	933
2006	4 180	2 438	1 742	1 648	907	741	2 532	1 531	1 001
2007	4 229	2 501	1 728	1 665	954	711	2 564	1 547	1 017
2008	4 247	2 504	1 743	1 794	1 000	794	2 453	1 504	949
2009	4 370	2 563	1 807	1 878	1 045	833	2 492	1 518	974
2010	3 933	2 326	1 607	1 695	960	735	2 238	1 366	872
2011	3 921	2 288	1 633	1 637	888	749	2 284	1 400	884
Wskaźnik na 100 tys. ludności									
1999	169,6	205,8	134,8	157,5	183,0	133,8	178,0	221,1	135,5
2000	176,0	204,4	148,7	170,3	180,8	160,7	179,9	220,1	140,1
2001	182,4	224,4	141,9	170,9	194,8	148,7	190,3	244,1	137,1
2002	180,2	223,0	139,1	170,6	199,9	143,7	186,6	238,2	135,9
2003	193,4	230,7	157,7	188,7	210,5	168,6	196,7	244,0	150,0

²⁴ Analiza otrzymana z WOK PPWWRP i PIWWRSR oraz M. Grądzka-Lampart, A. Patro, A. Radziszewska, J. Gawętko: Nowotwory złośliwe w województwie podkarpackim w 2011 roku, ZEIPRN PCO WSS w Rzeszowie, Rzeszów 2013.

2004	187,9	229,4	148,1	180,1	207,0	155,3	193,2	244,0	143,1
2005	193,0	230,0	157,7	196,9	222,5	173,4	190,4	234,8	146,8
2006	198,4	236,7	161,8	194,2	223,3	167,6	201,3	245,4	157,9
2007	200,8	242,9	160,5	196,0	234,6	160,5	204,0	248,3	160,5
2008	201,6	243,3	161,8	209,2	243,8	177,5	196,4	242,9	150,7
2009	207,2	248,7	167,6	218,2	253,9	185,5	199,6	245,2	154,8
2010	184,9	223,4	148,0	192,0	227,2	159,7	179,8	220,8	139,4
2011	184,3	219,7	150,3	185,7	210,5	162,9	183,3	225,9	141,1

Jeżeli chodzi o umieralność obserwuje się bardzo ciekawe zjawisko. Dla Polski zarówno dla kobiet jak i mężczyzn widoczny jest stały wzrost umieralności, natomiast dla województwa podkarpackiego (dla kobiet i mężczyzn) do 2009 - wzrost, a po 2009 roku widoczny jest wyraźny spadek.

Podobną sytuację, jak w przypadku zachorowań, obserwujemy w przypadku umieralności. Dominuje późna zachorowalność i skutkuje późnym wiekiem umieralności.

Tabela 5.2.2.2 Zgony ogółem z powodu nowotworów złośliwych w latach 2009-2011 wg umiejscowienia i płci²⁵

Wyszczególnienie		OGÓŁEM								
		2009			2010			2011		
		razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
Nowotwory złośliwe (C00-C97, D00-D09)		4 370	2 563	1 807	3 933	2 326	1 607	3 921	2 288	1 633
z tego	Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła (C00-C14)	104	89	15	119	104	15	108	95	13
	Nowotwory złośliwe narządów trawiennych (C15-C26)	1 240	719	521	1 051	593	458	1 151	645	506
	w tym									
	nowotwory złośliwe przełyku (C15)	56	43	13	42	33	9	56	44	12
	nowotwory złośliwe żołądka (C16)	304	208	96	257	171	86	253	175	78
	nowotwory złośliwe jelita grubego (C18)	286	153	133	225	128	97	224	119	105
	nowotwory złośliwe zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy, odbytu i kanału odbytu (C19-C21)	162	102	60	179	99	80	190	109	81
	nowotwory złośliwe trzustki (C25)	244	138	106	188	98	90	238	116	122
	Nowotwory złośliwe narządów oddech. i klatki piersi. (C30-C39)	1 031	840	191	935	758	177	836	670	166
	w tym									
	nowotwory złośliwe krtani (C32)	76	73	3	52	49	3	47	45	2
	nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzela i płuc (C33-C34)	915	740	175	858	690	168	770	612	158
	Nowotwory złośliwe kości i chrząstki stawowej (C40-C41)	25	13	12	20	13	7	16	11	5
	Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry (C43-C44)	100	50	50	81	34	47	73	41	32
	w tym									
	czerniaki (C43)	75	38	37	57	26	31	65	38	27
	Nowotwory złośli. międzybłonna i tkanek miękkich (C45-C49)	36	15	21	21	14	7	39	23	16
	Nowotwory złośliwe sutka (C50)	240	7	233	220	1	219	226	2	224
	Nowotwory złośli. żeńskich narządów płciowych (C51-C58)	298	x	298	248	x	248	281	x	281
	w tym									
	nowotwory złośliwe szyjki macicy (C53)	86	x	86	70	x	70	56	x	56
	nowotwory złośliwe trzonu macicy (C54)	37	x	37	44	x	44	61	x	61
	nowotwory złośliwe jajnika (C56)	110	x	110	92	x	92	116	x	116
	Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych (C60-C63)	227	227	x	207	207	x	226	226	x
	w tym									
	nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (C61)	216	216	x	203	203	x	219	219	x
	Nowotwory złośliwe układu moczowego (C64-C68)	257	195	62	256	183	73	264	210	54
	w tym									
	nowotwory złośli. nerki i miedniczki nerk. (C64-C65)	131	89	42	126	78	48	115	78	37
	nowotwory złośli. pęcherza moczowego (C67)	125	106	19	125	103	22	141	127	14
	Nowotwory złośli. oka, mózgu i innych części centralnego systemu nerwowego (C69-C72)	166	78	88	97	51	46	106	51	55
	w tym									
	nowotwory złośliwe mózgu (C71)	155	73	82	88	47	41	100	48	52
	Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego (C73-C75)	25	16	9	14	3	11	17	8	9
	Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu (C76-C80)	289	141	148	360	206	154	294	157	137
	Nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych (C81-C96)	330	171	159	299	157	142	283	149	134
	w tym									
	choroba Hodgkina (C81)	10	5	5	7	4	3	9	4	5
	chłoniaki nieziarnicze (C82-C85)	94	51	43	87	51	36	81	48	33
	białaczka (C91-C95)	145	78	67	144	74	70	130	66	64
	Nowotwory złośliwe niezależnych (pierwotnych) mnogich umiejscowień (C97)	2	2	-	5	2	3	1	-	1

²⁵ Sytuacja demograficzna i stan zdrowia ludności w woj. podkarpackim w latach 2010-2012 Jadwiga Jagiełło-Kotwica, Halina Zięba

5.2.3 Główne grupy zachorowań:

Nowotwory jelita grubego

Nowotwory jelita grubego charakteryzują się bardzo dynamicznym wzrostem. Liczba rozpoznań w 2011 roku była aż o 66% wyższa niż 1999 roku. W omawianym okresie współczynniki zachorowalności prawie podwoiły swoją wartość. W 1999 r. dla mężczyzn współczynnik wynosił 32,3 przypadków na 100tys, natomiast w 2011 już 47,6, dla kobiet w 1999 roku – 18,9/100tys., a w 2011 30,8/100tys. Taki sam dynamiczny trend obserwowany jest dla Polski (zarówno dla kobiet jak i mężczyzn). Na przestrzeni lat zmienił się także (wzrósł) udział procentowy nowotworów jelita grubego wśród wszystkich nowotworów złośliwych. W 1999 roku udział wynosił 8,7%, a w 2011 już 10,9%.

Podobny rosnący trend obserwowany jest także w umieralności. Liczba zgonów zwiększyła się od 1999 roku o ponad 20%. Współczynniki umieralności dla mężczyzn w 2011 roku osiągnęły wartość 21,9/100tys. a dla kobiet 17,1/100tys. W porównaniu do umieralności w Polsce wskaźniki dla naszego województwa osiągnęły w tych latach znacznie niższe wartości, co oznacza że mieszkańcy naszego województwa umierają rzadziej niż przeciętny Polak.

Pod hasłem jelito grube kryją się cztery lokalizacje: okrężnica, zgięcie esiczo-odbytnicze, odbytnica i odbyt. Wyraźne trendy rosnące zanotowano dla okrężnicy i odbytnicy. Na przestrzeni 13 lat ich współczynniki podwoiły swoją wartość. Zgięcie esiczo-odbytnicze utrzymuje się na stałym poziomie, natomiast nowotwory złośliwe odbytu zanotowały spadek.

Wskaźniki 5 letnich przeżyć czyli odsetek pacjentów przeżywających 5 letni okres od momentu zdiagnozowania choroby: mężczyźni – 45,6%, kobiety 43,1%.

Analizując zachorowalność i umieralność w powiatach województwa podkarpackiego widoczne jest znaczne zróżnicowanie. Najwyższą zachorowalność w latach 1999-2011 zanotowano w powiatach: miasto Przemyśl (47,8/100tys.) i miasto Tarnobrzegu (43,0/100tys.), najniższą natomiast w powiecie ropczycko-sędziszowskim (25,5/100tys.).

Najwyższa umieralność została zaobserwowana w mieście Tarnobrzegu (27,4/100tys.) oraz powiecie tarnobrzeskim (23,9/100tys.). Najniższa umieralność wystąpiła w powiecie ropczycko-sędziszowskim (14,7/100tys.) i kolbuszowskim (14,8/100tys.).

Nowotwory tchawicy, oskrzela i płuca

Nowotwory złośliwe płuca są pierwszą przyczyną zarówno zachorowań jak i zgonów u mężczyzn i trzecią przyczyną zgonów u kobiet. W 2011 roku odnotowano spadek zachorowań ogółem o 5,6% . Na ten spadek składał się spadek zachorowań u mężczyzn o 14,5% i wzrost zachorowań u kobiet o ponad 40%. Jeśli chodzi o zgony to w 2011 roku odnotowano aż 770 przypadków zgonów na raka płuca ogółem. W porównaniu do 1999 roku nastąpił wzrost o 2,5%. Natomiast jeżeli przeanalizujemy zgony osobno dla mężczyzn i kobiet zauważymy, że dla mężczyzn od 2007 roku widoczny jest spadek liczby zgonów a tym samym umieralności, natomiast u kobiet notowany jest stały wzrost. Współczynniki umieralności zarówno dla mężczyzn jak i dla kobiet w województwie podkarpackim osiągnęły znacznie niższe wartości niż współczynniki dla Polski. Umieralność w poszczególnych grupach jest uwarunkowana zachorowalnością - czyli 7 i 8 dekada życia. Współczynniki zachorowalności dla woj. Podkarpackiego jak i Polski wykazują takie same trendy: czyli spadek zachorowalności u mężczyzn i niestety wzrost u kobiet. Ryzyko zachorowania na raka płuca jest ok. 4 razy większe u mężczyzn niż u kobiet. Szczyt zachorowań u mężczyzn przypada na 8 dekadę życia , natomiast u kobiet na 7 dekadę życia. Zmniejszył się także udział procentowy nowotworów płuca z 17,2% w 1999 roku na 12,2% w 2011.

W latach 1999-2010 rak płuca najczęściej diagnozowany był w stadium zaawansowania uogólnionym- 30% oraz regionalnym 27%. Wskaźniki przeżyć 5-letnich względnych: dla mężczyzn 11,8 a dla kobiet 18,9.

Najwyższą zachorowalność zanotowano w mieście Przemyślu (54,0/100tys.) i powiatach: bieszczadzkim (52,0/100tys.) i strzyżowskim (50,6/100tys.), najniższą natomiast w powiecie łańcuckim (39,9/100tys.) i sanockim (40,7/100tys.).

Najwyższa umieralność wystąpiła w mieście Przemyślu (48,5/100tys.) powiecie strzyżowskim (47,9/100tys.) i bieszczadzkim (47,5/100tys.), najniższą zaobserwowano natomiast w powiecie łańcuckim (34,2/100tys.), niżańskim (35,4/100tys.) i kolbuszowskim (35,6/100tys.).

Nowotwory piersi

Rak piersi jest jednym z najpoważniejszych problemów ówczesnych kobiet. Jest zarówno pierwszą przyczyną zachorowań jak i zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet.

W 2011 roku nastąpił wzrost zachorowań o 43,6% i zgonów o 7,2%. W analizowanym okresie odnotowano stały wzrost współczynników surowych zachorowalności. W 1999 roku współczynnik surowy wyniósł 38,5/100 000, a w 2011 roku prawie podwajając wartość - już 61,2/100 000. Współczynnik surowy umieralności w 1999 roku przyjął wartość 19,2/100 000, natomiast w 2011 roku - 20,6/100 000. Analizując zachorowalność w wybranych grupach wiekowych: 20-49, 50-69 i 70+ największą zachorowalność odnotowano w tzw. grupie skryningowej (50-69) - 138,1/100tys. W Polsce od 2006 roku realizowany jest program badań przesiewowych raka piersi. Odpowiedź kobiet na zaproszenia na badania w województwie podkarpackim utrzymuje się na poziomie 35-38%. Aby program badań przyniósł oczekiwane rezultaty - a więc spadek umieralności o ok 30% odpowiedź beneficjentek programu powinna być na poziomie co najmniej 70%.* przenieść do profilaktyka

Analizując zachorowalność w powiatach województwa podkarpackiego widoczne jest bardzo duże zróżnicowanie. W powiatach: mieście Rzeszowie (74,2/100tys.) i mieście Przemyślu (70,9/100tys.) zachorowalność jest najwyższa. Wskaźniki w tych powiatach są dwukrotnie wyższe niż w powiatach o najniższej zachorowalności czyli: powiecie kolbuszowskim 34,0/100tys) i ropczycko-sędziszowskim (39,2/100tys.).

Największa umieralność odnotowana została w powiecie łańcuckim (25,5/100tys.) i miastach : Rzeszowie (25,4/100tys.), Przemyślu (25,0/100tys.) i Przemyślu (25,0/100tys.), najniższa natomiast w powiecie kolbuszowskim (10,4/100tys.).

Wskaźnik przeżyć 5-letnich względnych - 73,3.

Nowotwory szyjki macicy

W województwie podkarpackim w 2011 roku zarejestrowano 112 nowych przypadków zachorowań na raka szyjki macicy. W porównaniu do 1999 roku nastąpił spadek zachorowań o 40,4%. Odnotowano również spadek liczby zgonów z 91 w 1999 roku do 56 w 2011 roku tj. o 38,5%. W analizowanym okresie zaobserwowano dość znaczny spadek współczynników surowych zachorowalności. W 1999 roku współczynnik surowy wyniósł 17,3/100 000, a w 2011 roku tylko 10,3/100 000. W 1999 roku współczynnik surowy umieralności wynosił 8,4/100 000, zaś w 2011 roku - 5,2/100 000. Widoczny jest również dwukrotny spadek zachorowań na raka szyjki macicy wśród wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet.

Najbardziej narażonymi na zachorowanie grupami wiekowymi są kobiety w przedziale wiekowym 45-64 (19,4/100tys.) i 65+ (19,7/100tys.). Wskaźnik przeżyć 5-letnich względnych - 65,3. *Zgłaszalność kobiet w programie badań przesiewowych raka szyjki macicy w województwie podkarpackim w latach 2007-2011 kształtowała się na poziomie 11-24%.*

5.3 Choroby psychiczne.

Tabela 5.3.1 Hospitalizacje mieszkańców województwa podkarpackiego leczonych w szpitalach ogólnych z powodu zaburzeń psychicznych

	Liczba hospitalizacji z powodu			
	ogółem	zaburzenia psychiczne	Wskaźnik na 10 tys. ludności ogółem	Wskaźnik na 10 tys. ludności zaburzenia psychiczne
	A00-Y89	F00-F99	A00-Y89	F00-F99
2000	253 583	1 784	1 185,3	8,3
2001	268 942	1 690	1 255,4	7,9
2002	287 829	1 863	1 360,5	8,8
2003	305 475	1 768	1 449,6	8,4
2004	326 655	1 732	1 549,9	8,2
2005	366 340	2 046	1 738,0	9,7
2006	374 067	1 835	1 775,8	8,7
2007	375 603	1 876	1 783,3	8,9
2008	403 522	1 738	1 915,7	8,3
2009	402 659	1 615	1 909,2	7,7
2010	396 888	1 881	1 865,8	8,8
2011	405 111	1 727	1 903,9	8,1
2012	401 950	1 543	1 888,1	7,3

Warto dodać również, iż niestety w województwie rokrocznie liczba pacjentów z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, w tym związanych z uzależnieniami utrzymuje się na wysokim poziomie.

Stacjonarna opieka psychiatryczna

Psychiatryczną opiekę stacjonarną w województwie sprawowały dwa podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami prowadzące przedsiębiorstwa typu 1 – stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne (Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. Profesora Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu i Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny w Żurawicy) oraz trzy ośrodki leczenia odwykowego (Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli, Centrum Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Centrum” w Rzeszowie oraz NZOZ Centrum Interwencji Kryzysowej Stowarzyszenie „Karan” w Rzeszowie).

Tabela 5.3.2 Łóżka rzeczywiste i miejsca dzienne w placówkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej w latach 2011-2012²⁶

			2011				2012			
			liczby bezwzgl.	wsk. na 10 tys. ludn.	wykorzystanie łóżek		liczby bezwzgl.	wsk. na 10 tys. ludn.	wykorzystanie łóżek.	
					w %	w dniach			w %	w dniach
tryb stacjonarny										
Ogółem	razem		757	3,6	97,7	356,6	788	3,7	96,8	353,4
	z tego	szpitale	668	3,1	99,2	362,0	698	3,3	97,9	357,3
		ośr. lecz. odwyk.	89	0,4	86,6	316,0	90	0,4	88,9	324,3
Podm. leczn. niebędące przeds.	razem		733	3,4	99,0	361,2	763	3,6	98,2	358,3
	z tego	szpitale	668	3,1	99,2	362,0	698	3,3	97,9	357,3
		ośr. lecz. odwyk.	65	0,3	96,9	353,6	65	0,3	101,1	369,0
Podm. leczn. będące przeds.	razem		24	0,1	58,8	214,5	25	0,1	57,0	208,1
	z tego	szpitale	-	-	-	-	-	-	-	-
		ośr. lecz. odwyk.	24	0,1	58,8	214,5	25	0,1	57,0	208,1
tryb dzienny										
Ogółem	razem		27	0,1	66,6	243,3	27	0,1	72,4	264,1
	z tego	szpitale	24	0,1	68,9	251,5	24	0,1	68,8	251,3
		ośr. lecz. odwyk.	3	0,0	48,6	177,3	3	0,0	100,5	367,0
Podm. leczn. niebędące przeds.	razem		27	0,1	66,6	243,3	27	0,1	72,4	264,1
	z tego	szpitale	24	0,1	68,9	251,5	24	0,1	68,8	251,3
		ośr. lecz. odwyk.	3	0,0	48,6	177,3	3	0,0	100,5	367,0

Tabela 5.3.3 Leczeni w placówkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej w latach 2011-2012²⁷

			2011				2012			
			liczby bezwzgl.	wsk. na 10 tys. ludn.	leczeni		liczby bezwzgl.	wsk. na 10 tys. ludn.	leczeni	
					na 1 łóżko	przeciętny pobyt			na 1 łóżko	przeciętny pobyt
tryb stacjonarny										
Ogółem	razem		5 904	27,7	7,8	45,7	5 963	28,0	7,8	45,5
	z tego	szpitale	5 287	24,8	7,9	45,7	5 355	25,1	7,9	45,2
		ośr. lecz. odwyk.	617	2,9	6,9	45,6	608	2,9	6,8	48,0
Podm. leczn. niebędące przeds.	razem		5 868	27,6	8,0	45,1	5 929	27,8	8,0	44,9
	z tego	szpitale	5 287	24,8	7,9	45,7	5 355	25,1	7,9	45,2
		ośr. lecz. odwyk.	581	2,7	8,9	39,6	574	2,7	8,8	41,8
Podm. leczn. będące przeds.	razem		36	0,2	1,5	143,0	34	0,2	1,4	153,0
	z tego	szpitale	-	-	-	-	-	-	-	-
		ośr. lecz. odwyk.	36	0,2	1,5	143,0	34	0,2	1,4	153,0
tryb dzienny										
Ogółem	razem		189	0,9	7,0	34,8	215	1,0	8,0	33,2
	z tego	szpitale	165	0,8	6,9	36,6	170	0,8	7,1	35,5
		ośr. lecz. odwyk.	24	0,1	8,0	22,2	45	0,2	15,0	24,5
Podm. leczn. niebędące przeds.	razem		189	0,9	7,0	34,8	215	1,0	8,0	33,2
	z tego	szpitale	165	0,8	6,9	36,6	170	0,8	7,1	35,5
		ośr. lecz. odwyk.	24	0,1	8,0	22,2	45	0,2	15,0	24,5

²⁶ Stacjonarna opieka zdrowotna w woj. Podkarpackim w latach 2011-2012 Jadwiga Jagiełło-Kotwica

²⁷ Stacjonarna opieka zdrowotna w woj. Podkarpackim w latach 2011-2012 Jadwiga Jagiełło-Kotwica

5.4 Choroby układu kostno-stawowo-mięśniowego.

Tablica 5.4. Hospitalizacje mieszkańców województwa podkarpackiego leczonych w szpitalach ogólnych z powodu chorób ukł. kostno-staw.-mięśn.²⁸

	Liczba hospitalizacji ch.układu kostno-staw., mięśniow. i tkanki łącznej			
	ogółem		wskaźnik na 10 tys. mieszk.	
	razem	w tym choroby stawów	razem	w tym choroby stawów
	M00-M99	M00-M25	M00-M99	M00-M25
2000	13 753	5 238	64,3	24,5
2001	14 390	5 556	67,2	25,9
2002	15 709	6 121	74,3	28,9
2003	16 557	6 884	78,6	32,7
2004	16 225	6 957	77,0	33,0
2005	18 769	7 608	89,1	36,1
2006	19 854	8 393	94,3	39,8
2007	20 141	9 003	95,6	42,7
2008	23 833	11 192	113,2	53,1
2009	24 586	11 725	116,6	55,6
2010	24 033	11 457	113,0	53,9
2011	24 804	11 789	116,6	55,4
2012	25 483	12 080	119,7	56,7

Liczba hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wykazuje wyraźną tendencję wzrostową. Od roku 2000 liczba hospitalizacji niemalże podwoiła się do poziomu ponad 25 tysięcy. Na wspomnianą wysoką liczbę hospitalizacji wpływają nie tylko urazy i wypadki ale także zwiększona liczba schorzeń zwyrodnieniowych (np. stawów czy kręgosłupa).

5.5 Choroby układu oddechowego.

5.5.1 Ogółem

Choroby układu oddechowego występujące powszechnie stanowią łącznie, obok chorób układu krążenia, nowotworów, wypadków i zatruc, główną przyczynę zgonów mieszkańców Polski i regionu. Należą do nich nowotwory układu oddechowego, przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, astma oskrzelowa i zapalenie płuc.

²⁸ Opracowano na podstawie Bank Danych o Zdrowiu PUW w Rzeszowie.

Tabela 5.5.1 Hospitalizacje mieszkańców województwa podkarpackiego leczonych w szpitalach ogólnych z powodu chorób układu oddechowego²⁹

	Liczba hospitalizacji z powodu					
	choroby układu oddechowego					
	razem	w tym		wskaźnik na 10 tys. ludn.	w tym	
		zapalenie płuc	przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych		zapalenie płuc	przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych
		J00-J99	J12-J18		J40-J47	
2000	24 611	5 460	7 448	115,0	25,5	34,8
2001	24 509	5 890	7 022	114,4	27,5	32,8
2002	26 352	6 475	7 864	124,6	30,6	37,2
2003	26 513	5 863	8 090	125,8	27,8	38,4
2004	30 210	8 689	7 994	143,3	41,2	37,9
2005	33 877	10 510	8 961	160,7	49,9	42,5
2006	31 532	9 943	8 381	149,7	47,2	39,8
2007	32 849	10 888	8 357	156,0	51,7	39,7
2008	33 029	9 537	8 181	156,8	45,3	38,8
2009	31 581	7 410	7 444	149,7	35,1	35,3
2010	28 954	7 605	6 381	136,1	35,8	30,0
2011	30 208	8 113	6 546	142,0	38,1	30,8
2012	28 217	7 382	6 017	132,5	34,7	28,3

5.5.2 Gruźlica

Tabela 5.5.2 Zarejestrowane zachorowania na gruźlicę wszystkich postaci w województwie podkarpackim ogółem³⁰

Rok	Ogółem			Miasto	Wieś
	razem	mężczyźni	kobiety		
Wartości bezwzględne					
2002	606	416	190	218	388
2003	541	345	196	211	330
2004	458	297	161	169	289
2005	414	267	147	142	272
2006	433	272	161	143	290
2007	425	278	147	155	270
2008	396	260	136	125	271
2009	333	211	122	132	201
2010	302	192	110	111	191
2011	503	353	150	203	300
2012	421	294	127	173	248

²⁹ Opracowano na podstawie Bank Danych o Zdrowiu PUW w Rzeszowie.

³⁰ Opracowano na podstawie Bank Danych o Zdrowiu PUW w Rzeszowie.

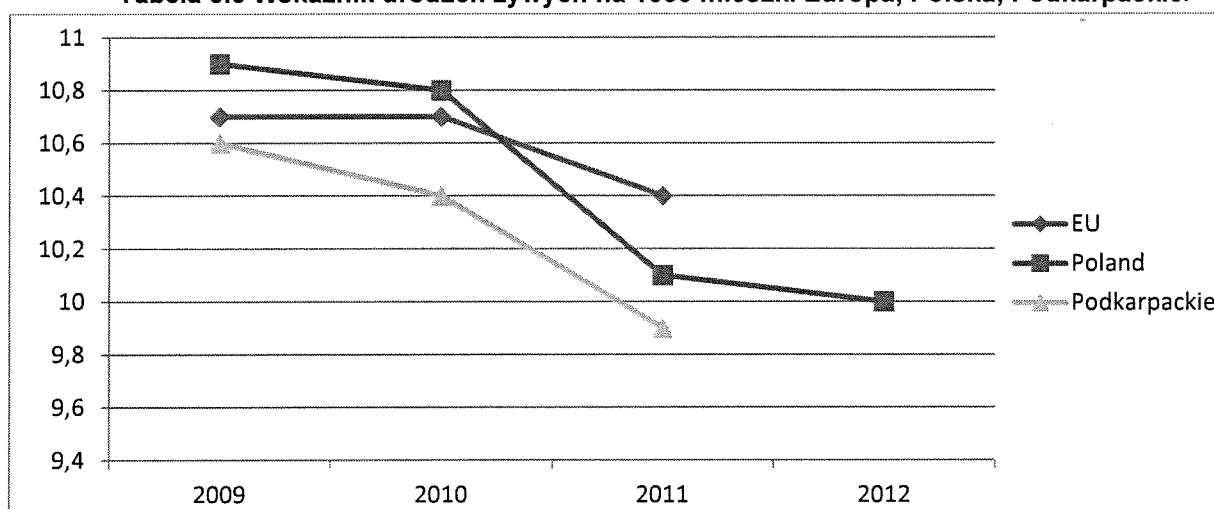
	Wskaźnik na 100 tys. ludności				
2002	28,8	40,4	17,7	25,6	31,0
2003	25,8	33,6	18,3	24,8	26,5
2004	21,8	28,9	15,0	19,9	23,1
2005	19,7	26,0	13,7	16,7	21,8
2006	20,6	26,5	15,0	16,8	23,3
2007	20,3	27,1	13,7	18,2	21,7
2008	18,9	25,4	12,7	14,5	21,9
2009	15,9	20,6	11,4	15,3	16,3
2010	14,4	18,7	10,2	12,8	15,5
2011	23,9	34,3	14,0	23,3	24,3
2012	19,8	28,2	11,7	19,6	19,9

Charakterystyka epidemiologiczna opisana została w części „Choroby zakaźne”.

5.6 Opieka nad kobietą w ciąży, noworodkiem, dzieckiem.

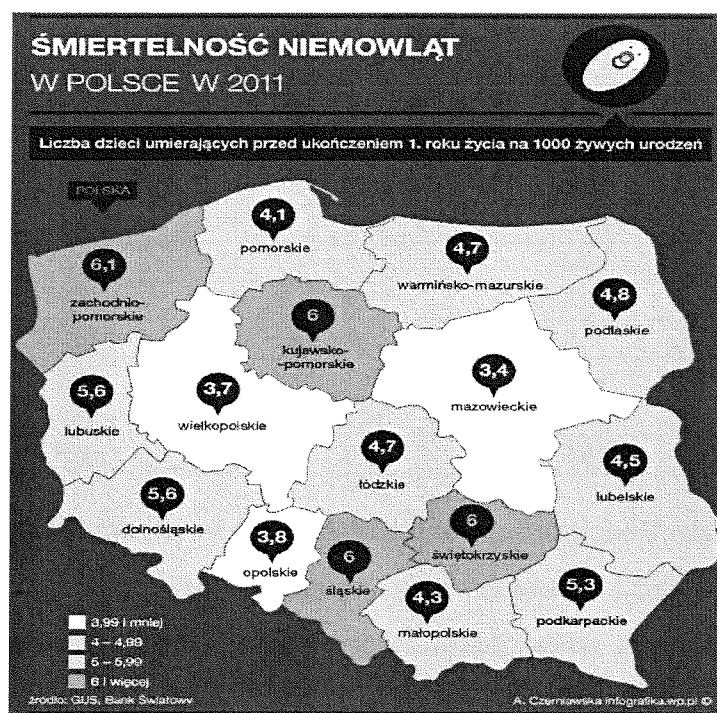
Kolejnymi ważnymi wskaźnikami mogącymi w pewnym aspekcie służyć do oceny stanu ochrony zdrowia w Woj. Podkarpackim są relacje w liczebności urodzin i zgonów niemowląt i dzieci. Województwo Podkarpackie wyróżnia wśród innych wysoki przyrost naturalny, jego wskaźnik w roku 2011 wyniósł tu 1,4 zaś wskaźnik dla całego kraju zaledwie 0,3. Jednakże wskaźnik urodzeń żywych na 1 000 ludności w latach 2009–2011 był niższy niż w kraju (2009 r. kraj 10,9 - woj. 10,6; 2010 r. kraj 10,8 - woj. 10,4; 2011 r. kraj 10,1 – woj. 9,9).

Tabela 5.6 Wskaźnik urodzeń żywych na 1000 mieszk. Europa, Polska, Podkarpackie.³¹



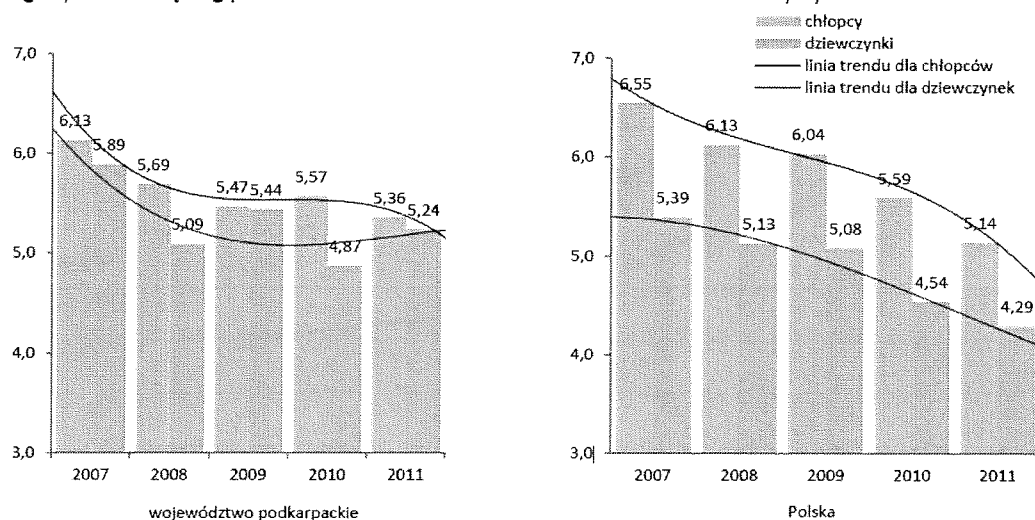
W ostatnich latach zarówno w województwie podkarpackim jak i w całym kraju obserwuje się pozytywną tendencję spadkową dotyczącą zgonów noworodków i niemowląt. W województwie podkarpackim w latach 2007-2011 wskaźnik zgonów noworodków i niemowląt (na 1000 urodzeń żywych) zmalał z 6,01 w roku 2007 do 5,23 w roku 2010 i 5,3 w roku 2011. Niemniej wskaźnik zgonów niemowląt w 2010 i 2011 roku był nadal wyższy od krajowego (2010 kraj – 5,0; 2011 kraj – 4,7).

³¹ Opracowanie własne Dep.OZ na podst. Eurostat.



Należy zaznaczyć również, że w województwie podkarpackim brak sprzętu potrzebnego do leczenia i monitorowania pacjentów na oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej stanowi kluczowy problem w tej dziedzinie.

Zgony niemowląt wg płci w latach 2007-2011 – wskaźnik na 1000 urodzeń żywych



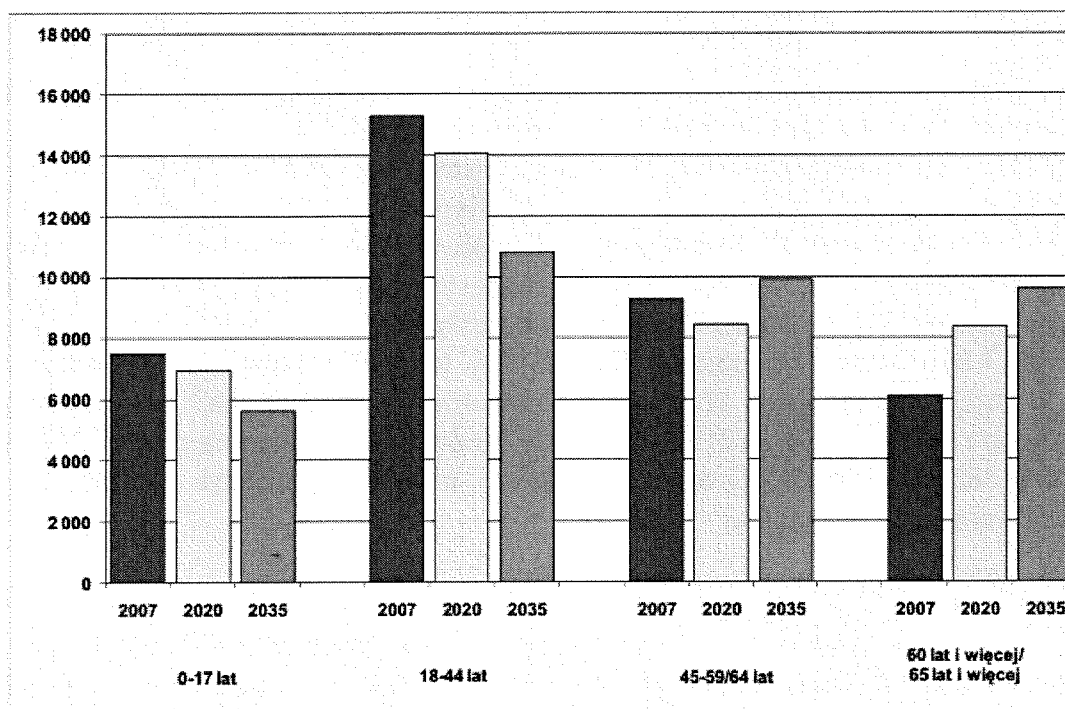
Wykres: Sytuacja demograficzna i stan zdrowia ludności w województwie podkarpackim 2009-2011. Jadwiga Jagiełło-Kotwica, Halina Zięba. Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie, Wydział Polityki Społecznej, Rzeszów 2012

Odsetek dzieci i młodzieży cierpiących na choroby i dolegliwości przewlekłe był zróżnicowany w poszczególnych województwach. Zaznaczyć należy, że zarówno choroby kręgosłupa, jak również alergia występowała najrzadziej wśród młodych mieszkańców województwa podkarpackiego (odpowiednio 0,6% i 4,3%).

5.7 Opieka nad osobami starszymi.

Ludność w województwie podkarpackim jest obecnie młodsza niż średnio w Polsce. Przy podobnym udziale w populacji grupy ludności w wieku produkcyjnym w województwie i kraju (63,8% woj.; 63,9% kraj)³², grupa ludności w wieku przedprodukcyjnym w województwie jest liczniejsza niż w kraju (19,5% woj., 17,8% kraj). Jednakże wyraźnie rośnie udział ludności w wieku poprodukcyjnym z 15,5% w 2008 do 16,7% w 2012 r. prognozy GUS wskazują, iż trend ten będzie się w kolejnych latach nasilał.

Ludność według ekonomicznych grup wieku w latach 2007, 2020 i 2035 (w tysiącach)



Wydaje się, że wobec rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne związane ze starzeniem się ludności województwa oraz wyzwaniem, jakie stają przed systemem w zakresie ich finansowania, najistotniejszą będzie kwestia efektywności wykorzystania wszelkich istniejących zasobów. Niezależnie od tego czy będzie chodzić o zasoby publiczne czy też prywatne.

5.8 Choroby zakaźne.

W latach 2011–2012 najczęstsze zachorowania na choroby zakaźne i zatrucia odnotowano z powodu: biegunek u dzieci do lat 2 (2012r. – 398,2; 2011r. – 505,0 na 10 tys. dzieci do lat 2), ospy wietrznej na 100 tys.ludności (2012r.– 358,2; 2011r. – 321,8), wirusowych i innych określonych zakażeń jelitowych (2012r. – 99,9; 2011r. – 129,2) oraz salmonelozы ogółem (2012r. – 30,0; 2011r. – 28,6).³³ Najwięcej zaś zgonów notowano w 2011 roku z powodu posocznicy i gruźlicy.

Z danych Wojewódzkiego Inspektora Sanitarno-Epidemiologicznego monitorującego choroby zakaźne wynika wzrost w ostatnim okresie zachorowań na boreliozę.

Choroby weneryczne notują niższe niż średnia wysokości zachorowań w województwie. W 2012 roku wskaźniki leczonych po raz pierwszy na 100 tys. ludności na kiłę

³² Portal Informacyjny GUS.

³³ Jagiełło

i rzeźączkę dla województwa były dużo niższe od wskaźników krajowych: (kiła woj. – 0,3; kraj – 2,6;) rzeźączka (woj. – 0,1; kraj – 1,9). Również sytuacja pod względem zachorowań na AIDS nie stanowi znaczącej grupy zachorowań w 2012 zanotowano 4 nowe zachorowania.

Podkarpacie to najbardziej wysunięty na południowy-wschód region Polski. Od wschodu graniczy z Ukrainą, a od południa ze Słowacją. Ze względów gospodarczych położenie województwa jest korzystne. Istnieje jednak większe prawdopodobieństwo zawleczenia choroby zakaźnej z terenów przygranicznych sąsiadujących z nami państw niż np. w centralnych rejonach kraju. Jest to tym bardziej realniejsze, że istnieje dość duży ruch przygraniczny mieszkańców tych terenów i nie tylko mieszkańców. Województwo nasze jest regionem, w którym krzyżują się szlaki komunikacyjne drogowe, kolejowe i powietrzne.³⁴

Poważnym zagrożeniem epidemiologicznym dla województwa w ostatnich latach jest gruźlica, ponieważ pojawiła się gruźlica tzw. wielolekooporna (MDR).

W 2011 roku zarejestrowano 503 zachorowania na gruźlicę, nastąpił wzrost liczby zarejestrowanych zachorowań o 66,6% w porównaniu z rokiem poprzednim i o 51,1% w porównaniu do roku 2009. Było to o 201 zachorowań więcej niż w roku 2010 i o 170 więcej niż w roku 2009. W 2012 roku z kolei zarejestrowano 421 zachorowań na gruźlicę. Zapadalność na wszystkie postacie gruźlicy wynosiła w 2011 r. - 23,9 (wskaźnik na 100 tys. ludności) i była wyższa od krajowej (kraj – 22,2). Nowe zachorowania na gruźlicę w 2011 roku w liczbie 455 stanowiły 90,5% ogółu zachorowań, wskaźnik na 100 tys. ludności był wyższy od krajowego (woj. – 21,6; kraj – 19,7). Nowe zachorowania na gruźlicę w 2012 roku w liczbie 386 stanowiły 91,7% ogółu zachorowań, wskaźnik na 100 tys. ludności był wyższy od krajowego (woj. – 18,1; kraj – 17,3).

6. Ratownictwo medyczne.

Aktualnie funkcjonujący system ratownictwa medycznego opiera się na 5 dyspozytorniach w Rzeszowie, Przemyśle, Sanoku, Krośnie i Mielcu oraz sieci zespołów ratownictwa medycznego w powiatach oraz Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym w Sanoku.

Ten obszar systemu ochrony zdrowia, jego zasady, strukturę sposób działania oraz plany rozwoju określa szczegółowo Wojewoda Podkarpacki w dokumencie Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne Dla Województwa Podkarpackiego wraz z jego aneksami.

W kontekście potrzeb modernizacyjnych systemu ratownictwa medycznego należy podkreślić, iż wsparcie procesu unowocześniania systemu możliwe będzie w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko w perspektywie finansowej UE na lata 2014-2020.

³⁴ http://pczp.rzeszow.pl/images/pliki_S.II/plan.pdf

7. Wskaźniki badające dostępność do usług zdrowotnych w regionie.

Właściwe zarządzanie zasobami opieki zdrowotnej warunkuje poprawę stanu zdrowia oraz osiągnięcie dobrostanu zdrowotnego i społecznego członków populacji. Zatem istotna jest informacja, jakimi zasobami dysponuje dana społeczność i w jaki sposób można je wykorzystać w celu zapobiegania i walki ze schorzeniami.

Wskaźnikami przyjętymi do analizy są przede wszystkim wskaźniki spełniające funkcję diagnostyczną i opisują sytuację systemu ochrony zdrowia, tj. zasoby kadrowe (pod względem lekarzy, pielęgniarek i położnych) oraz opiekę o charakterze stacjonarnym.

Nie istnieją parametry, które można by uznać za bezwzględnie właściwe i niepodważalne. Nie ma, zatem „bezwzględnie właściwej” liczby lekarzy, pielęgniarek, szpitali, itp.

7.1 Zasoby kadrowe – dostęp do specjalistów

O dobrym stanie fizycznym, psychicznym i społecznym ludności decydują w dużym stopniu kadry medyczne, od których zależy stopień wykorzystania urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia. Zbadano zmiany wskaźników:

- zatrudnienia lekarzy na 10 tys. mieszkańców,
- zatrudnienia pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców.

7.1.1 Lekarze

Analizując stan zatrudnienia lekarzy w województwie podkarpackim należy zwrócić uwagę na fakt, że pomimo systematycznego przyrostu w ostatnich latach liczby pracujących lekarzy, wartości wskaźnika (19,5) liczonego na 10 tys. ludności, jest niższa o 2 punkty od odpowiedniego dla kraju (21,5), to jest o blisko 10%.

Podobnie jak w przypadku liczby lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu dynamika wzrostu wartości wskaźnika dla województwa podkarpackiego jest wyższa (1,6%) od kraju (0,5%), jednak pomimo tego faktu nasze województwo wyróżnia się jednym z najniższych wskaźników w Polsce.

Według stanu w dniu 31.12.2012 roku 3581 lekarzy specjalistów stanowiło 86,1% ogółu lekarzy zatrudnionych w placówkach służby zdrowia w województwie podkarpackim, w porównaniu do 86,4% udziału w 2011 roku. W podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami pracowało 64,8% z nich, 31,4% w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami, natomiast pozostałe 3,7% w prywatnych gabinetach lekarskich. W odniesieniu do roku poprzedniego, biorąc pod uwagę stopień specjalizacji, ubyło 4,5% (106) specjalistów II stopnia, 1,0% (6) specjalistów I stopnia, z kolei przybyło 28,6% (170) lekarzy, którzy uzyskali specjalizację nowym trybem. Najliczniej reprezentowanymi specjalnościami lekarskimi były, podobnie jak roku poprzednim:

- chorób wewnętrznych 13,8%,
- medycyny rodzinnej 12,5%,
- pediatrii 8,1%,
- położnictwa i ginekologii 7,5%,
- chirurgii ogólnej 5,9%.

W celu dokładniejszego przedstawienia sytuacji województwa podkarpackiego na tle kraju wskaźniki dla specjalistów zostały policzone na 100 tys. ludności i podobnie jak w roku poprzednim były niższe 168,1 dla podkarpackiego w porównaniu do 175,7 w Polsce.³⁵

Analizując poszczególne rodzaje specjalizacji podkarpackie jedynie w nielicznych wykazywało, że wskaźniki zatrudnienia lekarzy na 10 tys. mieszkańców są lepsze od wskaźników krajowych i najkorzystniej prezentujących się specjalności z:

- medycyny rodzinnej (woj. – 20,9, kraj – 16,7),
- neurologii (woj. – 7,7, kraj – 6,3),
- reumatologii (woj. – 3,3, kraj – 2,1).

Niekorzystne zabezpieczenia kadry medycznej dla w/w wskaźnika występowało wśród specjalistów z:

- chorób wewnętrznych (woj. – 23,2, kraj – 26,3),
- anestezjologii i intensywnej terapii (woj. – 7,5, kraj – 9,8),
- kardiologii (woj. – 4,0, kraj – 5,0);
- geriatrici (woj. - 0,2, kraj - 0,3);
- medycyny paliatywnej (woj. - 0,2, kraj - 0,3);
- kardiologii (woj. - 4,0, kraj - 5,0);
- kardiologii dziecięcej (woj. - 0,0, kraj - 0,1);
- neonatologii (woj. - 2,5, kraj - 2,6);
- neurochirurgii (woj. - 0,7, kraj - 1,0);
- okulistyki (woj. - 5,4, kraj - 6,3);
- onkologii i hematologii dziecięcej (woj. - 0,0, kraj - 0,2);
- otolaryngologii (woj. - 3,6, kraj - 4,0);
- otolaryngologii dziecięcej (woj. - 0,1, kraj - 0,3);
- pediatrii (woj. - 13,7, kraj - 14,4);
- psychiatrii (woj. - 5,4, kraj - 6,2);
- psychiatrii dzieci i młodzieży (woj. - 0,2, kraj - 0,4);
- radioterapii onkologicznej (woj. - 1,0, kraj - 1,1);
- rehabilitacji medycznej (woj. - 2,8, kraj - 2,9);
- transfuzjologii (woj. - 0,2, kraj - 0,3);
- urologii (woj. - 2,1, kraj - 2,2).

³⁵ Personel służby zdrowia w woj. podkarpackim w roku 2012 Łukasz Malec

7.1.2 Pielęgniarki i położne

Według stanu w dniu 31.12.2012 roku w województwie podkarpackim pracowało 11659 pielęgniarek, tj. o 317 (2,8%) więcej niż na koniec 2011 roku. Zdecydowana większość tej grupy zawodowej posiadała wykształcenie średnie (69,9%) jednak z roku na rok spada ich udział kosztem pielęgniarek z wykształceniem wyższym, zarówno licencjackim jak i magisterskim. Porównując dane na przestrzeni trzech ostatnich lat liczba pielęgniarek z wykształceniem wyższym magisterskim wzrosła o 62,7% (414), natomiast licencjackim 52,5% (837). W tym samym okresie czasu odnotowano z kolei 7,7% (679) spadek pracujących pielęgniarek z wykształceniem średnim. Przeważającym miejscem pracy opisywanej kadry medycznej były podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami, w których pracowało 74,0% wszystkich pielęgniarek.

Porównując wskaźniki zatrudnienia województwo podkarpackie (54,7) charakteryzuje się wyższym stopniem zabezpieczenia niż kraj (51,9). Wyróżniając podział ze względu na rodzaj wykształcenia, jedynie dla pielęgniarek ze średnim wykształceniem medycznym posiadającym specjalizację, podkarpackie (3,1) osiąga niższe wskaźnik niż kraj (5,9).

Według stanu w dniu 31.12.2012 roku, w województwie podkarpackim pracowało 1559 położnych, tj. o 12 (0,8%) więcej niż w roku poprzednim. Analizując stopień wykształcenia położnych, należy zwrócić uwagę, że przedstawia się on podobnie jak w przypadku pielęgniarek. Przeważająca większość posiadała wykształcenie średnie (72,8%), jednak trend uformowany na przestrzeni kilku ostatnich lat ukazuje ciągłą zmianę stanu wykształcenia położnych ze średniego na wyższe. Największy odsetek opisywanej grupy zawodowej pracuje w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (77,7%).

Porównując wskaźniki zatrudnienia, podkarpackie (7,3) charakteryzuje się jednym z najwyższych stopni zabezpieczenia położnych w regionie, zdecydowanie przewyższając średnią krajową (6,2).³⁶

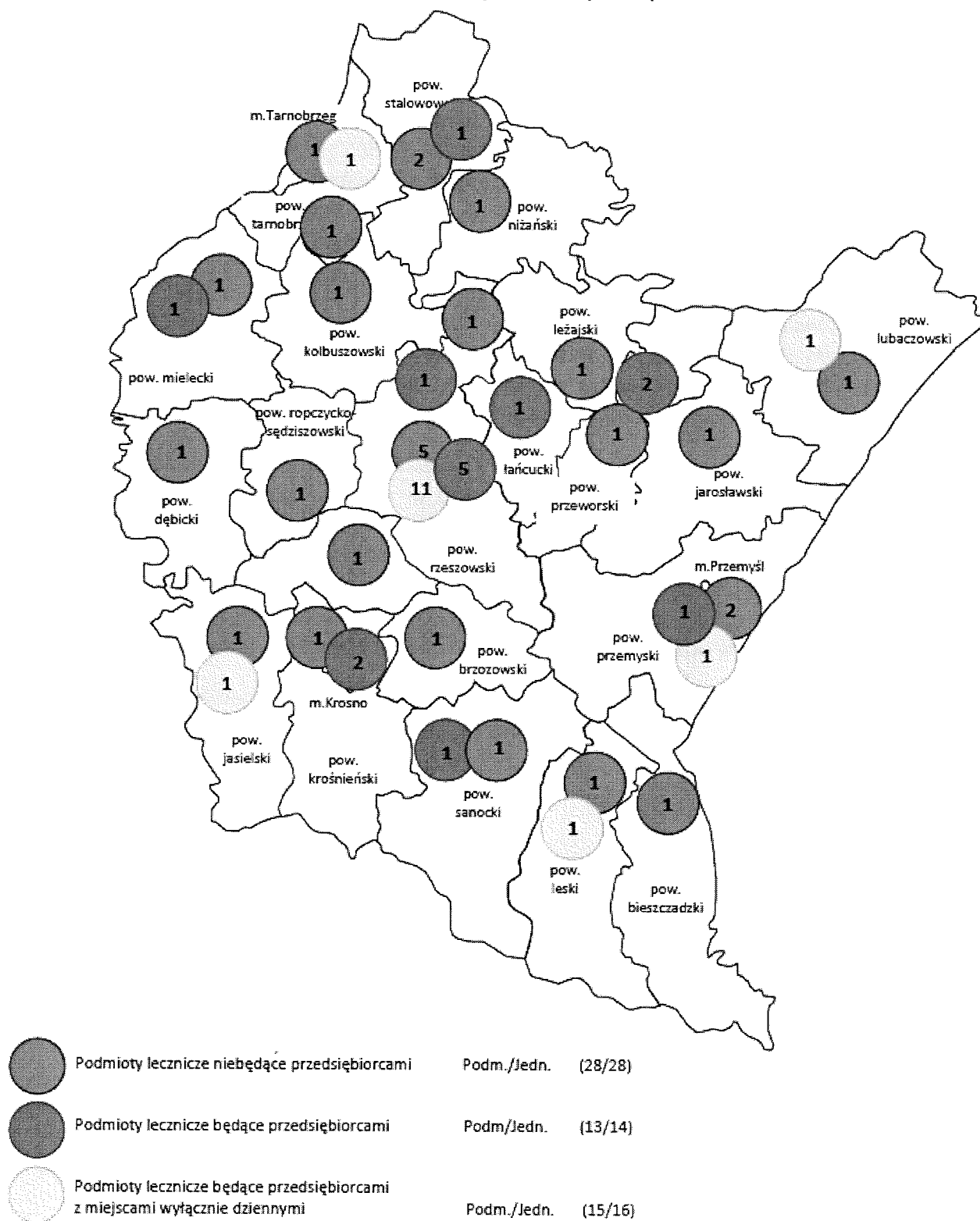
7.2 Opieka o charakterze stacjonarnym

Zalicza się tu przede wszystkim szpitale ogólne, zakłady opieki psychiatrycznej oraz zakłady opieki długoterminowej (zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja). Zwrócono uwagę na następujące wskaźniki:

- liczba szpitali,
- liczba łóżek rzeczywistych wg oddziałów - wskaźnik na 10 tys. ludności,
- wskaźnik przeciętnego pobytu chorego w oddziałach,
- wskaźnik wykorzystania łóżek w dniach wg oddziałów.

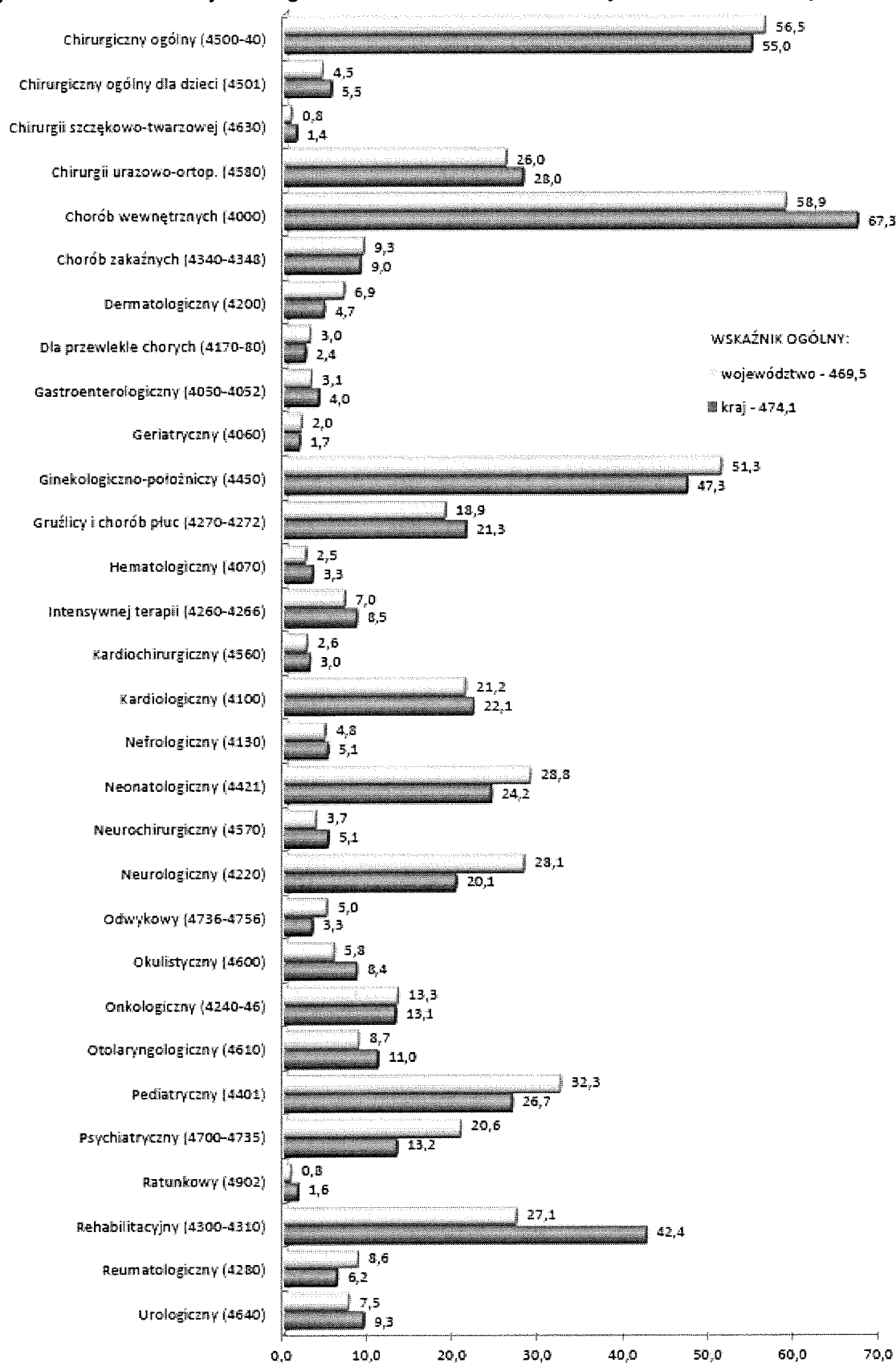
³⁶ Personel służby zdrowia w woj. podkarpackim w roku 2012 Łukasz Malec

Mapa 7.2. Szpitale ogólne w województwie podkarpackim³⁷



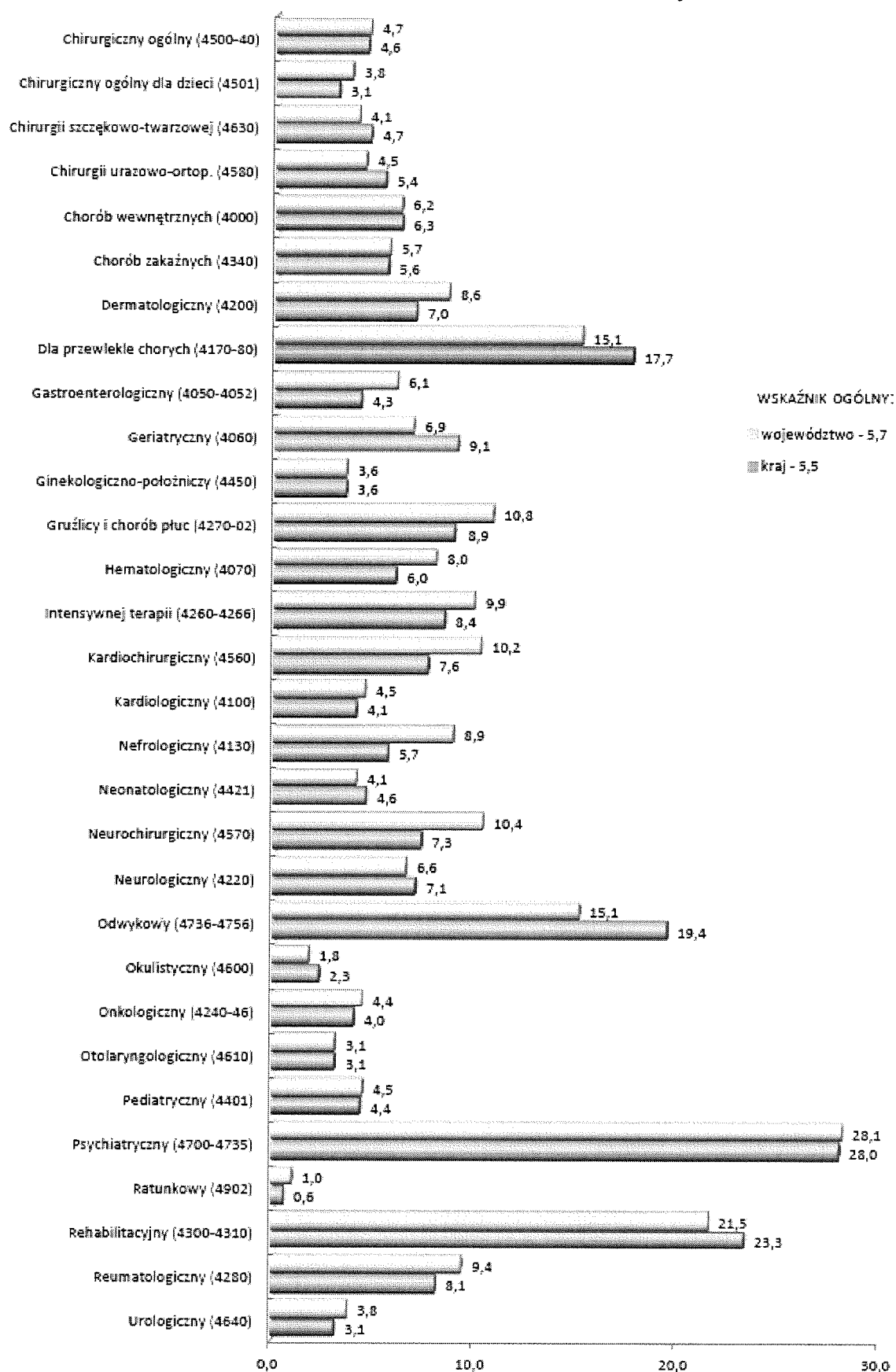
³⁷ Stacjonarna opieka zdrowotna w woj. Podkarpackim w latach 2011-2012 Jadwiga Jagiełło-Kotwica

Wykres 7.2.1 Łóżka rzeczywiste wg oddziałów* w roku 2012 na tle kraju – wskaźnik na 100 tys. ludności³⁸



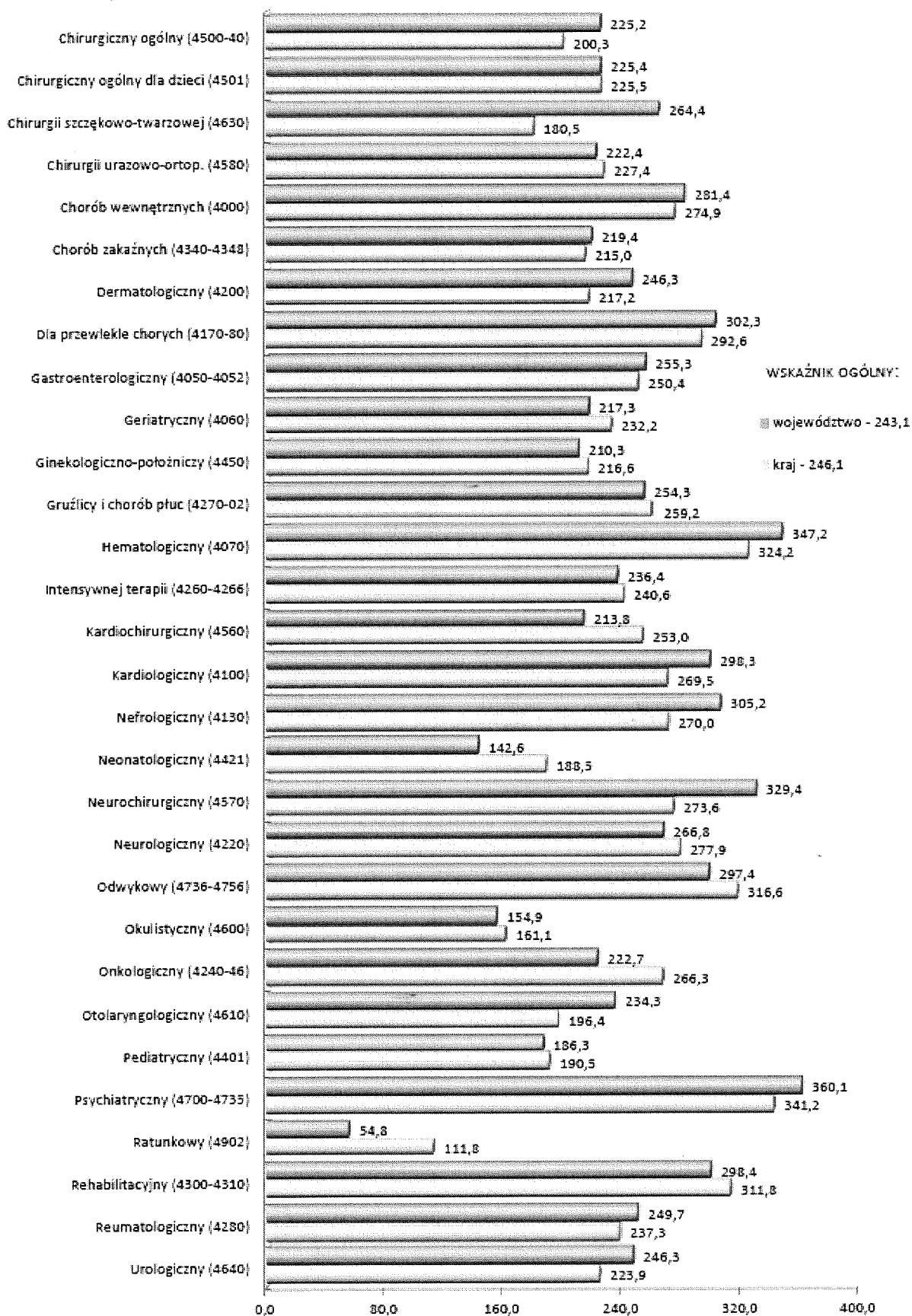
*wskaźniki policzono na 100 tys. osób, bez względu na wiek (uwzględniono szpitale ogólne i podległe MON bez MSW)

Wykres 7.2.2 Przeciętny pobyt chorego wg oddziałów* w roku 2012 na tle kraju³⁹



* wskaźniki policzono na 100 tys. osób, bez względu na wiek (uwzględniono szpitale ogólna i podległe MON bez MSW)

Wykres 7.2.3 Wykorzystanie łóżek w dniach wg oddziałów* w roku 2012 na tle kraju⁴⁰



*wskaźniki policzono na 100 tys. osób, bez względu na wiek (uwzględniono szpitale ogólne i podległe MON bez MSW)

7.2.1 Zestawienie wskaźników dostępności wg oddziałów

Dostępność do opieki stacjonarnej w analizach stanu systemu ochrony zdrowia opisywana jest najczęściej w oparciu o wskaźniki liczby lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców, liczbę łóżek rzeczywistych zarejestrowanych w systemie, przeciętny pobyt chorego w szpitalu w dniach, wykorzystanie łóżek w dniach oraz średnią długość oczekiwania w kolejkach na świadczenie w poszczególnych specjalnościach na terenie województwa.

Poniższe zestawienie prezentuje wskaźniki charakteryzujące dostępności opieki stacjonarnej w relacji województwo i kraj i obejmuje dane z 2012 roku oraz w przypadku kolejek dane z POW NFZ z 2013 roku.

1. Chorób wewnętrznych
 - lekarze specjaliści (woj. – 23,2; kraj – 26,3) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 58,9; kraj – 67,3)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 6,2; kraj – 6,3) **;
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 281,4; kraj – 274,9) **;
 - kolejki oczekujących: 14 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
2. Oddział gastroenterologiczny
 - lekarze specjaliści (woj. – 1,2; kraj – 1,2) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 3,1; kraj – 4,0)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 6,1; kraj – 4,3) **;
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 255,3; kraj – 250,4) **;
 - kolejki oczekujących: 22 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
3. Oddział geriatryczny
 - lekarze specjaliści (woj. – 0,2; kraj – 0,3) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 2,0; kraj – 1,7)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 6,9; kraj – 9,1) **;
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 217,3; kraj – 232,2) **;
 - kolejki oczekujących: 0 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
4. Oddział psychogeriatryczny
 - kolejki oczekujących: 65 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
5. Oddział hematologiczny
 - lekarze specjaliści (woj. – 0,5; kraj – 0,5) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 2,5; kraj – 3,3)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 8,0; kraj – 6,0) **;
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 347,2; kraj – 324,2)**;
 - kolejki oczekujących: 32 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
6. Oddział kardiologiczny
 - lekarze specjaliści (woj. – 4,0; kraj – 5,0) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 21,2; kraj – 22,1)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 4,5; kraj – 4,1) **;
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 298,3; kraj – 269,5) **;
 - kolejki oczekujących: 23 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
7. Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego
 - łóżka rzeczywiste: 4 łóżka, woj.: 0,0 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 3,6;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj.: 1154,3.

8. Oddział nefrologiczny
 - lekarze specjaliści (woj. – 1,4; kraj – 1,5) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 4,8; kraj – 5,1)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 8,9; kraj – 5,7) **;
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 305,2; kraj – 270,0) **;
 - kolejki oczekujących: 2 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
9. Oddział opieki paliatywnej
 - lekarze specjaliści (woj. – 0,2; kraj – 0,3) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste: 64 łóżka, woj.: 0,3 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 15,1;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj.: 302;
 - kolejki oczekujących: 0 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
10. Oddział dermatologiczny
 - lekarze specjaliści (woj. – 3,6; kraj – 3,2) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 6,9; kraj – 4,7)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 8,6; kraj – 7,0) **;
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 246,3; kraj – 217,2) **;
 - kolejki oczekujących: 4 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
11. Oddział neurologiczny
 - lekarze specjaliści (woj. – 7,7; kraj – 6,3) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 28,1; kraj – 20,1)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 6,6; kraj – 7,1) **;
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 266,8; kraj – 277,9) **;
 - kolejki oczekujących: 16 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
12. Oddział udarowy
 - łóżka rzeczywiste: 4 łóżka, woj.: 0,0 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 3,6;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj.: 1154,3.
13. Oddział onkologiczny
 - lekarze specjaliści (woj. – 1,1; kraj – 1,0) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 13,3; kraj – 13,1)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 4,4; kraj – 4,0) **;
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 222,7; kraj – 266,3) **;
 - kolejki oczekujących: 0 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
14. Oddział onkologii klinicznej
 - łóżka rzeczywiste: 130 łóżek, woj.: 0,6 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 3,6;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj.: 217,2.
 - kolejki oczekujących: 5 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
15. Oddział radioterapii
 - lekarze specjaliści (woj. – 1,0; kraj – 1,1) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste: 93 łóżka, woj.: 0,4 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 12,6;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj.: 258,4.

16. Oddział anestezjologii i intensywnej terapii
 - lekarze specjaliści (woj. – 7,5; kraj – 9,8) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste: 93 łóżka, woj.: 0,4 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 12,6;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj.: 258,4.
17. Oddział gruźlicy i chorób płuc
 - lekarze specjaliści (woj. – 4,4; kraj – 3,7) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 18,9; kraj – 21,3) **;
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 10,8; kraj – 8,9) **;
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 254,3; kraj – 259,2) **;
 - kolejki oczekujących: 13 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
18. Oddział pulmonologii
 - łóżka rzeczywiste: 166 łóżek, woj.: 0,8 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 7,5;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 233,6.
19. Oddział reumatologiczny
 - lekarze specjaliści (woj. – 3,3; kraj – 2,1) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 8,6; kraj – 6,2)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 9,4; kraj – 8,1)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 249,7; kraj – 237,3)**
 - kolejki oczekujących: 65 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
20. Oddział rehabilitacyjny
 - lekarze specjaliści (woj. – 2,8; kraj – 2,9) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 27,1; kraj – 42,4)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 21,5; kraj – 23,3)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 298,4; kraj – 311,8)**
 - kolejki oczekujących: 200 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
21. Oddział rehabilitacyjny dla dzieci
 - łóżka rzeczywiste: 31 łóżek, woj.: 0,7 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 24;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 225,7;
 - kolejki oczekujących: 58 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
22. Oddział rehabilitacji neurologicznej
 - łóżka rzeczywiste: 82 łóżka, woj.: 0,4 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 29,4;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 295,5;
 - kolejki oczekujących: 101 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
23. Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
 - łóżka rzeczywiste: 42 łóżka, woj.: 0,2 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 20,1;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 180,7;
 - kolejki oczekujących: 60 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
24. Oddział rehabilitacji kardiologicznej
 - łóżka rzeczywiste: 25 łóżka, woj.: 0,1 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 29,0;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 253,8 ;
 - kolejki oczekujących: 11 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.

25. Oddział chorób zakaźnych
- lekarze specjaliści (woj. 1,9 – ; kraj – 1,6) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 9,3; kraj – 9,0)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 5,7; kraj – 5,6)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 219,4; kraj – 215,0)**
26. Oddział obserwacyjno-zakaźny
- łóżka rzeczywiste: 178 łóżka, woj.: 0,8 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 5,9;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 218,6; kolejki oczekujących: 0 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
27. Oddział pediatryczny
- lekarze specjaliści (woj. – 13,7; kraj – 14,4) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 32,3; kraj – 26,7)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 4,5; kraj – 4,4)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 186,3; kraj – 190,5)**
 - kolejki oczekujących: 5 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
28. Oddział neonatologiczny
- lekarze specjaliści (woj. – 2,5; kraj – 2,6) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 28,8; kraj – 24,2)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 4,1; kraj – 4,6)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 142,6; kraj – 188,5)**
 - kolejki oczekujących: 0 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
29. Oddział ginekologiczno-położniczy
- lekarze specjaliści (woj. – 12,5; kraj – 11,9) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 51,3; kraj – 47,3)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 3,6; kraj – 3,6)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 210,3; kraj – 216,6)**
 - kolejki oczekujących: 2 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
30. Oddział ginekologii onkologicznej
- lekarze specjaliści (woj. – 0,3; kraj – 0,2) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste: 35 łóżka, woj.: 0,3 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 4,0;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 204,9;
 - kolejki oczekujących: 0 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
31. Oddział chirurgiczny ogólny
- lekarze specjaliści (woj. – 9,9; kraj – 10,2) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 56,5; kraj – 55,0)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 4,7; kraj – 4,6)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 225,2; kraj – 200,3)**
 - kolejki oczekujących: 20 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
32. Oddział chirurgiczny dla dzieci
- lekarze specjaliści (woj. – 1,3; kraj – 1,5) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 4,5; kraj – 5,5)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 3,8; kraj – 3,1)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 225,4; kraj – 225,5)**

- kolejki oczekujących: 22 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
33. Oddział chirurgii klatki piersiowej
- lekarze specjaliści (woj. – 0,4; kraj – 0,4) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste: 30 łóżek, woj.: 0,1 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 7,6;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 237,2;
 - kolejki oczekujących: 0 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
34. Oddział chirurgii naczyniowej
- lekarze specjaliści (woj. – 0,4; kraj – 0,5) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste: 38 łóżek, woj.: 0,2 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 3,0;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 15,2;
 - kolejki oczekujących: 127 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
35. Oddział chirurgii onkologicznej
- lekarze specjaliści (woj. – 0,8; kraj – 1,1) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste: 50 łóżek, woj.: 0,2 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 5,7;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 200,8;
 - kolejki oczekujących: 30 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
36. Oddział kardiochirurgiczny
- lekarze specjaliści (woj. – 0,5; kraj – 0,4) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 2,6; kraj – 3,0)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 10,2; kraj – 7,6)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 213,8; kraj – 253,0)**
 - kolejki oczekujących: 210 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
37. Oddział neurochirurgiczny
- lekarze specjaliści (woj. – 0,7; kraj – 1,0) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 3,7; kraj – 5,1)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 10,4; kraj – 7,3)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 329,4; kraj – 273,6)**
 - kolejki oczekujących: 9 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
38. Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej
- lekarze specjaliści (woj. – 6,1; kraj – 5,7) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 26,0; kraj – 28,0)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 4,5; kraj – 5,4)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 222,4; kraj – 227,4)**
 - kolejki oczekujących: 56 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
39. Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci
- lekarze specjaliści (woj. – 1,3; kraj – 1,5) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste: 33 łóżka, woj.: 0,7 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 3,7;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 233,4;
 - kolejki oczekujących: 0 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.

40. Oddział okulistyczny
- lekarze specjaliści (woj. – 5,4; kraj – 6,3) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 5,8; kraj – 8,4)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 1,8; kraj – 2,3)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 154,9; kraj – 161,1)**
 - kolejki oczekujących: 63 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
41. Oddział otolaryngologiczny
- lekarze specjaliści (woj. – 0,5; kraj – 0,4) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 8,7; kraj – 11,0)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 3,1; kraj – 3,1)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 234,3; kraj – 196,4)**
 - kolejki oczekujących: 91 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
42. Oddział chirurgii szczękowo-twarzowej
- łóżka rzeczywiste (woj. – 0,8; kraj – 1,4)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 4,1; kraj – 4,7)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 264,4; kraj – 180,5)**
 - kolejki oczekujących: 26 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
43. Oddział urologiczny
- lekarze specjaliści (woj. – 2,1; kraj – 2,2) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 7,5; kraj – 9,3)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 3,8; kraj – 3,1)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 246,3; kraj – 223,9)**
 - kolejki oczekujących: 25 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
44. Oddział psychiatryczny
- lekarze specjaliści (woj. – 5,4; kraj – 6,2) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste (woj. – 20,6; kraj – 13,2)**
 - przeciętny pobyt chorego (woj. – 28,1; kraj – 28,0)**
 - wykorzystanie łóżek w dniach (woj. – 360,1; kraj – 341,2)**
 - kolejki oczekujących: 44 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
45. Oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci
- lekarze specjaliści (woj. – 0,2; kraj – 0,4) - wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. osób;
 - łóżka rzeczywiste: 24 łóżka, woj.: 0,5 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 28,8;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 293,6;
 - kolejki oczekujących: 0 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
46. Oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie
- łóżka rzeczywiste: 38 łóżek, woj.: 0,2 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 29,5;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 290,6;
47. Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu
- łóżka rzeczywiste: 25 łóżek, woj.: 0,1 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 250,5;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 350,7;
 - kolejki oczekujących: 0 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
48. Oddział leczenia alkoholowych zespołów abst.
- łóżka rzeczywiste: 46 łóżek, woj.: 0,2 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 8,7;

- wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 293,0;
 - kolejki oczekujących: 1 dzień - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.
49. Oddział terapii uzależnień od alkoholu i współuzależnienia
- łóżka rzeczywiste: 60 łóżek, woj.: 0,3 - wsk. na 10 tys. ludności;
 - przeciętny pobyt chorego w dniach: woj. 33,4;
 - wykorzystanie łóżek w dniach: woj. 300,8;
 - kolejki oczekujących: 5 dni - średni rzeczywisty czas oczekiwania w grudniu 2013 r.

8. Profilaktyka.

Zgłaszalność na badania przesiewowe w ramach krajowych programów zdrowotnych kształtuje się wśród mieszkańców województwa na poziomie zazwyczaj niższym niż średnia krajowa. W przypadku badań mammograficznych na poziomie od 33% do 38,8%, badań cytologicznych 23,95% do 30,46%.⁴¹

Programy profilaktyczne realizowane przez samorządy i nadzorowane przez nich jednostki ochrony zdrowia koncentrują się głównie na edukacji antynikotynowej i antyalkoholowej. Stosunkowo dobrze realizowana jest profilaktyka stomatologiczna wśród dzieci w wieku przedszkolnym. Natomiast poza nielicznymi przypadkami (Samorząd Województwa i Miasto Rzeszów), nie są w ogóle realizowane programy zdrowotne i profilaktyczne dotyczące najczęściej występujących schorzeń. Jednak w przypadku prowadzonych przez samorządy programów, zgłaszalność bywa na niewystarczającym poziomie (np. profilaktyka raka jelita grubego u mężczyzn).

W województwie podkarpackim nie występują szczególne obszary negatywnego oddziaływania na zdrowie społeczeństwa/osób pracujących. Obserwowany jest natomiast szczególny wzrost wśród chorób tzw. para zawodowych: schorzenia kręgosłupa, sercowo-naczyniowe, psychiczne.

W województwie notuje się duże braki zwłaszcza w tzw. profilaktyce wtórnej chorób układu naczyniowo-sercowego, co utrudnia powrót do normalnej aktywności zawodowej osób po przebytych zdarzeniach.

9. Obszary deficytowe z punktu widzenia wskaźnika zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych wyrażonego wysokością środków na 10 tys. ubezpieczonych

W województwie podkarpackim obserwuje się systematyczny wzrost liczby podmiotów leczniczych (w tym małych niepublicznych zakładów wykonujących usługi medyczne w ograniczonym zakresie), przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na świadczenia medyczne. Zjawisko to powoduje nieefektywną alokację środków pieniężnych na finansowanie ochrony zdrowia, a w związku z tym brak efektywnego wykorzystania pomieszczeń gabinetów, sprzętu diagnostyczno – medycznego. Dodatkowo, przy ograniczonym dostępie do aktywnej zawodowo kadry medycznej, szczególnie specjalistów, istnieje zagrożenie braku zabezpieczenia osobowego lub niewłaściwej alokacji wyspecjalizowanej kadry.

⁴¹ Krajowe Strategiczne Ramy Polityki w Obszarze Ochrony Zdrowia w Polsce, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2012, projekt

Ponadto w województwie podkarpackim notuje się w niektórych obszarach brak możliwości uzyskania wysokospecjalistycznych świadczeń lub obszary o wyraźnym deficycie w zakresie nakładów na finansowanie pewnego typu świadczeń.

Deficytowe z punktu widzenia wysokości nakładów finansowych na 10 tys. ubezpieczonych obszary dotyczą:

1. Echokardiografii płodu;
2. Gastroskopii i kolonoskopii;
3. Geriatrii;
4. Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych dla chorych psychicznie;
5. Poradni medycyny paliatywnej;
6. Diabetologii dla dzieci;
7. Chirurgii dla dzieci;
8. Leczenia stacjonarnego: oddziału alergologicznego, diabetologicznego, endokrynologicznego, immunologicznego, chorób płuc, onkohematologicznego dla dzieci oraz rehabilitacji pulmonologicznej;

Tabele z wybranymi wskaźnikami nakładów w województwie w relacji do innych województwa stanowią załącznik nr 1 do „Oceny...”

10. Infrastruktura

W województwie podkarpackim funkcjonuje 27 szpitali ogólnych i 2 szpitale psychiatryczne. (w tym 8 podmiotów wojewódzkich). Stan techniczny wielu budynków uległ zdecydowanej poprawie dzięki wysokim nakładom inwestycyjnym i remontowym i obecnie spełniają wymagane standardy określone przez Ministra Zdrowia. Niemniej jednak niektóre obiekty i oddziały wymagają modernizacji i doposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Najtrudniejsza w tym zakresie sytuacja ma miejsce w przypadku szpitalnych bloków operacyjnych.

Jeśli chodzi o sprzęt medyczny jaki funkcjonuje w w/w jednostkach to blisko połowa (48,9%) jest wykorzystywana już ponad 10 lat. Wśród najbardziej potrzebnych do uzupełnienia wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego wymienić należy: tomografy komputerowe, rezonanse magnetyczne, aparaty RTG, akceleratory radioterapeutyczne.

W bieżącym roku zainstalowano w szpitalu w Brzozowie aparat PET, jednakże badania na nim wykonywane nie zostały na razie objęte kontraktem z NFZ.

REKOMENDACJE

Współcześnie określa się misję państwa jako zapewnienie bezpieczeństwa i długookresowego dobrobytu obywatelom. Jednym z kluczowych warunków osiągnięcia powyższych celów, a jednocześnie elementarnym prawem człowieka, jest zdrowie i jego ochrona. Zaś skuteczne działanie w obszarze ochrony zdrowia wymagają długookresowego zaangażowania wszystkich struktur państwa odpowiedzialnych za ten obszar, w tym również samorządów i środowisk regionalnych, działających w sposób w pełni skoordynowany.

Wyzwania stojące przed całym krajem, w tym naszym województwem, ze względu na zmiany demograficzne i cywilizacyjny postęp, wymagają ogromnych nakładów i wysokiej efektywności. Stąd potrzeba określenia wspólnych dla całego województwa i wszystkich zainteresowanych środowisk celów i kierunków działań na następne lata, a także stałego monitorowania rezultatów podejmowanych działań. Poniższe wypracowane rekomendacje koncentrują się głównie na działaniach możliwych do podejmowania regionalnie, biorąc przy tym pod uwagę miarę dostępności do świadczeń zdrowotnych mieszkańców województwa, jako kluczowy wyznacznik podnoszenia jakości opieki zdrowotnej.

1. Lecznictwo stacjonarne – ocena stanu obecnego i priorytety działań.

Ogólna sytuacja w zakresie leczenia stacjonarnego w województwie podkarpackim jest dobra i w statystykach medycznych nie odbiega znacząco do średnich krajowych jeśli chodzi o liczbę placówek, personel, czas oczekiwania. Również analiza liczby łóżek ogółem w województwie podkarpackim wskazuje, iż generalnie liczba łóżek w zdecydowanej większości specjalizacji jest wystarczająca. Przy odpowiedniej wysokości kontraktu istnieje możliwość zabezpieczenia większości świadczeń medycznych w oparciu o istniejące zasoby kadrowe i sprzęt.

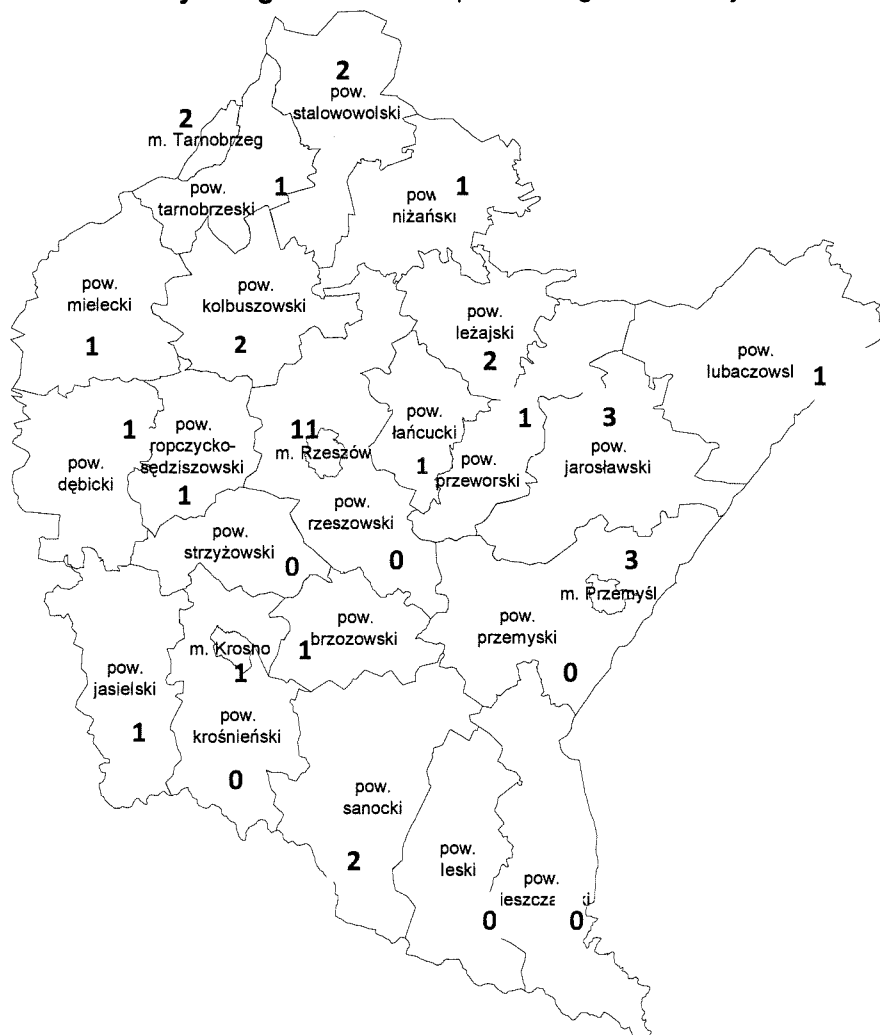
Niemniej jednak jednym z ważniejszych problemów dotyczących systemu leczenia zamkniętego w województwie podkarpackim jest odczuwalny w części specjalności brak lekarzy specjalistów. Ponadto w województwie występują w niektórych obszarach dość ważne braki w liczbie lub rozmieszczeniu placówek wysokospecjalistycznych. Stąd biorąc pod uwagę dane z części diagnostycznej, obiektywne wskaźniki w relacji województwo a kraj oraz opinie konsultantów wojewódzkich (materiał stanowi załącznik nr 2 do „Oceny...”) i Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Rzeszowie, sformułowano w propozycje poszerzenia zakresu świadczonych usług medycznych na terenie województwa w zakresie:

1. Geriatrii – wsparcie tworzenia oddziałów internistyczna-geriatrycznych, psychogeriatrycznych.
2. Onkologii – wspieranie rozwoju dwóch ośrodków w Rzeszowie i Brzozowie wraz z ewentualnymi ośrodkami filialnymi.
3. Hematologii – Rozbudowa O. Hematologii WSS.
4. Psychiatrii – tworzenie centrów zdrowia psychicznego.
5. Chorób płuc – utworzenie nowoczesnego centrum kompleksowego diagnozowania i leczenia wraz z rehabilitacją i opieką paliatywną.
6. Alergologii - utworzenie oddziału alergologicznego.
7. Kardiologii Dziecięcej – utworzenie ośrodka specjalistycznego.
8. Otolaryngologii dziecięcej – utworzenie oddziału dziecięcego.
9. Urologii dziecięcej – utworzenie oddziału dziecięcego.
10. Anestezjologii – utworzenie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej.

11. Ponadto w zakresie dotyczącym łącznie kilku specjalności postulowana jest modernizacja bloków operacyjnych szpitali, zwłaszcza wojewódzkich i wielospecjalistycznych.

2. Lecznictwo ambulatoryjne – analiza wybranych poradni.

1. Poradnie endokrynologiczne. Liczba poradni ogółem w województwie - 38



Lekarze w poradniach.

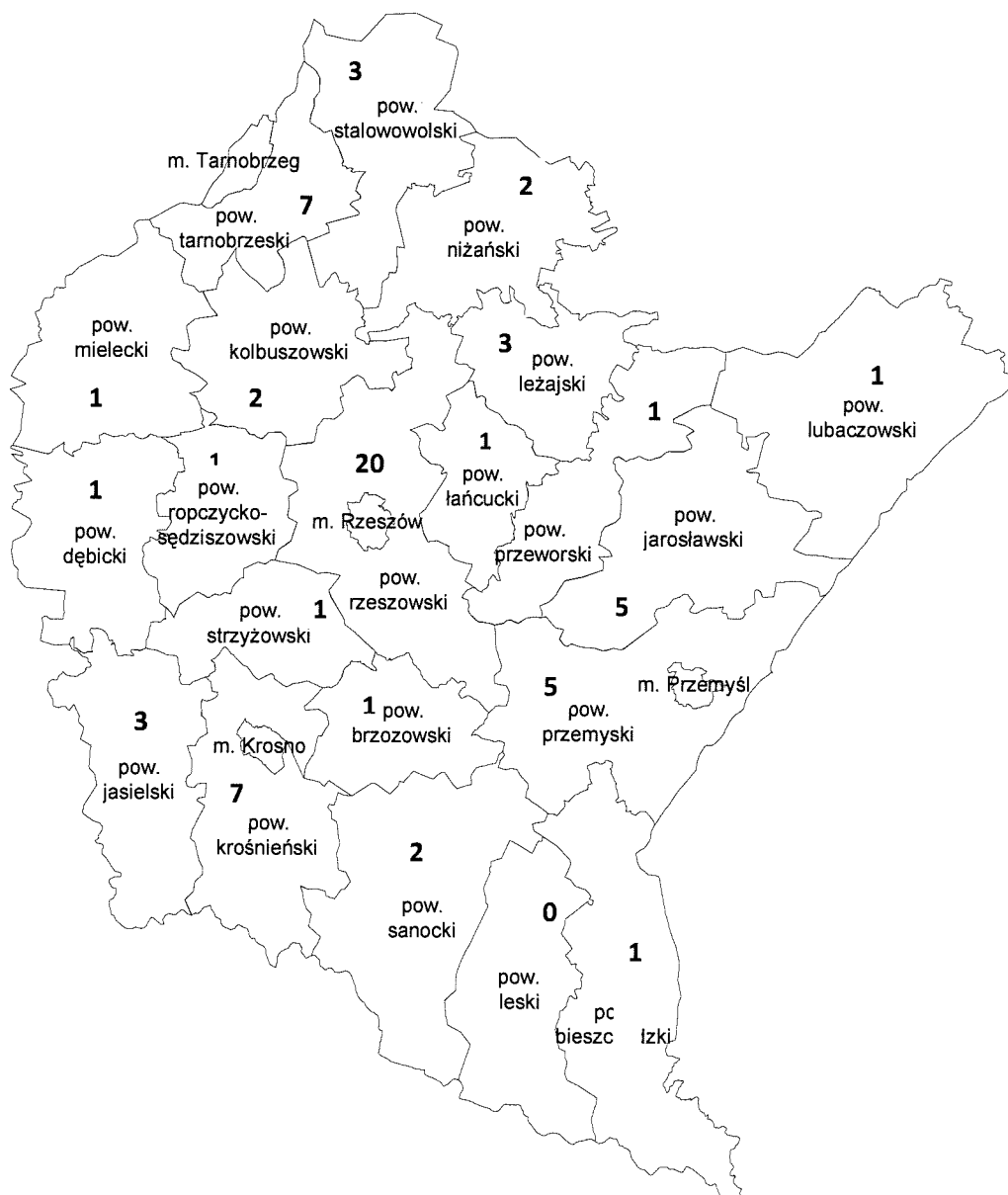
bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośnieński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łańcucki	mielecki	nizajski	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowski	strzyżowski	tarnobrzegi razem	
0	1	2	3	3	2	3	0	3	1	3	2	1	7	2	1	19	1	2	0	5	Lic zba
0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	Na 10ty s
00	15	15	25	26	32	19	00	43	18	38	15	15	51	25	14	54	10	18	00	49	

Zestawienie ilości i rozmieszczenia na terenie województwa poradni endokrynologicznych wskazuje na konieczność utworzenia poradni na terenie jednego z dwóch powiatów bieszczadzkich, w celu poprawy dostępności do tego typu świadczeń dla

mieszkańców w/w powiatów oraz w powiecie strzyżowskim. Ponadto poradni tego typu nie ma na terenach powiatów ziemskich krośnieńskim, przemyskim i rzeszowskim, niemniej jednak dostępność do specjalistów z tego obszaru zapewniają ośrodki i poradnie zlokalizowane w miastach-powiatach grodzkich Rzeszowie, Krośnie i Przemyśle.

Wskaźnik liczby lekarzy i poradni w ujęciu powiatowym wskazuje ponadto na wyższą niż średnia liczbę poradni w powiecie kolbuszowskim oraz wyższy niż średnia dla powiatów (bez b. miast wojewódzkich) wskaźnik liczby lekarzy z tej dziedziny na 10 tys. mieszkańców na terenie powiatów leżajskiego i łańcuckiego przy jednocześnie zbyt niskim - jak na ośrodek ponadlokalny - wskaźniku dla łącznie miasta i powiatu krośnieńskiego. W przypadku tych ostatnich oznaczać może konieczność zwiększenia liczby lekarzy i poprawy dostępności do specjalistów endokrynologów.

2. Poradnie kardiologiczne. Liczba poradni ogółem w województwie - 67



Lekarze w poradniach.

bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośniński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łańcucki	mielecki	nizański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowski	strzyżowski	tarnobrzeski razem	
1	6	2	15	7	2	20	0	7	1	3	3	6	15	5	2	52	7	12	2	14	Lic zba
0, 45	0, 90	0, 15	1, 23	0, 61	0, 32	1, 26	0, 00	1, 00	0, 18	0, 38	0, 22	0, 89	1, 09	0, 63	0,2 07	1, 49	0, 73	1, 10	0, 32	1, 37	Na 10t ys

Mapa nasycenia i rozmieszczenia poradni kardiologicznych obrazuje niemalże pełną (poza leskim i przemyskim) dostępność do poradni kardiologicznych w powiatach. Niemniej jednak analiza wskaźnika liczby poradni oraz liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców wykazuje znacznie niższy niż średnia w województwie wskaźnik w powiatach dębickim, mieleckim oraz lubaczowskim i ropczycko-sędziszowskim. Co wskazuje na konieczność poprawy dostępności do specjalistów w poradniach zwłaszcza w dwóch pierwszych stosunkowo licznie zamieszkiwanych powiatach.

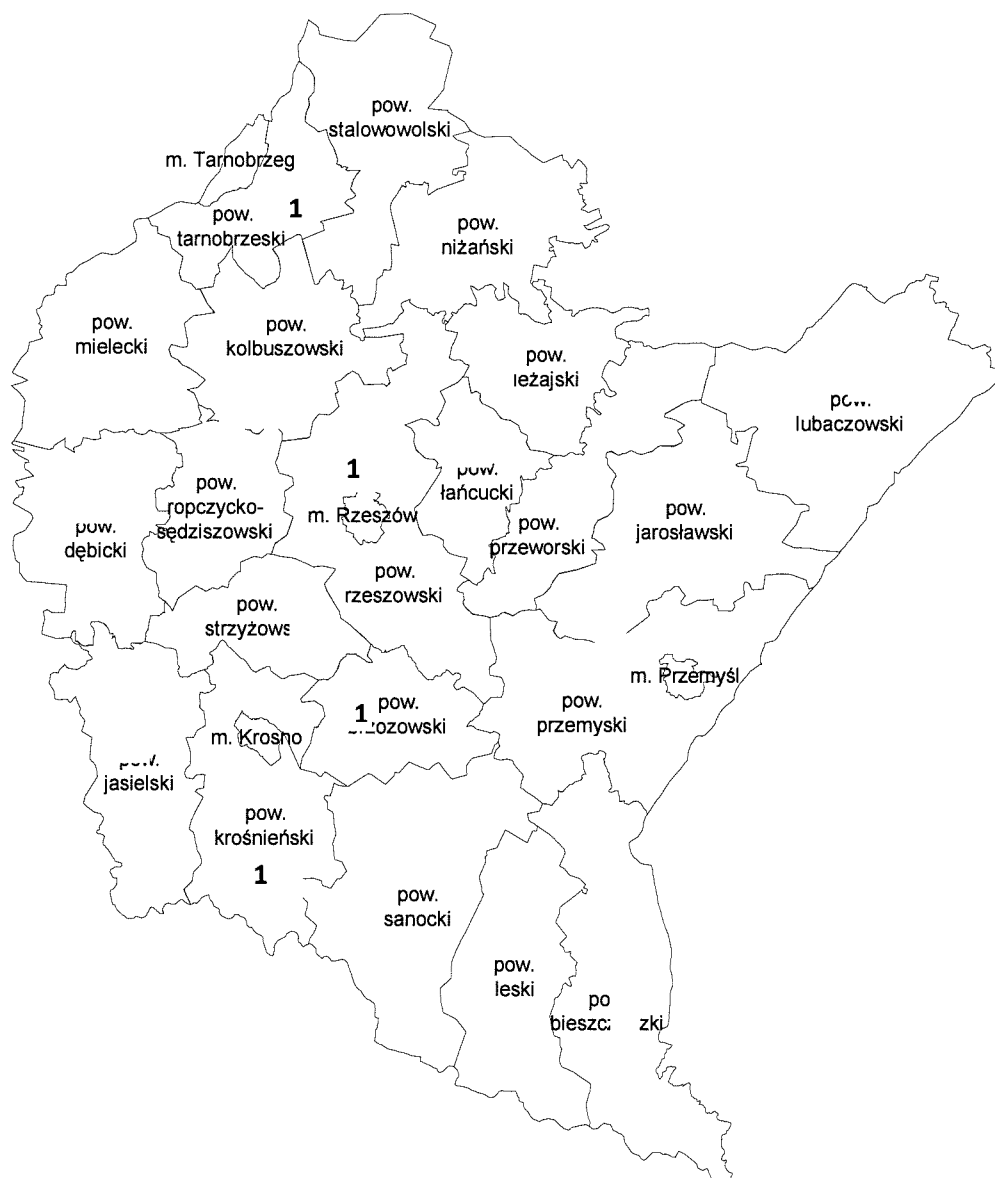
Należy również poprawić relacje i współpracę poradni specjalistycznych z systemem POZ, gdyż znacząca część porad w poradniach specjalistycznych sprowadza się do wypisania recepty i czy ustalenia dawki leku, co z kolei możliwe jest w ramach porady w opiece podstawowej.

3. Poradnie hematologiczne. Liczba poradni ogółem w województwie - 4

Lekarze w poradniach.

bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośniński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łańcucki	mielecki	nizański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowski	strzyżowski	tarnobrzeski razem	
0	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	1	Lic zba
0, 00	0, 90	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 06	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 20	0, 00	0, 00	0, 00	0, 10	Na 10t ys

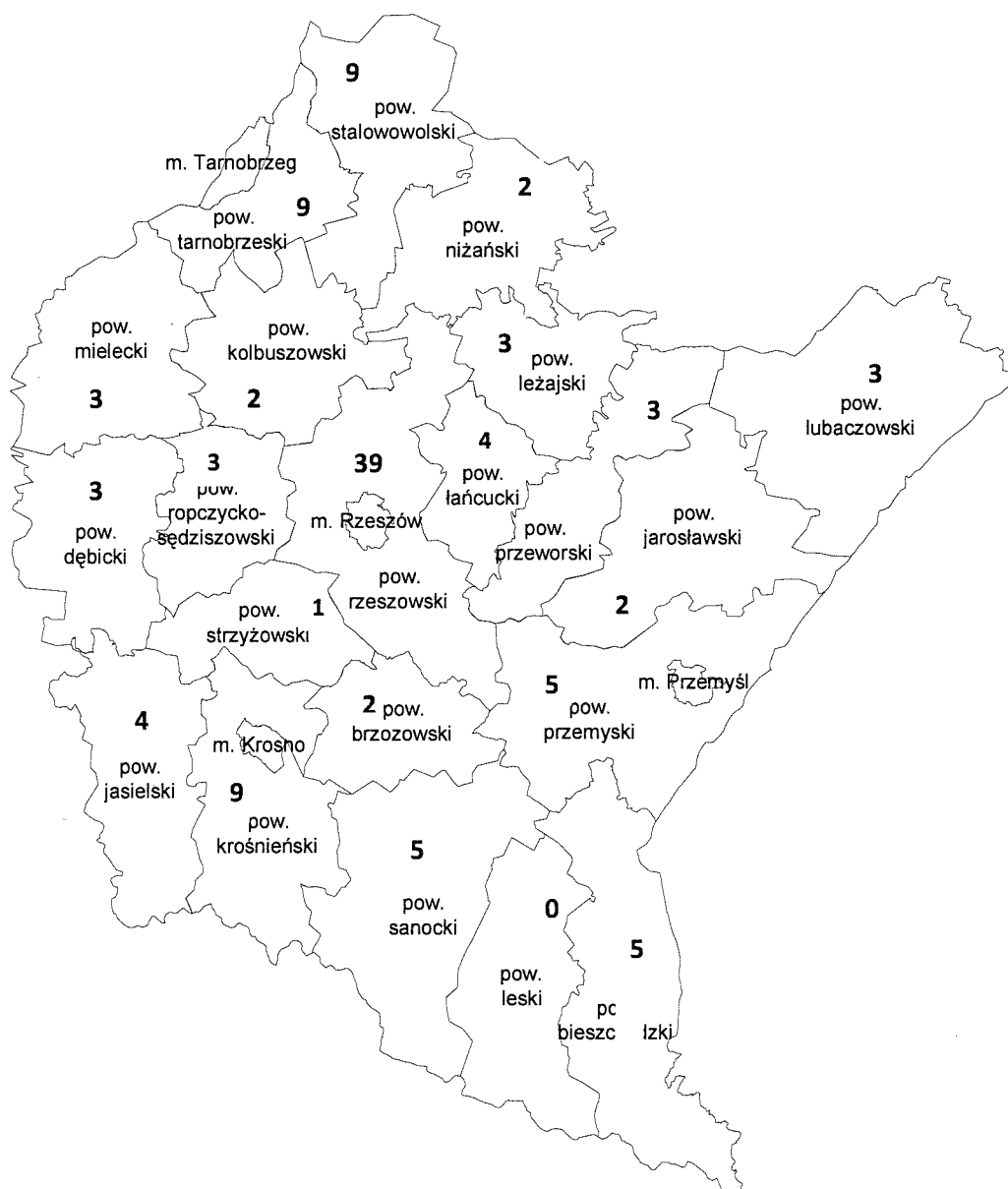
Poradnie hematologiczne.



Wysokospecjalistyczne procedury hematologiczne realizowane są głównie w poradniach przy specjalistycznych ośrodkach w WSS w Rzeszowie i Brzozowie, a ponadto w Tarnobrzegu i Krośnie.

Analiza wskaźników liczby lekarzy oraz poradni na 10 tys. mieszkańców oraz czasu oczekiwania pacjentów na świadczenie w poradniach wskazują na pilne potrzeby w zakresie skrócenia czasu oczekiwania na poradę hematologiczną w WSS w Rzeszowie oraz konieczność zatrudnienia hematologów w pozostałych większych ośrodkach miejskich województwa jak Mielec, Przemyśl, Dębica, Stalowa Wola.

4. Poradnie okulistyczne. Liczba poradni ogółem w województwie - 111



Lekarze w poradniach.

bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośnieński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łańcucki	mielecki	niżański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowolski	strzyżowski	tarnobrzęski razem	
1	2	4	7	4	2	20	0	3	5	4	3	2	12	5	3	58	6	10	1	9	Liczba
0, 45	0, 30	0, 30	0, 57	0, 35	0, 32	1, 26	0, 00	0, 43	0, 88	0, 50	0, 22	0, 30	0, 87	0, 63	0, 41	1, 66	0, 62	0, 92	0, 16	0, 88	Na 10tys

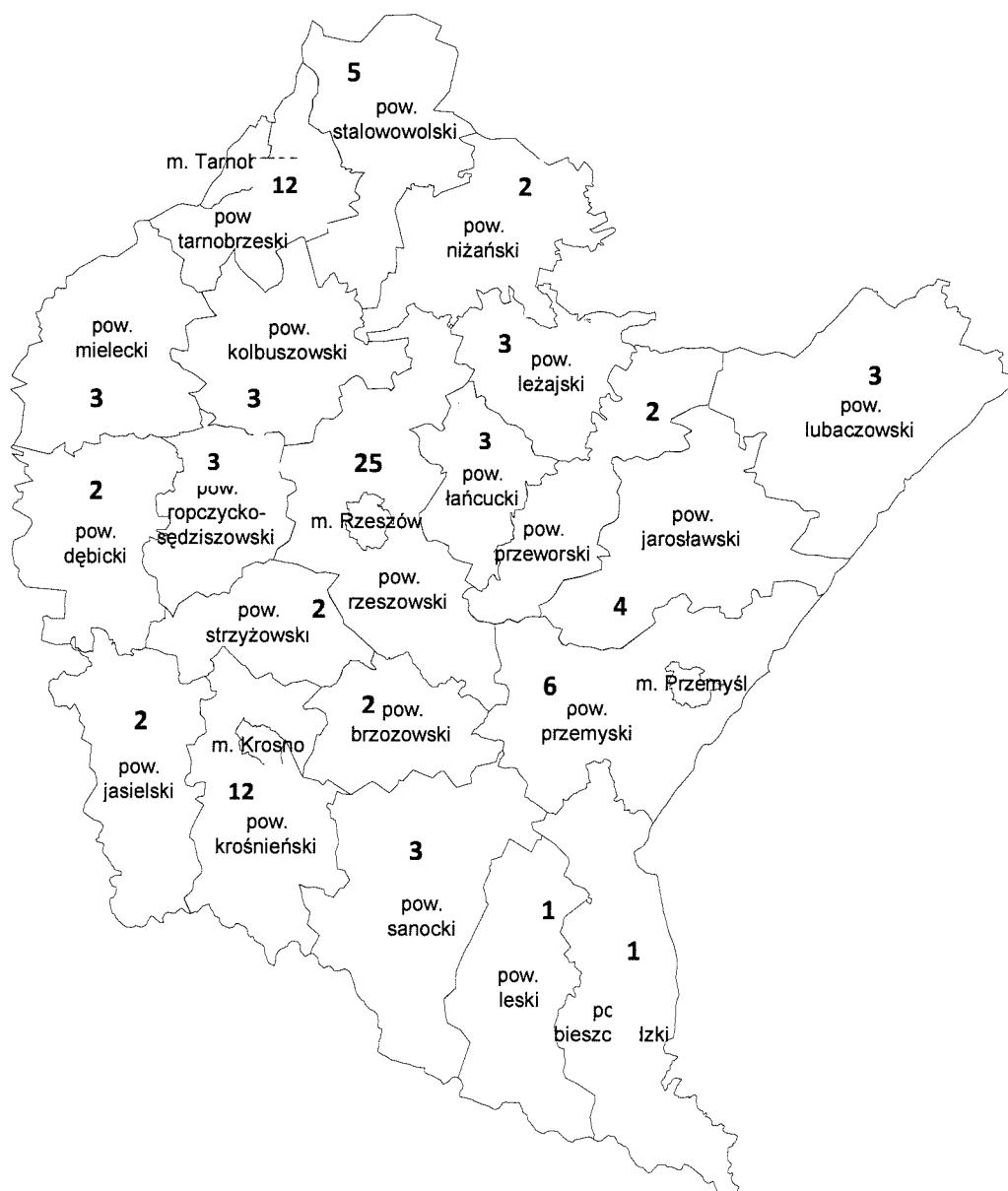
Liczba i rozkład poradni okulistycznych wskazuje na wystarczające nasycenie tego typu placówkami na terenie województwa. Poza powiatem leskim i przemyskim (obsługiwanym przez m. Przemyśl) wszystkie powiaty dysponują co najmniej kilkoma poradniami, a w przypadku Rzeszowa wydaje się (także w opinii konsultanta wojewódzkiego) potrzebnym nawet pewne ograniczenie liczby placówek z którymi zawierany jest kontrakt.

Poza wspomnianymi powiatami bez poradni, niskim wskaźnikiem dostępności poradni i lekarzy okulistów charakteryzują się powiaty strzyżowski i mielecki, nieco lepsze wskaźniki, choć także niskie notowane są w powiatach dębickim i brzozowskim.

Niemniej jednak w opinii zespołu należy dążyć do poprawy dostępności do tego typu świadczeń, zwłaszcza w powiatach o najniższym wskaźniku.

W przypadku okulistyki dużym problemem wymagającym pilnego rozwiązania jest duża liczba oczekujących na zabieg usuwania zaćmy i bardzo długie kolejki.

5. Poradnie otolaryngologiczne. Liczba poradni ogółem w województwie - 98



Lekarze w poradniach.

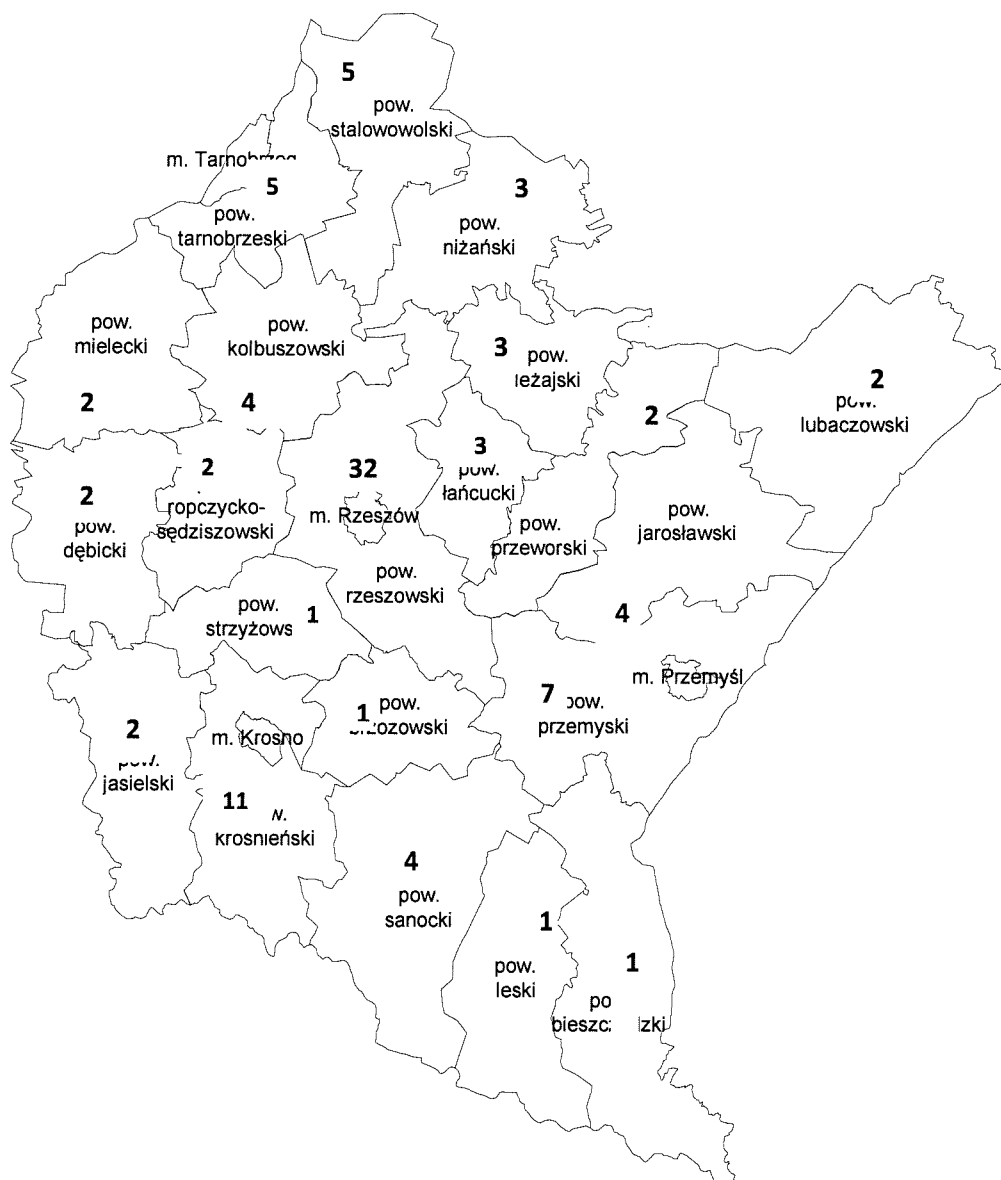
bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośnieński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łanęcucki	mielecki	nizkański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowski	strzyżowski	tarnobrzeczki razem	
1	2	3	6	4	2	21	2	3	6	6	6	3	14	2	2	37	4	9	2	13	Lic zb a
0, 45	0, 30	0, 22	0, 49	0, 35	0, 32	1, 32	0, 75	0, 43	1, 05	0, 75	0, 44	0, 44	1, 02	0, 25	0, 27	1, 06	0, 42	0, 83	0, 32	1, 27	Na 10t ys

Poradnie otolaryngologiczne funkcjonują praktycznie w każdym powiecie województwa. Najwyższy wskaźnik liczby poradni przypadających na 10 tys. mieszkańców zanotowano w powiatach (łącznie grodzkim i ziemskim) rzeszowskim i krośnieńskim, zaś najniższy w powiatach dębickim i jasielskim. Podobnie sytuacja ma się w przypadku wskaźnika liczby lekarzy na mieszkańca gdzie najwyższe jego wartości są w powiatach krośnieńskim, rzeszowskim i tarnobrzeczkim, zaś najniższe w ponownie w dębickim i przeworskim.

6. Poradnie neurologiczne. Liczba poradni ogółem w województwie - 96

Lekarze w poradniach.

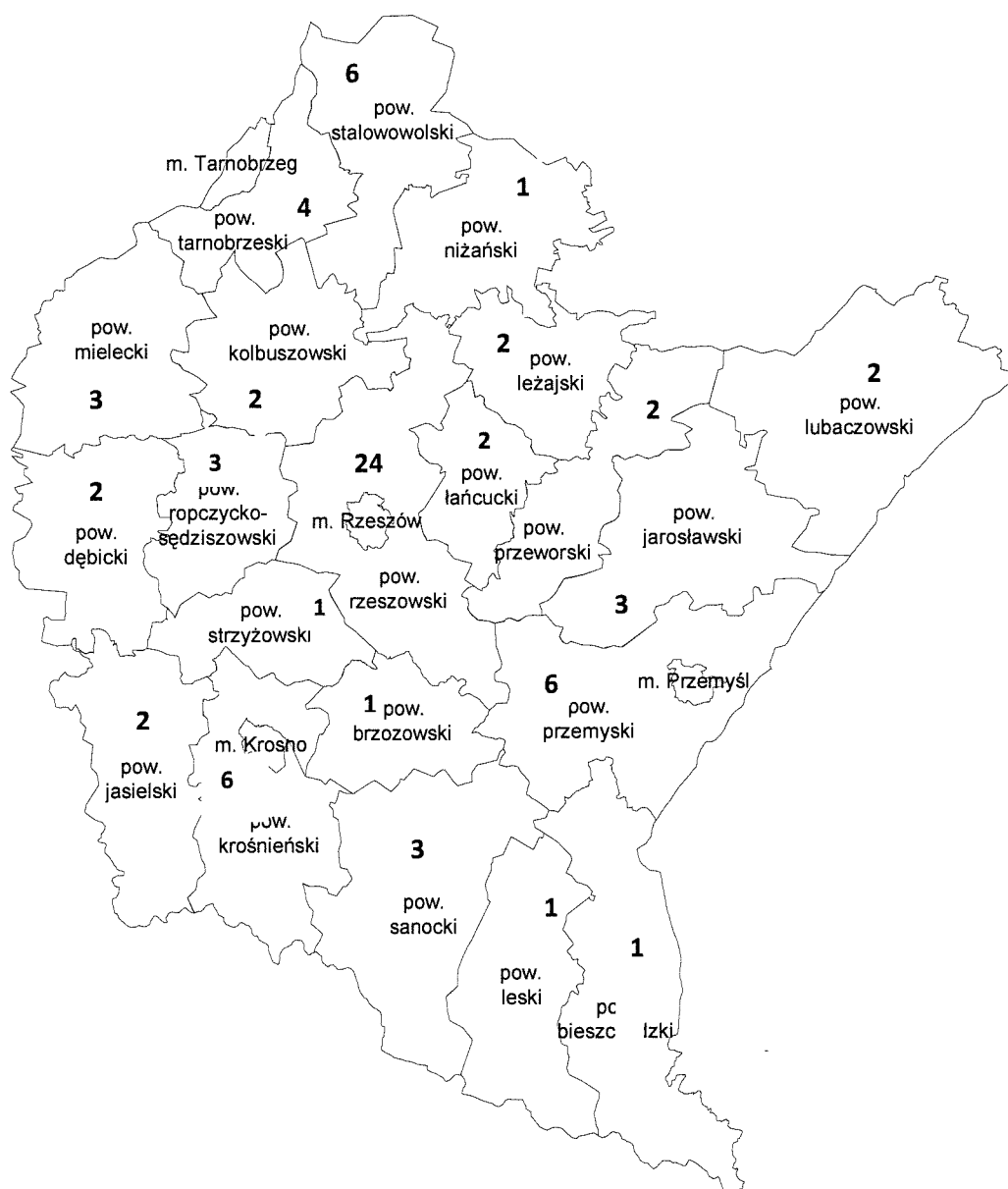
bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośnieński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łanęcucki	mielecki	nizkański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowski	strzyżowski	tarnobrzeczki razem	
3	6	6	11	9	4	24	1	6	2	11	3	4	19	6	3	70	9	12	3	7	Lic zb a
1, 35	0, 90	0, 44	0, 90	0, 78	0, 64	1, 51	0, 37	0, 86	0, 35	1, 38	0, 22	0, 59	1, 38	0, 76	0, 41	2, 01	0, 94	1, 10	0, 48	0, 69	Na 10t ys



Analiza rozkładu poradni neurologicznych na terenie województwa podkarpackiego pokazuje, że poradnie tego typu funkcjonują praktycznie we wszystkich powiatach. Najwyższy wskaźnik dostępności poradni notuje się w powiatach (łącznie grodzkim i ziemskim) rzeszowskim i krośnieńskim oraz kolbuszowskim, zaś najniższa statystycznie dostępność poradni występuje na terenie powiatów brzozowskiego, dębickiego i mieleckiego. Natomiast wskaźnik dostępności lekarzy neurologów, mierzony liczbą zatrudnionych lekarzy w powiecie przez liczbę mieszkańców, najwyższy zanotowano w rejonach rzeszowskim i krośnieńskim. Najniższy zaś rejestrowano w powiatach mieleckim i lubaczowskim.

W świetle rejestrowanego w ostatnich latach znaczącego wzrostu liczby leczonych chorych w poradniach neurologicznych. Czas oczekiwania w poradniach wynosi od 1 do 2,5 miesiąca, zaś oczekiwanie na wykonanie badań TK, RM, EMG, UDP Doppler jest bardzo długie, co pogarsza dostępność i warunki leczenia. Wobec powyższego należy dążyć do zwiększenia dostępności leczenia neurologicznego poprzez zwiększenie liczby lekarzy w systemie i poradni.

7. Poradnie dermatologiczne. Liczba poradni ogółem w województwie - 76



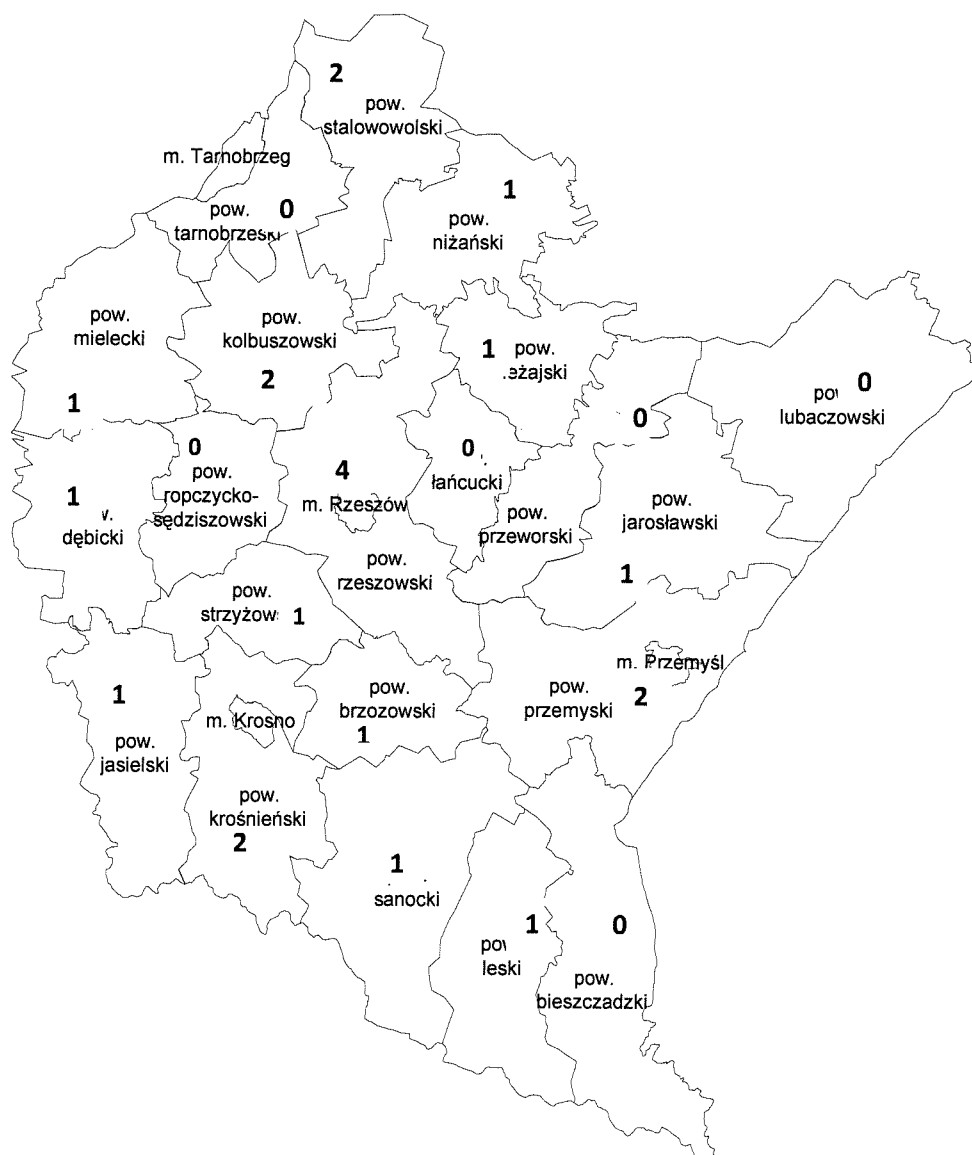
Lekarze w poradniach.

bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krosniński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łańcucki	mielecki	nżański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowolski	strzyżowski	tarnobrzski razem	
1	1	3	4	6	3	9	1	3	3	3	3	2	15	4	3	35	5	11	1	6	Lic zb a
0, 45	0, 15	0, 22	0, 33	0, 52	0, 48	0, 57	0, 37	0, 43	0, 53	0, 38	0, 22	0, 30	1, 09	0, 50	0, 41	1, 00	0, 52	1, 01	0, 16	0, 59	Na 10t ys

Analiza rozkładu poradni dermatologicznych na terenie województwa podkarpackiego wskazuje na pełne nasycenie poradniami powiatowych jednostek administracyjnych. Poradnie tego typu funkcjonują praktycznie we wszystkich powiatach. Najwyższy wskaźnik liczby poradni na 10 tys. mieszkańców notuje się w powiatach (łącznie grodzkim i ziemskim) przemyskim i rzeszowskim oraz stalowowolskim, zaś najniższy wskaźnik występuje w rejonie tarnobrzeskim i powiatach brzozowskim, dębickim i nizańskim. Natomiast wskaźnik dostępności lekarzy dermatologów, mierzony liczbą zatrudnionych lekarzy w powiecie przez liczbę mieszkańców, najwyższy zanotowano w rejonach przemyskim i rzeszowskim oraz stalowowolskim. Najniższy zaś rejestrowano na terenie powiatów brzozowskiego i strzyżowskiego.

W powyższym kontekście większy nacisk powinien zostać położony na rozwój poradnictwa alergologicznego.

8. Poradnie alergologiczne. Liczba poradni ogółem w województwie - 22



Lekarze w poradniach.

bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośnieński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łańcucki	mielecki	niżański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowlowski	strzyżowski	tarnobrzeski razem	
0	1	2	1	1	3	5	1	1	0	0	1	1	3	0	0	10	1	3	1	0	Lic zb a
0,00	0,15	0,15	0,08	0,09	0,48	0,31	0,37	0,14	0,00	0,00	0,07	0,15	0,22	0,00	0,00	0,29	0,10	0,28	0,16	0,00	Na 10t ys

Zestawienie ilości i rozmieszczenia na terenie województwa poradni alergologicznych wskazuje, iż nie we wszystkich powiatach zanotowano dostępność do tego typu poradni. W większości powiatów funkcjonuje jedna poradnia alergologiczna. W świetle rosnącej liczby zachorowań na tego typu schorzenia istnieje konieczność utworzenia poradni na terenie jednego powiatów bieszczadzkiego, lubaczowskiego, łańcuckiego, przeworskiego, ropczycko-sędziszowskiego oraz rejonu tarnobrzeskiego. Natomiast analiza wskaźnika liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców wykazuje stosunkowo dobrą sytuację jeśli chodzi o dostępność lekarzy w powiatach kolbuszowskim, leskim, krośnieńskim (m. Krosno i powiat ziemski), rzeszowskim (m. Rzeszów i powiat ziemski) oraz powiecie stalowowlowskim. Natomiast niski wskaźnik dostępności lekarzy, oprócz powiatów gdzie nie ma poradni, występuje w powiatach mieleckim, jarosławskim i jasielskim.

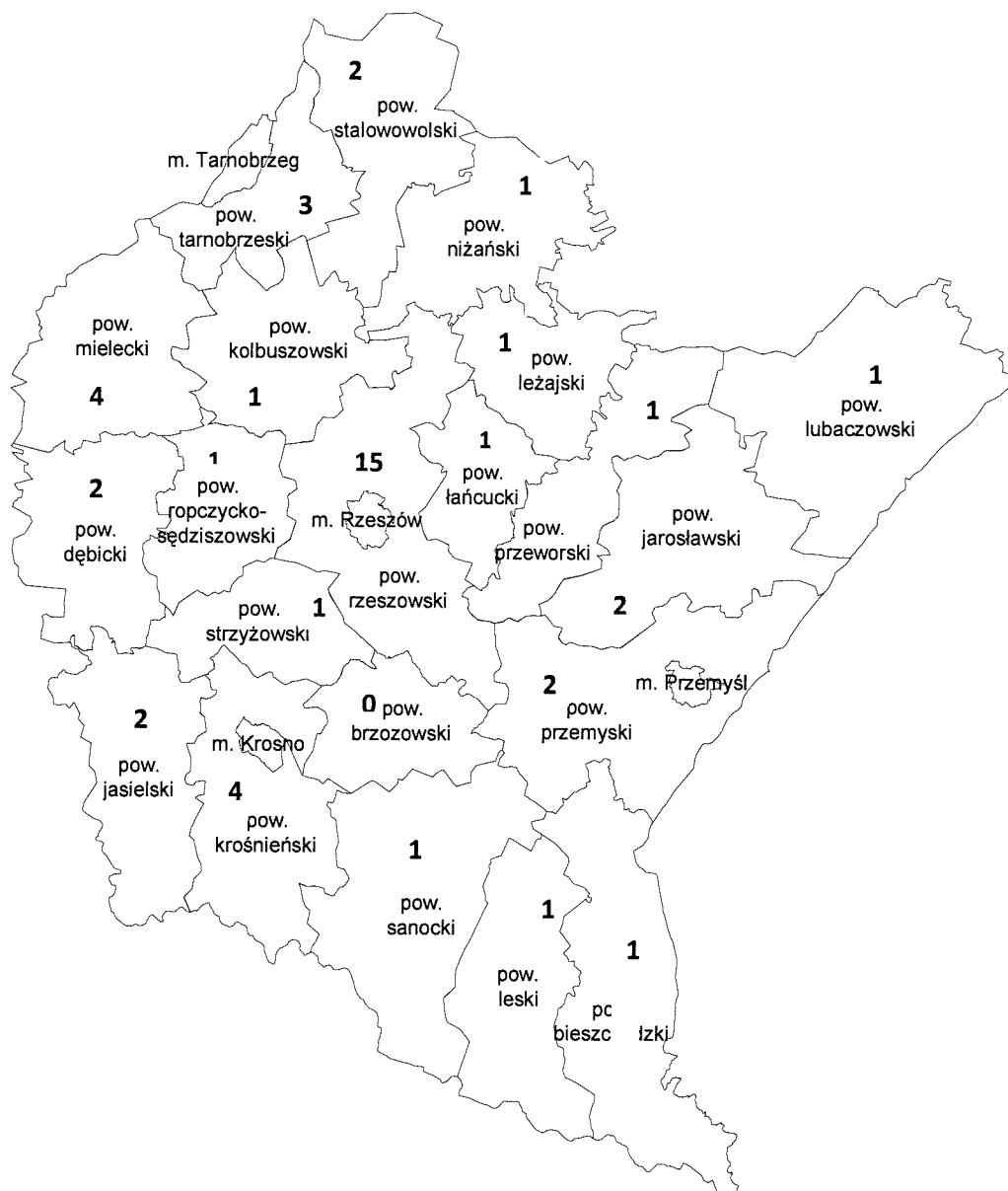
Powyższe dane w kontekście niezwyklej dynamiki rozwoju chorób alergicznych i zwiększaniu się z roku na rok liczby pacjentów wskazują konieczność znaczącego poszerzenia możliwości diagnostycznych dla mieszkańców województwa, zwłaszcza dzieci.

9. Poradnie pulmonologiczne. Liczba poradni ogółem w województwie - 46

Lekarze w poradniach.

bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośnieński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łańcucki	mielecki	niżański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowlowski	strzyżowski	tarnobrzeski razem	
1	0	2	2	3	1	9	1	3	3	3	9	2	9	3	1	38	3	2	2	7	Lic zb a
0,45	0,00	0,15	0,16	0,26	0,16	0,57	0,37	0,43	0,53	0,38	0,66	0,30	0,65	0,38	0,14	1,09	0,31	0,18	0,32	0,69	Na 10t ys

Poradnie pulmonologiczne

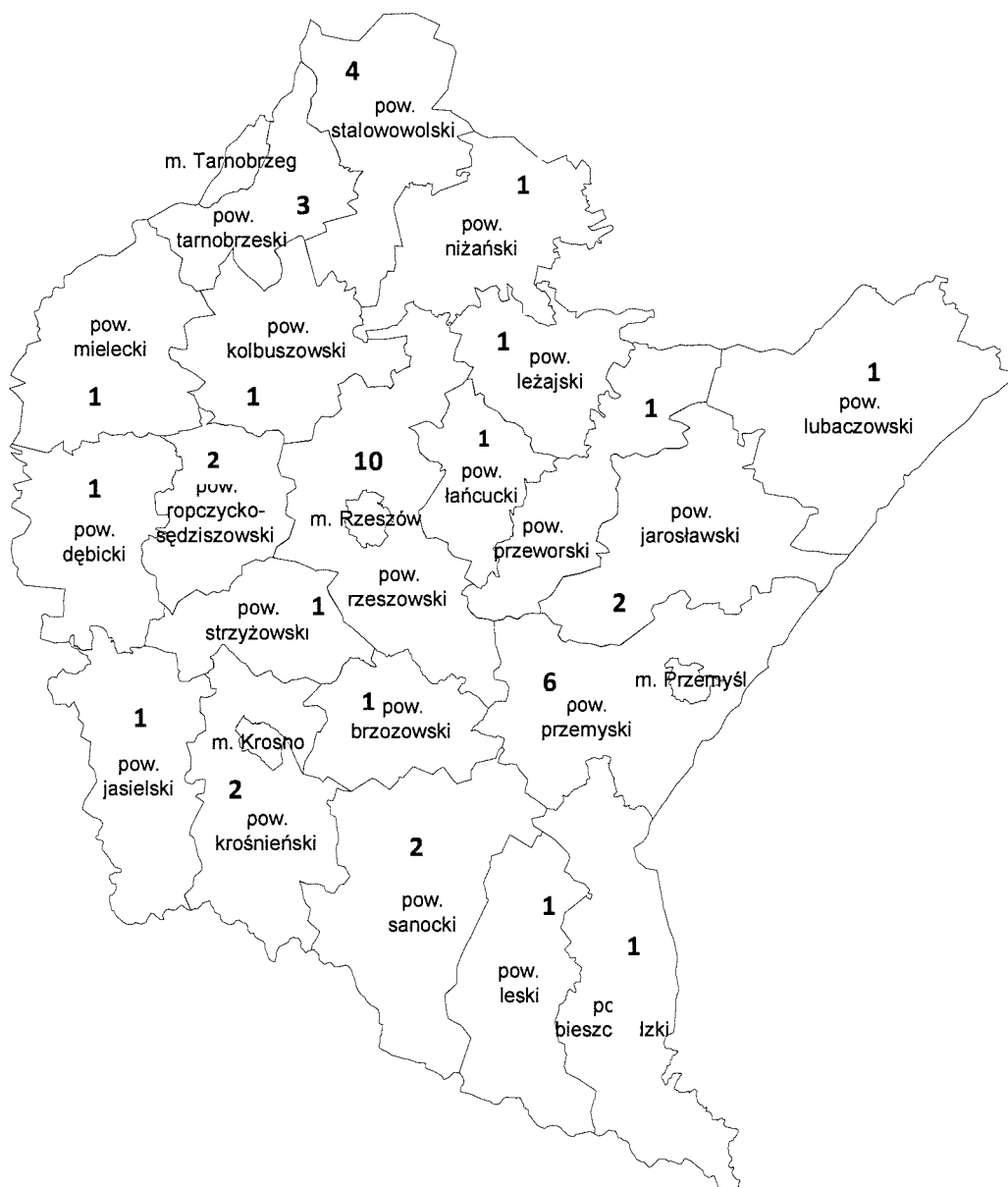


Rozmieszczenie geograficzne poradni pulmonologicznych na terenie województwa pokazuje, iż tego typu poradnia nie funkcjonuje na terenie powiatu brzozowskiego (powiat przemyski ziemski obsługiwany jest przez m. Przemyśl). Na terenie 13 powiatów funkcjonuje jedynie po 1 poradni, zaś w samym rejonie Rzeszowa i powiatu ziemskiego zarejestrowano 15 poradni.

Wskaźnik liczby lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców notuje najwyższe wartości we wspomnianym rejonie rzeszowskim oraz tarnobrzesckim, krośnieńskim i przemyskim, a także powiecie mieleckim. Najniższa dostępność do lekarzy mierzona tym wskaźnikiem występuje w powiatach ropczycko-sędziszowskim, dębickim, jarosławskim oraz kolbuszowskim.

W opinii Zespołu dostępność do opieki ambulatoryjnej jest niewystarczająca i należy dążyć do jej stosunkowo szybkiej poprawy.

10. **Poradnie ortopedyczne.** Liczba poradni ogółem w województwie - 43



Lekarze w poradniach.

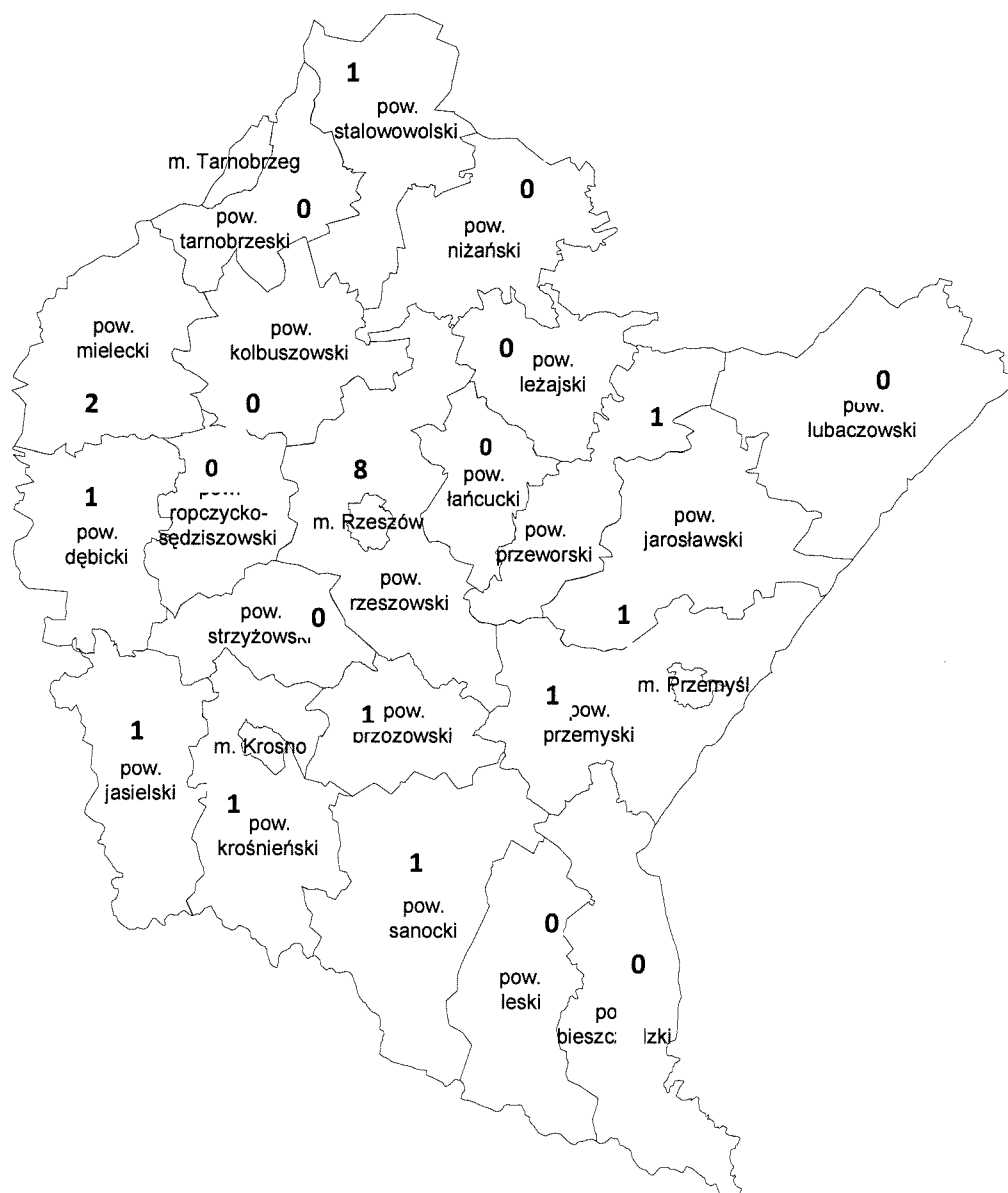
bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośnieński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łańcucki	mielecki	nizański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowolski	strzyżowski	tarnobrzegi razem	
4	7	5	8	5	2	12	2	5	5	6	12	4	24	6	2	57	9	12	5	10	Lic zb a
1, 80	1, 06	0, 37	0, 66	0, 43	0, 32	0, 75	0, 75	0, 71	0, 88	0, 75	0, 88	0, 59	1, 74	0, 76	0, 27	1, 63	0, 94	1, 10	0, 81	0, 98	Na 10t ys

Analiza rozkładu geograficznego poradni ortopedycznych wykazuje, iż nie występują one jedynie na terenie powiatów ziemskich krośnieńskiego i przemyskiego, jednak mieszkańcy tych powiatów mają dostęp do poradni w miastach Krosno (2 poradnie) i Przemyśl (6 poradni). Na terenie większości powiatów stępuje jedna poradnia. Najwyższy wskaźnik dostępności w tym względzie notują rejon przemyski i powiat stalowowolski.

Jeśli chodzi o wskaźnik dostępności lekarzy najwyższe jego wartości odnotowano w ośrodkach subregionalnych rzeszowskim, przemyskim i tarnobrzescim oraz powiatach bieszczadzkim, brzozowskim i stalowowolskim. Najniższa statystycznie dostępność występuje zaś w powiatach ropczycko-sędziszowskim, kolbuszowskim i dębickim.

W opinii Zespołu występuje niekorzystne zjawisko długich kolejek oczekujących pacjentów w poradniach ortopedycznych. Na poprawę sytuacji w tym względzie korzystnie wpłynąć mogłoby zwiększenie kontraktów z NFZ.

11. Rezonans Magnetyczny. Liczba pracowni ogółem w województwie - 19



Lekarze w pracowniach.

bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośnieński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łańcucki	mielecki	niżański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowski	strzyżowski	tarnobrzeski razem	
0	5	3	6	10	0	4	0	0	0	0	14	0	13	6	0	51	4	3	0	0	Lic zb a
0,00	0,75	0,22	0,49	0,87	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	1,03	0,00	0,94	0,76	0,00	1,46	0,42	0,28	0,00	0,00	Na 10t ys

Analiza rozmieszczenia rezonansów magnetycznych w placówkach ochrony zdrowia na terenie województwa podkarpackiego wskazuje na nierównomierność w dostępie do tego typu świadczeń. Nie dysponują rezonansem placówki w powiatach bieszczadzkim, kolbuszowskim, leżajskim, lubaczowskim, łańcuckim, niżańskim, ropczycko-sędziszowskim, strzyżowskim, leskim a także krośnieńskim, przemyskim (choć rezonanse znajdują się tam na terenie miast, powiatów grodzkich) a także w regionie tarnobrzeskim. W przypadku niektórych powiatów ze względu na stosunkową bliskość geograficzną większych ośrodków, dostęp do świadczeń jest tam możliwy, niemniej jednak w części powiatów stanowi to poważną barierę w dostępie do tak ważnego typu świadczeń. Liczba rezonansów na terenie całego województwa (19) daje średnią zbliżoną do norm europejskich niemniej ich rozkład jest nie jest w pełni równomierny. Należy przy tym również wziąć pod uwagę, iż już funkcjonujące rezonanse powinny być wymieniane na nowe po 10 latach.

Wśród powiatów posiadających na swym terenie rezonans wskaźnik dostępności lekarzy specjalistów przypadających na 10 tys. mieszkańców jest mocno zróżnicowany (od 0,22 do 1,46) co oznacza, że istnieje potrzeba doposażenia lub wymiany tego typu urządzenia w placówkach na terenie województwa.

Warto odnotować, iż korzystnym zjawiskiem w obszarze wyposażenia jednostek, jest fakt, iż NFZ w coraz większym stopniu stawia na jakość sprzętu w formułowaniu wymogów koniecznych do spełnienia przez oferentów co wyraża oczekiwania wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia.

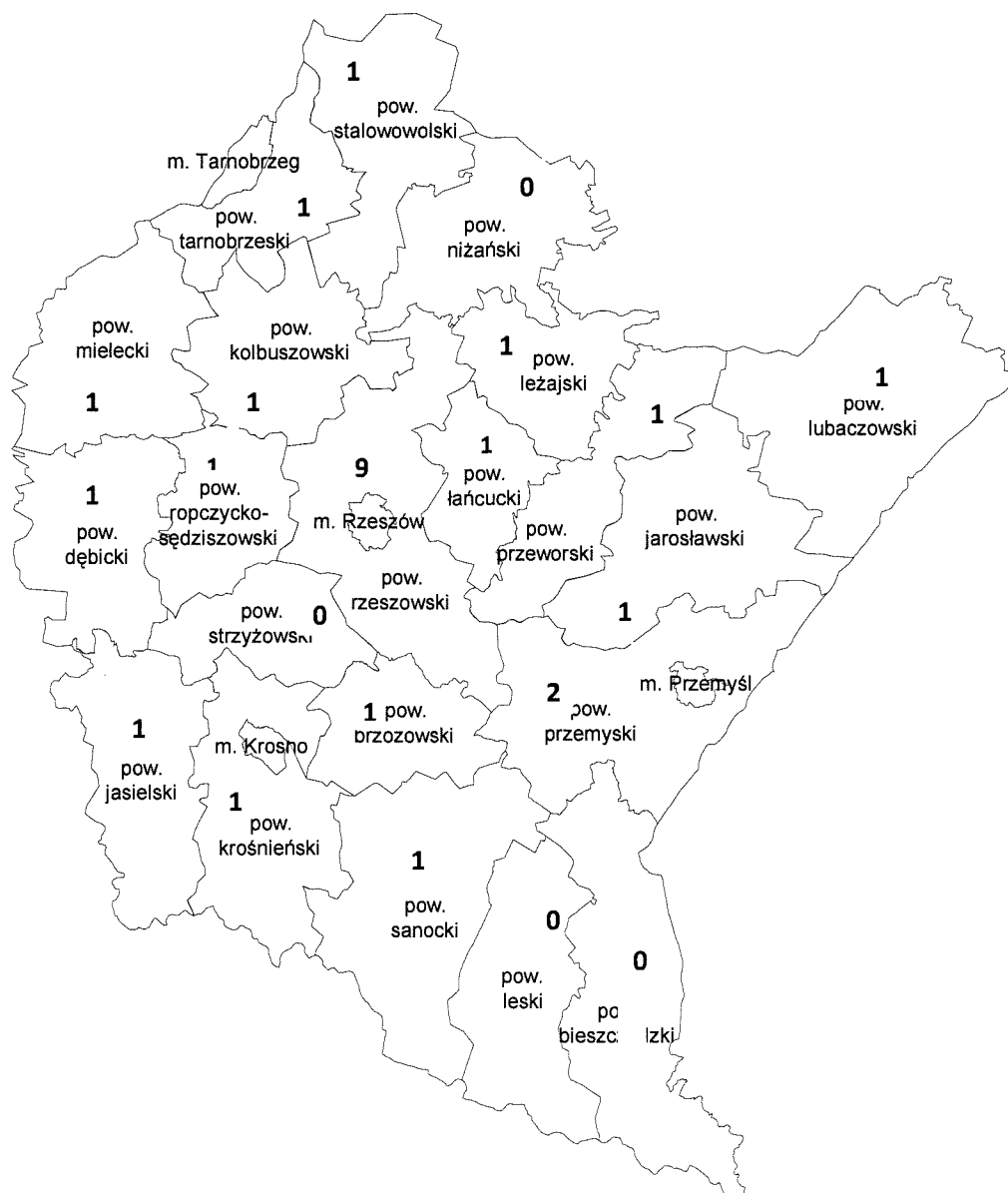
Ważnym aspektem rozważań na temat dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń diagnostycznych (jak RM, TK, itp.), jest fakt iż tego typu badania są odrębnie kontraktowane, co wpływa na wydłużanie kolejek oczekujących, gdyż wydaje się iż nie we wszystkich przypadkach świadczenie tego typu jest dla pacjenta niezbędne. Wydaje się, iż w przyszłości ważnym byłoby przeprowadzenie analizy funkcjonowania systemu diagnozowania pacjenta i zasadności kierowania na badania RM czy TK.

12. Tomografy Komputerowe. Liczba pracowni ogółem w województwie - 26

Lekarze w pracowniach.

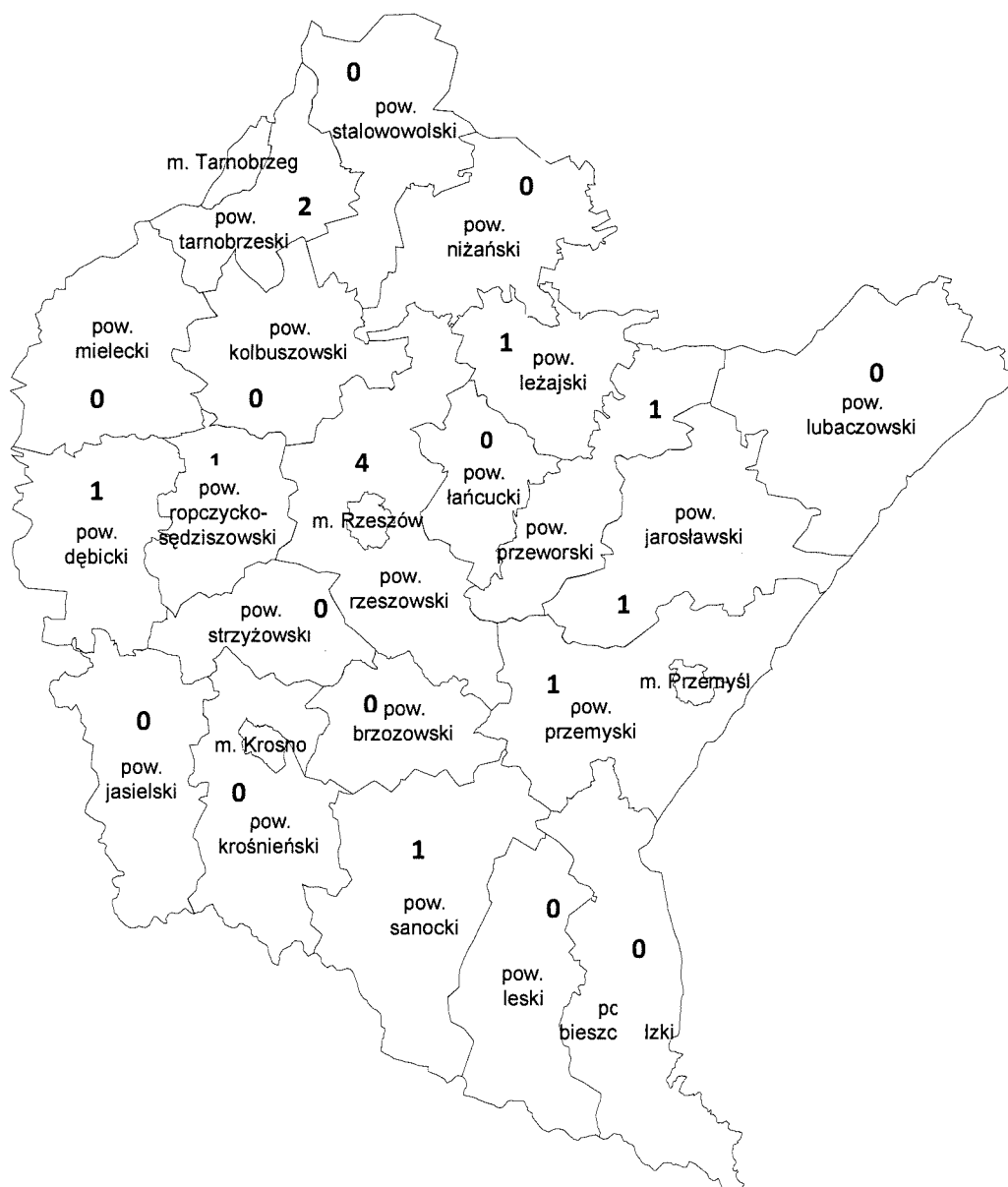
bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośnieński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łańcucki	mielecki	niżański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowolski	strzyżowski	tarnobrzeski razem	
0	4	3	6	5	2	7	0	3	3	5	2	2	15	5	3	44	5	2	0	6	Lic zb a
0, 00	0, 60	0, 22	0, 49	0, 43	0, 32	0, 44	0, 00	0, 43	0, 53	0, 63	0, 15	0, 30	1, 09	0, 63	0, 41	1, 26	0, 52	0, 18	0, 00	0, 59	Na 10t ys

Poradnie



Spośród powiatów posiadających TK najniższy wskaźnik mieszkańców przypadających na 1 lekarza specjalistę notowany jest w powiatach, stalowowolskim, dębickim i mieleckim.

13. Gastroskopia. Liczba pracowni ogółem w województwie - 13



Lekarze w poradniach.

bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośnieński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łańcucki	mielecki	nizański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowski	strzyżowski	tarnobrzeski razem	
0	5	1	3	2	0	3	0	1	0	0	0	1	3	1	1	20	1	4	1	5	Lic zb a
0, 00	0, 75	0, 07	0, 25	0, 17	0, 00	0, 19	0, 00	0, 14	0, 00	0, 00	0, 00	0, 15	0, 22	0, 13	0, 14	0, 57	0, 10	0, 37	0, 16	0, 49	Na 10t ys

Rozkład pracowni świadczących gastroscopię na terenie województwa ujawnia istotne braki na powiatowej mapie dostępu do poradni. Nie funkcjonują one w ponad połowie powiatów regionu: bieszczadzkim, brzozowskim, jasielskim, kolbuszowskim, lubaczowskim, łańcuckim, mieleckim, nizańskim, stalowowskim, strzyżowskim, leskim oraz całym subregionie krośnieńskim.

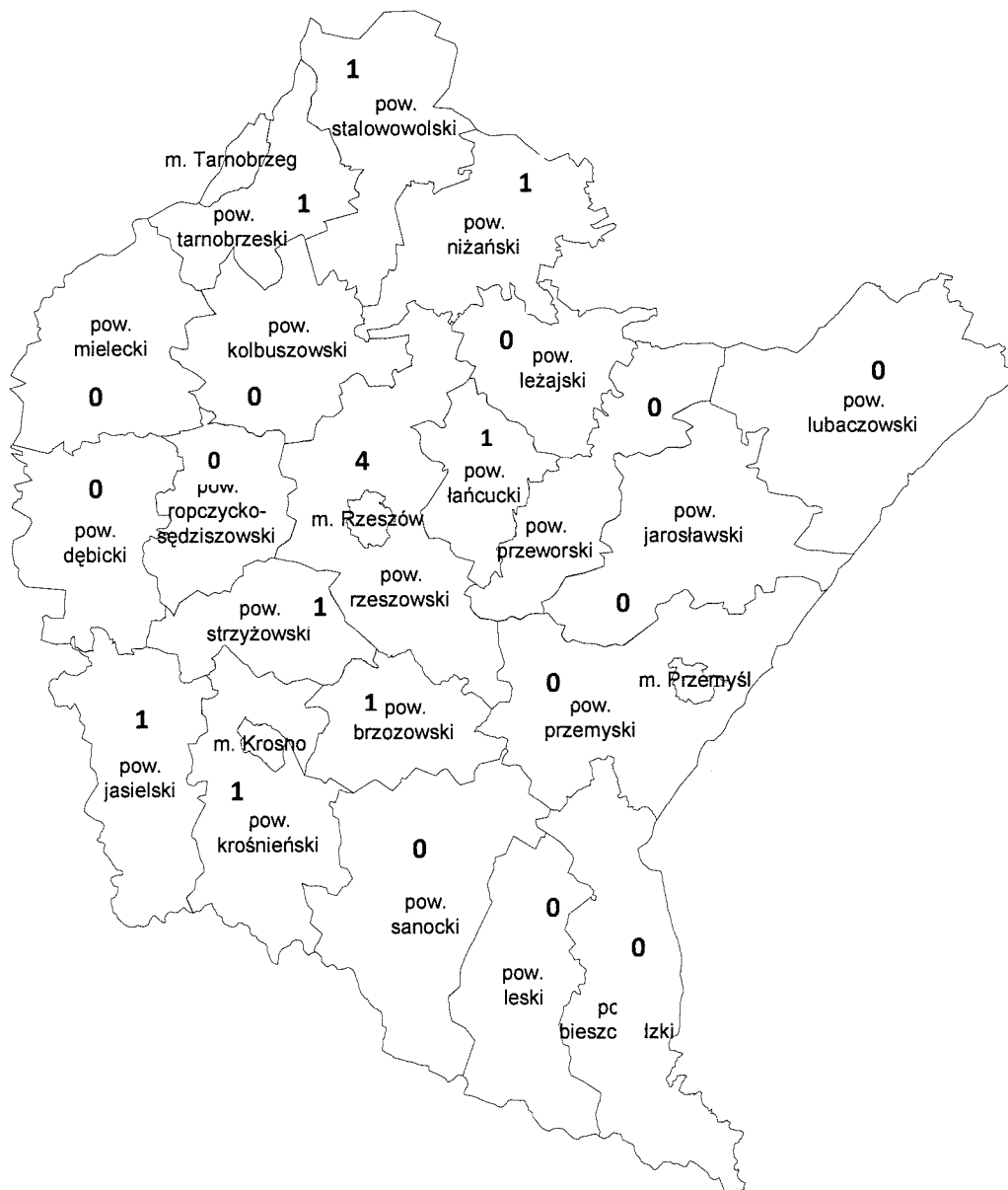
Należy dążyć do zdecydowanego zwiększenia ilości zakontraktowanych poradni udzielających tego typu świadczeń (lub ilości zakontraktowanych świadczeń) z równoczesnym zwiększeniem ilości miejsc specjalizacyjnych i ilości zatrudnianych lekarzy specjalistów. Warto również rozważyć wdrożenie przez samorządy systemu zachęt dla kadry medycznej chcącej podjąć na danym terenie zatrudnienie oraz modyfikację systemu pracy poradni np. na system 7 dniowego udzielania świadczeń.

14. **Kolonoskopia.** Liczba pracowni ogółem w województwie - 12

Lekarze w poradniach.

bieszczadzki	brzozowski	dębicki	jarosławski	jasielski	kolbuszowski	krośnieński razem	leski	leżajski	lubaczowski	łańcucki	mielecki	nizański	przemyski razem	przeworski	ropczycko-sędziszowski	rzeszowski razem	sanocki	stalowowski	strzyżowski	tarnobrzeski razem	
0	6	0	0	2	0	3	0	0	0	3	0	1	1	0	1	21	0	4	1	5	Lic zb a
0, 00	0, 90	0, 00	0, 00	0, 17	0, 00	0, 19	0, 00	0, 00	0, 00	0, 38	0, 00	0, 15	0, 07	0, 00	0, 14	0, 60	0, 00	0, 37	0, 16	0, 49	Na 10t ys

Poradnie.



Zestawienie zakontraktowanych poradni świadczących kolonoskopia obrazuje wyraźne nierówności w dostępie do poradni z tego zakresu. Po jednej poradni dysponują powiaty byłego województwa tarnobrzesckiego oraz zachodniej części byłego województwa krośnieńskiego oraz ośrodek rzeszowski wraz z powiatem łańcuckim. Stosunkowo dobry wskaźnik dostępności lekarzy notuje się w rejonie tarnobrzesckim i rzeszowskim, a także stalowowolskim, łańcuckim i brzozowskim.

W związku z rosnącą liczbą zachorowań oraz niskimi rezultatami realizowanego programu przesiewowego należy dążyć do istotnego zwiększenia liczby poradni świadczących tego typu badania, szczególnie we wschodniej części województwa od powiatu sanockiego, bieszczadzkich, poprzez przemyski, jarosławski do lubaczowskiego, a także w powiatach leżajskim, mieleckim i dębickim.

Podsumowując analizę w części lecznictwa ambulatoryjnego warto podkreślić, iż dostępność do tego sektora systemu ochrony zdrowia jest w miarę zrównowazona na terenie województwa. Rozmieszczenie poradni jak i ich wyposażenie jest stosunkowo dobre.

We wskazanych obszarach warto rozważyć zwiększenie finansowania ze środków NFZ, w obszarach dostępności specjalistów gdzie notuje się istotny deficyt należy dążyć do zwiększenia liczby zatrudnionych specjalistów. W tym kontekście, oprócz korekt w systemie kształcenia lekarzy i pielęgniarek, organy prowadzące powinny dążyć do wprowadzania systemu zachęt dla kadry medycznej i próbować optymalizować system pracy poradni.

3 Obszary wymagające skrócenia czasu oczekiwania pacjenta na zabiegi operacyjne

Z analizy danych NFZ na koniec sierpnia 2013 r. o kolejках oczekujących na świadczenia zdrowotne wydaje się, że deficytowych świadczeń jest znacznie więcej, np. w zakresie **endoprotezoplastyki stawu biodrowego**, czy na **zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)**.

Na świadczenie w zakresie **endoprotezoplastyki stawu biodrowego**:

- w Szpitalu Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie średni czas oczekiwania wynosi: 906 dni dla przypadków stabilnych i 298 dni dla przypadków pilnych;
- w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Sanoku średni czas oczekiwania wynosi: 46 dni dla przypadków stabilnych i 0 dni dla przypadków pilnych.

Na **zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)**:

- w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie średni czas oczekiwania wynosi: 929 dni dla przypadków stabilnych i 312 dni dla przypadków pilnych;
- w Wojewódzkim Szpitalu im. Zofii Z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu średni czas oczekiwania wynosi: 30 dni dla przypadków stabilnych i 7 dni dla przypadków pilnych.

Rozbieżności w oczekiwaniu na świadczenia zdrowotne wynikają m.in. z faktu, że czas oczekiwania jest uzależniony od renomy podmiotu leczniczego i związanej z tym wysokiej jakości świadczonych usług. Im większa renoma podmiotu, tym większe kolejki oczekujących.

Duży wpływ na wielkość kolejek oczekujących ma również wysokość kontraktu na poszczególne świadczenia zakontraktowane przez NFZ, w niektórych obszarach wskaźnik nakładów nie odbiega od średniej krajowej niemniej jednak związane jest to częściej z potrzebą zwiększania finansowania danych świadczeń w skali całego kraju. Bowiem podmioty lecznicze przekraczając wysokość kontraktu zawieszają wykonywanie świadczeń (tylko do przypadków ratujących życie) lub realizują je, ale w mniejszym zakresie niż byłoby to możliwe przy „pełnym finansowaniu” - dochodzi do tzw. nadwykonań.

W omawianych przykładach wysokość środków na 10 tys. ubezpieczonych przekracza średnią krajową, dlatego w/w świadczenia nie zostały pokazane, jako deficytowe.

Biorąc pod uwagę zasoby kadrowe, bazę kubaturowo-sprzętową oraz obciążenie w wymienionych obszarach nie ma potrzeby dalszej rozbudowy i rozwoju bazy. Dysponuje bowiem możliwościami obsłużenia wszystkich zgłaszających się pacjentów przy zwiększających się nakładach środków kontraktowych.

4 Wsparcie profilaktyki

Obszar ten będzie silnie wspierany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej 2014-2020 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego, jako szczególnie ważny dla utrzymania mieszkańców województwa w jak najlepszej kondycji psychofizycznej na rynku pracy przy jednoczesnym ułatwieniu powrotu do pracy osobom w wieku aktywności zawodowej, które zostały zdiagnozowane jako czasowo niezdolne do pracy.

W oparciu o zdiagnozowane problemy w ramach priorytetu VI RPO podjęte zostaną działania promujące ochronę zdrowia i zdrowy tryb życia, ukierunkowane na rozwój postaw prozdrowotnych i pro środowiskowych wśród mieszkańców regionu. Uzupełnieniem powyższych działań będą programy propagujące codzienną aktywność fizyczną oraz zdrową dietę. Istotną rolę odgrywać będą działania profilaktyczne w zakresie wczesnego wykrywania chorób oraz leczenie, co przyczyni się do zmniejszenia zachorowalności i umieralności w zakresie chorób cywilizacyjnych, w szczególności chorób układu krążenia, układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego, chorób psychicznych i nowotworów, które współcześnie są przyczyną zbyt szybkiego opuszczania rynku pracy. Działania ukierunkowane będą na wczesną profilaktykę utrwalającą prawidłowe wzorce zdrowego stylu życia, w formie programów przesiewowych, w szczególności w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi (badania mammograficzne), raka szyjki macicy (badania cytologiczne), raka gruczołu krokowego (badanie PSA), raka narządów trawiennych, układu oddechowego. Istotnym elementem wsparcia będą również programy profilaktyczne w zakresie chorób zawodowych lub innych, przyczyniających się do przedwczesnego opuszczania rynku pracy i dezaktywacji zawodowej pracowników (np. profilaktyka pierwotna i wtórna w zakresie chorób kardiologicznych).

W ramach programu przewidziane zostały działania ukierunkowane zarówno na fizyczny, jak i psychiczny aspekt zdrowia, w związku z tym obejmuje on także wsparcie psychologiczne zmierzające m.in. do redukcji stresu związanego z wykonywaną pracą lub pozostawaniem bez zatrudnienia.

Słabe zdrowie postrzegane jest jako główny powód wcześniejszego odchodzenia na emeryturę, stąd też należy stworzyć odpowiednie zabezpieczenie zdrowotne poprzez zapewnienie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie dobrego stanu zdrowia.

Mając na uwadze powyższe należy podjąć działania na rzecz zmiany sposobu myślenia pracodawców, którzy powinni zainteresować się rozwiązaniami umożliwiającymi zarówno pozyskiwanie starszych pracowników, wykorzystanie ich wiedzy i doświadczenia, jak również pozwolić im na kontynuację zatrudnienia. W ramach priorytetu zaplanowane zostaną m.in. działania ukierunkowane na podniesienie wiedzy z obszaru zarządzania wiekiem, co będzie czynnikiem zwiększającym potencjał adaptacyjny przedsiębiorstw.

Ponadto pomoc obejmować będzie opracowanie i wdrażanie programów rehabilitacji leczniczej/medycznej ułatwiających powrót do pracy dla osób w wieku aktywności zawodowej (18-67), które z różnych przyczyn zdiagnozowane zostały jako osoby niezdolne do pracy (czasowa niezdolność do pracy). Wsparcie zorientowane będzie na zwiększenie ilości świadczeń oraz wzrost poziomu jakości usług w zakresie rehabilitacji przyczyniającej się do powrotu osób w wieku produkcyjnym na rynek pracy.

W celu wydłużenia okresu aktywności zawodowej mieszkańców oraz zwiększenia liczby lat przeżytych w zdrowiu realizowane będą programy zdrowotne ukierunkowane na eliminowanie szkodliwych dla zdrowia czynników ryzyka w miejscu pracy, programy przekwalifikowania pracowników długotrwale pracujących w warunkach szczególnych, przygotowujące do kontynuowania pracy na innych stanowiskach, o mniejszym obciążeniu dla zdrowia. Uzupełnieniem powyższego wsparcia będzie podejmowanie działań

świadomościowych

w postaci kampanii społecznych na rzecz zwiększenia poziomu bezpieczeństwa i higieny pracy, rozwoju kultury bezpieczeństwa czy też zabezpieczenia przed wypadkami w pracy.

Powyższe wsparcie wpłynie pozytywnie na utrzymanie mieszkańców regionu w zdrowiu i tym samym wydłużenie okresu ich aktywności zawodowej.

Przykładowe typy projektów przewidziane priorytetem inwestycyjnym:

- promocja zdrowego trybu życia poprzez edukację zdrowotną i prośrodowiskową
- szkolenia z zakresu edukacji zdrowotnej prowadzące do rozwoju postaw prozdrowotnych i prośrodowiskowych
- wsparcie psychologiczne skierowane do osób:
 - ✓ zatrudnionych poprzez treningi służące przeciwdziałaniu negatywnym skutkom stresu zawodowego
 - ✓ pozostających bez zatrudnienia, ze szczególnym uwzględnieniem osób długotrwale bezrobotnych
- szkolenia przekwalifikujące pracowników długotrwale pracujących w warunkach szkodliwych, przygotowujące do kontynuowania pracy na stanowiskach o mniejszym obciążeniu dla zdrowia
- szkolenia i doradztwo w zakresie zarządzania wiekiem w przedsiębiorstwie
- dofinansowanie doposażenia lub wyposażenia stanowisk pracy dostosowanych do potrzeb pracowników w starszym wieku lub niepełnosprawnych
- dofinansowanie aktywnego spędzania wolnego czasu pracowników
- współfinansowanie programów profilaktycznych pozwalających na utrzymanie osób zatrudnionych w zdrowiu, a tym samym wydłużenie okresu ich aktywności zawodowej w tym:
 - ✓ badania przesiewowe m.in. : badania mammograficzne/USG piersi, badania cytologiczne, badania endoskopowe, badanie PSA
 - ✓ badania w kierunku chorób zawodowych
- współfinansowanie rehabilitacji leczniczej/medycznej ułatwiającej osobom w wieku produkcyjnym powrót do pracy lub utrzymanie aktywności zawodowej

5. Kierunek lekarski

Jednym z najważniejszych zadań Strategii Rozwoju Województwa Podkarpackiego – jest utworzenie kierunku lekarskiego na Wydziale Medycznym UR.

Pierwsze działania zmierzające do utworzenia kierunku lekarskiego w naszym regionie zostały podjęte jeszcze w 2006 roku, kiedy to Województwo Podkarpackie wydzieliło i przekazało za 1% wartości na cele dydaktyczne uniwersytetu działkę o powierzchni 22 arów przy ul. Warzywnej w Rzeszowie. Deklaracja współpracy dotycząca utworzenia kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Rzeszowskim pomiędzy Rektorem UR, Marszałkiem Województwa Podkarpackiego, Prezydentem Miasta Rzeszowa i Wojewodą Podkarpackim została zwarta we wrześniu 2012 roku. W 2013 roku dokonano zmiany statutu Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. F. Chopina w Rzeszowie oraz Podkarpackiego Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie polegającej na zmianie nazewnictwa oddziałów szpitalnych poprzez dopisanie „kliniczny oddział”.

Województwo Podkarpackie przekazało uniwersytetowi dwie działki o łącznej powierzchni ok. 65 arów na potrzeby budowy nowego budynku dydaktycznego - Zakład Nauk o Człowieku (budowa powinna rozpocząć się w 2014 roku). Projekt o wart. 23 mln, z dofinansowaniem UE w wys. 19,48 mln.

Podpisano umowy w zakresie jest udostępnienia oddziałów, zakładów i pracowni szpitala uniwersytetowi na potrzeby kształcenia studentów kierunku lekarskiego pomiędzy Uniwersyteciem Rzeszowskim a Szpitalem Woj. Nr 2, Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Rzeszowie, Szpitalem Miejskim w Rzeszowie oraz Centrum Medycznym w Łańcucie.

Trwa też budowa wartego 90 mln zł Przyrodniczo-Medycznego Centrum Badań Innowacyjnych, jednego z dwóch obiektów, które są konieczne, by w Rzeszowie uruchomić medycynę. Budynek powstaje przy ul. Litawora, będzie miał niespełna 13 tys. m kw. i aż 17 specjalistycznych laboratoriów, m.in. biologii molekularnej, patofizjologii narządu ruchu czy procesów metabolicznych. Zostanie w nim zainstalowana aparatura badawcza warta 25 mln zł. Senat Uniwersytetu Rzeszowskiego przyjął wniosek w sprawie uruchomienia na Wydziale Medycznym jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim., który został pozytywnie zaopiniowany przez Państwową Komisję Akredytacyjną oraz Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. W związku z tym uruchomienie kierunku lekarskiego nastąpi w 2015 roku.

6. Priorytetowe obszary wsparcia w ramach RPO WP 2014-2020

6.1 Modernizacja bloków operacyjnych

Kompleksowa modernizacja bloków operacyjnych szpitali wojewódzkich, powiatowych wielospecjalistycznych oraz pozostałych szpitali powiatowych.

Z analizy potrzeb zgłaszanych przez samorządy potrzeba modernizacji bloków operacyjnych jawi się jako jedna z najistotniejszych z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców. Przy tym wysoce kosztowna i niezwykle trudna do udźwignięcia przez budżety samorządów.

Potrzeby takie zgłaszają szpitale wojewódzkie:

Szpital Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie – modernizacja Bloku Operacyjnego i Centralnej Sterylizatorni oraz bloku operacyjnego dla dzieci,

WSS w Rzeszowie – unowocześnienie wyposażenia oddziałów zabiegowych szpitala w obszarze małoinwazyjnych technik endoskopowych.

Powiatowe szpitale wielospecjalistyczne w Sanoku, Jaśle, Stalowej Woli i Mielcu – w przypadku Sanoka i S. Woli chodzi o adaptację budynków wybudowanych w latach 90-tych i ich wyposażenie, w przypadku Jasła rozbudowę o nowy pawilon.

A także szpitale w Łańcucie, Leżajsku, Dębicy, Strzyżowie, Kolbuszowej oraz miejski w Rzeszowie.

Problem powyższy znalazł swoje odzwierciedlenie również w postulatach zgłaszanych przez konsultantów wojewódzkich kilkunastu specjalności, którzy dostęp do bloków operacyjnych odpowiadających współczesnym wymogom oraz ich racjonalne wykorzystanie sytuują jako najpilniejszą potrzebę niezbędną dla zaspokojenia dla pacjentów z regionu.

Rekomendacje

W wyniku szczegółowej analizy rekomenduje się do wsparcia szpitale wojewódzkie: Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie i Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. F. Chopina w Rzeszowie oraz powiatowe szpitale wielospecjalistyczne w Sanoku, Jaśle, Stalowej Woli i Mielcu.

6.2 Rozwój onkologii.

W obecnej sytuacji sieć publicznych zakładów opieki zdrowotnej o profilu onkologicznym nie ma możliwości objęcia specjalistyczną opieką zdrowotną prognozowanej na 2020 rok liczby 11.000 pierwszorazowych zachorowań i zapewnienia pacjentom świadczeń polegających na skojarzonym leczeniu nowotworów, a więc przede wszystkim w zakresie radioterapii i chemioterapii.

Przy obowiązującym w UE założeniu opartym na stanowisku ESTRO i OECl, że samej tylko radioterapii wymaga ok. 70% chorych na nowotwory- przyjąć należy, że docelowo leczenia takiego będzie wymagać ok. 5 000 chorych.

Obecnie posiadane zasoby aparaturowe w publicznych ośrodkach onkologicznych umożliwiają leczenie radioterapią ok. 4 000 chorych.

W chwili obecnej w województwie podkarpackim istnieją dwa pełnoprofilowe ośrodki onkologiczne: Podkarpackie Centrum Onkologii w Rzeszowie i Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie.

W ramach tych jednostek istnieją odpowiednio:

- 2 Zakłady Radioterapii posiadające obecnie 5 bunkrów do radioterapii i 5 przyspieszaczy liniowych.
- 2 Zakłady Brachyterapii posiadające 2 bunkry i 3 aparaty do brachyterapii HDR

- 2 Zakłady Fizyki Medycznej wyposażone w aparaturę do dozymetrii i systemy planowania leczenia
 - 2 Oddziały Chemioterapii / Onkologii Klinicznej- Rzeszów, Brzozów
 - 2 Oddziały Chemioterapii Diennej
 - 1 Oddział Ginekologii Onkologicznej (Rzeszów)
 - 2 Oddziały Chirurgii Onkologicznej (Brzozów i Rzeszów)
 - 1 Oddział Ortopedii Onkologicznej (Brzozów)
 - 2 Oddziały Hematologii (Brzozów i Rzeszów)
 - 2 Zakłady Diagnostyki Obrazowej posiadające 4 Tomografy Komputerowe i 2 aparaty RM.
- Poza strukturami 2 pełnoprofilowych Ośrodków świadczeń w zakresie chemioterapii udzielają:

Oddział Chemioterapii w Szpitalu Wojewódzkim w Tarnobrzegu, Oddział Chemioterapii diennej Szpital Wojewódzki w Przemyśle oraz chemioterapia dzienna w NZOZ MRUKMED w Rzeszowie.

Łącznie na 145 miejsc stacjonarnych w Oddziałach Onkologii Klinicznej / Chemioterapii - w Ośrodkach Onkologicznych znajduje się 120 miejsc, a pozostałe 25 znajduje się w Oddziale w Tarnobrzegu.

W Oddziałach Chemioterapii diennej- na 75 miejsc w województwie- 31 znajduje się w Ośrodkach Onkologicznych, a 44 w pozostałych jednostkach.

Jak wynika z powyższego zestawienia, Zakłady i Oddziały Radioterapii znajdują się jedynie w 2 Ośrodkach onkologicznych, Oddziały stacjonarne i dienne Onkologii Klinicznej Chemioterapii tylko w jednostkach publicznych w Brzozowie, Rzeszowie i Tarnobrzegu, a Oddziały Chemioterapii diennej w 2 Ośrodkach onkologicznych, w szpitalach wojewódzkich w Przemyśle i Tarnobrzegu oraz NZOZ MRUK-Med w Rzeszowie.

W zakresie Chirurgii Onkologicznej, Ginekologii Onkologicznej oraz Hematologii - pełnoprofilowe Oddziały znajdują się wyłącznie w 2 Ośrodkach Onkologicznych.

Pomimo posiadania powyższej infrastruktury, województwo podkarpackie znajduje się na ostatnim miejscu w Polsce pod względem posiadanej aparatury do radioterapii ze wskaźnikiem 1 aparat na 425.000 ludności, przy średniej krajowej 1: 321.000 oraz zalecanej przez WHO średniej 1:250.000.

Skutkiem niedoborów w zakresie infrastruktury i wyposażenia rejestrowana jest znacząca liczba chorych leczących się poza terenem województwa.

Rekomendacje:

Konieczne zatem jest dalsze podwyższanie poziomu jakości i dostępności świadczeń medycznych z zakresie chorób nowotworowych. Docelowo stworzenie warunków do pełnego dostępu do diagnostyki i leczenia onkologicznego dla liczby 11.000 chorych oraz zwiększenie zakresu procedur terapeutycznych i ich poziomu do 2020 roku poprzez:

- rozbudowę i modernizację posiadanej infrastruktury onkologicznej umożliwiającej stworzenie bazy dla wczesnej i kompleksowej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych (bunkry, pracownie, oddziały onkologiczne i oddziały wykonujące procedury onkologiczne dla Ośrodków Onkologicznych- w tym utworzenie przez PCO Rzeszów satelitarnego zakładu radioterapii w Tarnobrzegu oraz utworzenie przez Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Zakładu Radioterapii w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyśle).
- jak najszybsze zwiększenie liczby aparatów terapeutycznych w publicznych ośrodkach onkologicznych do liczby 1: 300.000 (średnia krajowa), a docelowo do 1:250.000 w zakresie radioterapii i odpowiednio brachyterapii .
- modernizację (upgrade) posiadanej aparatury do poziomu umożliwiającego wykonywanie wysokospecjalistycznych technik leczenia

hiperkinetycznych zaburzeń zachowania, zaburzeń emocji, depresji czy autyzmu. Obecnie w naszym województwie świadczenia tego typu realizowane są jedynie w trzech ośrodkach, z czego dwa mają swoje siedziby w Rzeszowie oraz jeden w Łańcucie. W aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz przy skrajnie niekorzystnym rozmieszczeniu placówek aktualnie realizujących owe świadczenia zasadne jest zaplanowanie rozszerzenia tej formy leczenia w województwie.

3. Pilną potrzebą zdrowotną osób w wieku podeszłym są świadczenia psychogeriatryczne. Powinny nimi być objęte osoby starsze cierpiące z powodu m. in. różnego rodzaju otępień, zaburzeń urojeniowych oraz schizofrenii, a tych – jak pokazują wyniki bieżących badań epidemiologiczno-demograficznych – jest coraz więcej. Tymczasem w woj. podkarpackim tylko jeden oddział szpitalny specjalizuje się w opiece tego typu (w Szpitalu Psychiatrycznym w Jarosławiu). Jest to zupełnie nieadekwatne do potrzeb i wymaga pilnych działań zmierzających do poprawy sytuacji w tym zakresie.

4. W związku z likwidacją w ostatnim czasie części łóżek w oddziale psychiatrycznym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Rzeszowie zasadna wydaje się potrzeba zrekompensowania tego poprzez zwiększenie liczby tego rodzaju łóżek tak, by poziom dostępności do świadczeń psychiatrycznych nie uległ obniżeniu.

5. Niezbędna jest modernizacja najistotniejszych elementów bazy szpitalnictwa psychiatrycznego i tym samym poprawa dostępności do świadczeń medycznych z zakresu psychiatrii.

Zarząd Województwa Podkarpackiego w oparciu o zgłoszone zapotrzebowanie modernizacji bazy szpitalnej w tym obszarze przygotował zintegrowany projekt kompleksowej modernizacji, kierując go do pakietu negocjacyjnego Kontraktu Terytorialnego. Obejmuje on m.in. niżej wymienione jednostki:

Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu

Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny w Żurawicy

Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli

Szpital Św. Michała Archaniola w Łańcucie

SP ZZOZ w Nowej Dębie

Szpital Powiatowy w Jaśle

6. Zakłady opiekuńczo-lecznicze dla chorych psychicznie.

Podobna sytuacja przedstawia się pod względem liczby zakładów opiekuńczo-leczniczych dla chorych psychicznie. Na terenie województwa tylko jeden podmiot leczniczy (w Tarnobrzegu) świadczy usługi w w/w zakresie.

Liczba leczonych po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego z powodu chorób psychicznych w latach 2009-2011 kształtowały się następująco (2009r.–16 847; 2010r.–16 539; 2011r.– 18 559), współczynniki zachorowalności na 100 tysięcy ludności (2009r - 802,1; 2010r. –786,5; 2011r.– 882,6)*.

Przedstawione dane są tożsame z prognozami odnośnie wzrostu zachorowań w społeczeństwie na choroby psychiczne.

Proponuje się utworzenie w Rzeszowie kolejnych zakładów opiekuńczo-leczniczych dla chorych psychicznie.

Zgodnie z zadaniem 2.1.3. zawartym w Narodowym Programie Zdrowia Psychicznego należy integrować działalność placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej poprzez tworzenie lokalnego centrum zdrowia psychicznego, zapewniającego mieszkańcom powiatu lub gminy kompleksową, środowiskową (stacjonarną i niestacjonarną) opiekę w zakresie zdrowia psychicznego.

Wskaźnik wysokości środków zakontraktowanych w tym obszarze w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w województwie wynosi 9 060 zł (kraj 44 008 zł) i jest jednym z niższych spośród wszystkich województw.



6.4 Leczenie chorób płuc i gruźlicy.

Jakkolwiek wskaźnik nakładów na leczenie chorób płuc i gruźlicy w woj. podkarpackim zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej plasuje je w czołówce rankingu krajowego, tym niemniej, ze względu na konieczność dostosowania do współczesnych wymogów, istnieje potrzeba koncentracji świadczeń w tym zakresie na bazie Podkarpackiego Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie, tworząc nowoczesny ośrodek oferujący kompleksowe leczenie chorób układu oddechowego (wraz z rehabilitacją).

Aktualna sytuacja geopolityczna powinna wzmocniać również czujność kreatorów polityki zdrowotnej w

dziedzinie zachorowań na gruźlicę.

Wzrasta bowiem ostatnio ryzyko zawleczenia chorób zakaźnych w tym gruźlicy na terytorium naszego województwa przez obcokrajowców. Należy zatem wzmocnić wszelkie mechanizmy służby zdrowia służące przeciwdziałaniu rozprzestrzeniania się tego typu zagrożeń.

W kontekście postępującej chemizacji życia i znaczącego wzrostu zachorowań na schorzenia alergiczne, w celu zapewnienia mieszkańcom dostępu do specjalistycznych świadczeń z tego zakresu, niezbędnym jest utworzenie na terenie województwa oddziału alergologicznego.

6.5 Geriatria

W związku z tendencją starzenia się społeczeństwa w województwie podkarpackim i systematycznie powiększającej się grupy osób w wieku podeszłym, niezwykle ważne jest podejmowanie wszelkich działań na rzecz zabezpieczenia im właściwej opieki zdrowotnej. Przy jakkolwiek wysokim wskaźniku łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych, liczba oddziałów geriatrycznych w szpitalach jest bardzo niska.

Funkcjonujące obecnie na Podkarpaciu dwa oddziały geriatryczne w żadnym stopniu nie zaspokajają potrzeb w tym zakresie. Zarówno ich lokalizacja, jak i liczba łóżek nie jest zadowalająca. W związku z tym pacjenci wymagający opieki geriatrycznej hospitalizowani są na innych oddziałach, głównie internistycznych. Oddziały te nie są w pełni dostosowane sprzętowo i organizacyjnie do profilu opieki nad pacjentem geriatrycznym. W województwie

liczba łóżek wg wskaźnika na 10 tys. ludności dla oddziałów: **geriatrycznych** wynosi: 0,2; **psychogeriatrycznych** wynosi: 0,19. Wskaźnik wysokości środków zakontraktowanych w tym obszarze w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w województwie wynosi 50 zł (kraj 930 zł) i jest najniższy spośród wszystkich województw.

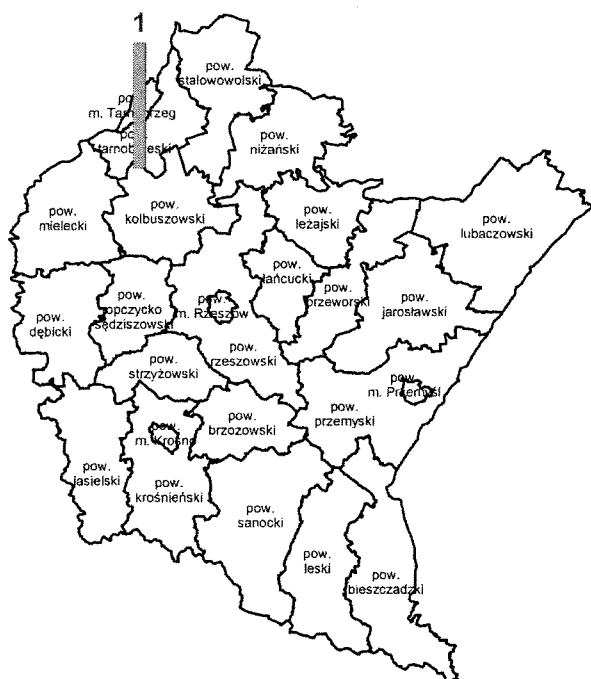
Dodatkowym problemem jest ograniczona liczba specjalistów w dziedzinie geriatry pracujących na Podkarpaciu. W województwie liczba lekarzy pracujących w oddziale wg wskaźnika na 10 tys. ludności dla oddziałów **geriatrycznych** i **psychogeriatrycznych** wynosi: 0,2. Brakuje także wyspecjalizowanych pielęgniarek geriatrycznych.

Rekomendacje:

W celu sprostania potrzebom zdrowotnym zwiększającej się liczby osób starszych z chorobami typowymi dla wieku podeszłego należy umożliwić osobom w podeszłym wieku dostęp do specjalistycznej opieki medycznej **w dziedzinie geriatry** poprzez utworzenie na terenie województwa:

- a) **poradni geriatrycznych** - obecnie na terenie województwa funkcjonuje jedna poradnia w Centrum Medycznym Sp z o.o. w Łańcucie;
- b) **oddziałów stacjonarnych geriatrycznych lub internistyczno-geriatrycznych** – jak wspomniano wyżej obecnie na terenie województwa funkcjonują dwa oddziały: w SPZOZ w Przeworsku (liczba łóżek - 30, zatrudnionych lekarzy - 2) i Centrum Medycznym Sp z o.o. w Łańcucie (liczba łóżek - 12, zatrudnionych lekarzy - 2);
- c) **oddziałów stacjonarnych psychogeriatrycznych** - obecnie na terenie województwa funkcjonuje jeden oddział w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej im. A. Kępińskiego w Jarosławiu (liczba łóżek - 40, zatrudnionych lekarzy - 4).
- d) Niezbędne jest zatem wspieranie możliwości kształcenia kadr w tej specjalności. Duże nadzieje na poprawę sytuacji w tym zakresie wiązać można z planowanym uruchomieniem kierunku lekarskiego na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- e) W celu rozbudowy potencjalnej bazy leczenia geriatrycznego Zarząd Województwa przygotował segment projektu kluczowego do Kontraktu Terytorialnego obejmujący - (Szpital Św. Michała Archanioła w Łańcucie - utworzenia Podkarpackiego Ośrodka Geriatry i Opieki Długoterminowej wraz z Kliniką Oddziałem Geriatrycznym; Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, Oddział Psychogeriatryczny; Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu Oddział Geriatryczny i Opieki Długoterminowej; Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu Oddział Psychogeriatryczny; Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Kolbuszowej - oddziałem opieki geriatrycznej i paliatywnej; SP ZZOZ w Nowej Dębie - pawilon na potrzeby opieki geriatrycznej i długoterminowej; SP ZZOZ „SANATORIUM” im. Jana Pawła w Górnym - Centrum leczenia i opieki długoterminowej osób starszych oraz niesamodzielnych).

6.5.1 Poradnie medycyny paliatywnej



Wg danych NFZ w Rzeszowie w województwie funkcjonuje jedna poradnia medycyny paliatywnej. W związku z wzrostem zachorowań na choroby nowotworowe należy rozważyć utworzenie kolejnych tego typu poradni. Wskaźnik wysokości środków zakontraktowanych w tym obszarze w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w województwie wynosi 9 zł (kraj 724 zł) i jest najniższy spośród wszystkich województw.

Rekomendacje:

Wspieranie tworzenia poradni medycyny paliatywnej, tym samym zatrudnić na terenie województwa wyspecjalizowany personel medyczny. Niezbędnym jest w tym kontekście również zwiększanie liczby funkcjonujących na terenie województwa Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych.

PODSUMOWANIE

Opracowana przez zespół ekspertów ocena potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa podkarpackiego jest próbą oceny zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa.

Istotnym znaczeniem tego opracowania powinno być zindywidualizowanie sieci usług poprzez dostosowanie jej do specyfiki potrzeb lokalnych na poziomie powiatu. Jednym z najważniejszych wniosków dotyczących problematyki z zakresu świadczenia usług jest występowanie nierówności w zdrowiu i zróżnicowanie dostępności do świadczeń na poziomie województwa.

Kierując się troską o bezpieczeństwo i zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej mieszkańcom województwa podkarpackiego podjęte zostały wstępne działania zmierzające do dokonania oceny zabezpieczenia opieki zdrowotnej na poziomie powiatów (21 powiatów ziemskich i 4 grodzkie). W spotkaniach zespołu brali udział m. in. przedstawiciele Wojewody Podkarpackiego, POW NFZ, samorządów zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych, Konwentu Powiatów. Do opracowania wykorzystane zostały dane statystyczne publikowane przez GUS, Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie, informacje z PO NFZ w Rzeszowie i opinie konsultantów wojewódzkich dla obszaru województwa podkarpackiego.

Analizie poddano wskaźniki społeczno-ekonomiczne i środowiskowe, wskaźniki i trendy demograficzno – epidemiologiczne, jakość i dostępność do świadczeń zdrowotnych oraz infrastrukturę ochrony zdrowia.

Przeprowadzone analizy oraz wyniki mogą stanowić istotny wkład województwa podkarpackiego w proces zmian legislacyjnych, w opracowywaniu wytycznych oraz metodologii tworzenia map potrzeb zdrowotnych. W efekcie mogą także pomóc w rozwiązaniach systemowych planowanych przez Ministra Zdrowia i przyczynić się do stworzenia jednolitego i skutecznego narzędzia planowania i zabezpieczania właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego.

Badania przyczyn nierówności stanu zdrowia umieszczają zdrowie w kontekście nierówności społeczno-ekonomicznych, związanych z zamożnością, pozycją na rynku pracy, doświadczeniem życiowym i miejscem zamieszkania.

Jak widać kompleksowa analiza wymaga ponadto uwzględnienia różnych relacji pomiędzy poszczególnymi czynnikami. Stąd rozważania mają z jednej strony jedynie charakter wyjściowy, a z drugiej strony akcentują rolę często pomijanego czynnika, jakim jest dostęp i jakość opieki zdrowotnej.

Wpływ tych różnic na nierówności w zdrowiu może być znaczący, a ich redukcja (różnic w korzystaniu) może być przedmiotem skutecznej interwencji.

Analiza zmian liczby łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych wskazuje na podjęte działania dopasowania podaży świadczonych usług do popytu na opiekę zdrowotną. Na szczególną uwagę zasługują przy tym zmiany wskaźników wykorzystania zasobów opieki stacjonarnej.

W wyniku przeprowadzonych analiz nasuwa się wniosek, że prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej wymaga posiadania aktualnej i rzetelnej wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz o czynnikach wpływających na tę sytuację.

Przyjmuje się, iż nierówności w zdrowiu to systematycznie występujące i dające się uniknąć różnice w stanie zdrowia osób należących do odmiennych grup społecznych. Porównanie podstawowych danych demograficznych i epidemiologicznych nie potwierdza jednoznacznie hipotezy o poprawie sytuacji zdrowotnej ludności w Polsce.

Na tym tle jawią się najważniejsze wyzwania na najbliższe lata w obszarze ochrony zdrowia w Województwie Podkarpackim.

Wyzwania demograficzne:

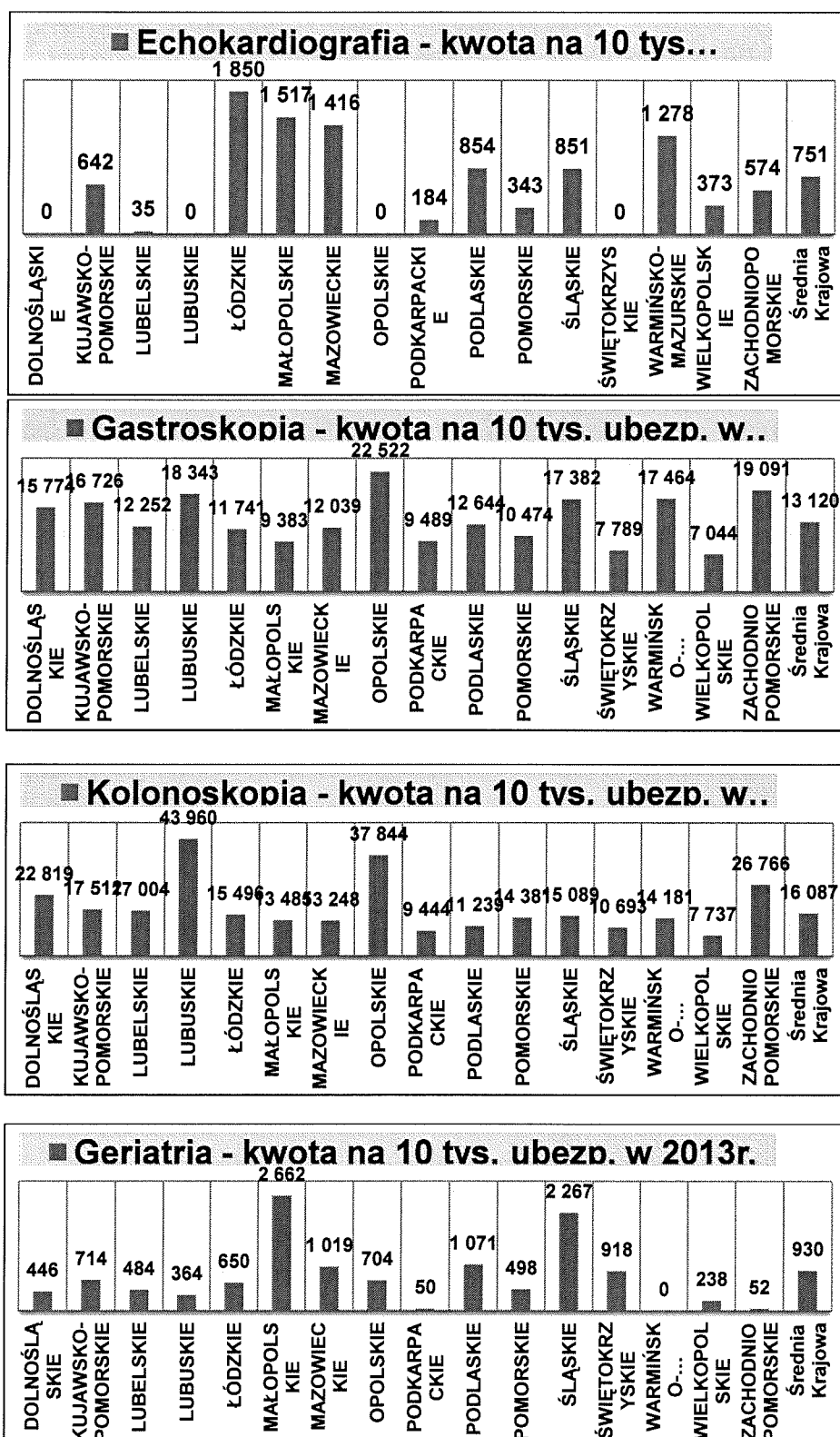
1. Koncentracja na potrzebach jednostki.
2. Poprawa dostępności do wysokiej jakości świadczeń w zakresie opieki nad matką oraz pediatrii.
3. Zapewnienie osobom w wieku starszym dostępu do kompleksowej opieki medycznej (poprzez tworzenie na bazie istniejącej już infrastruktury oddziałów geriatrycznych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, poradni specjalistycznych i innych form opieki).
4. Zwiększenie dostępności do opieki psychiatrycznej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub chorych psychicznie.

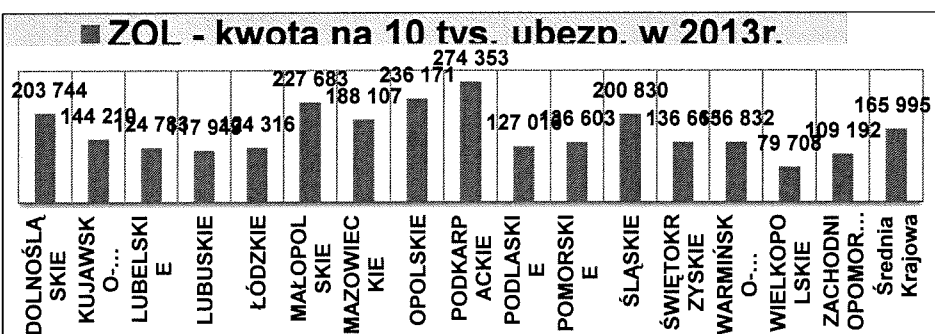
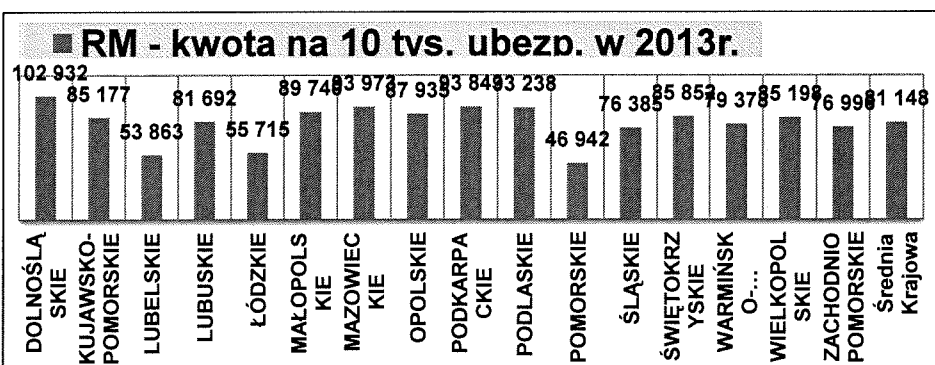
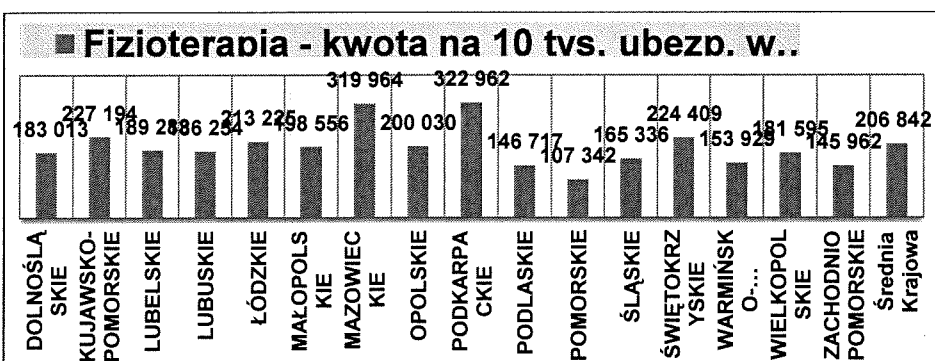
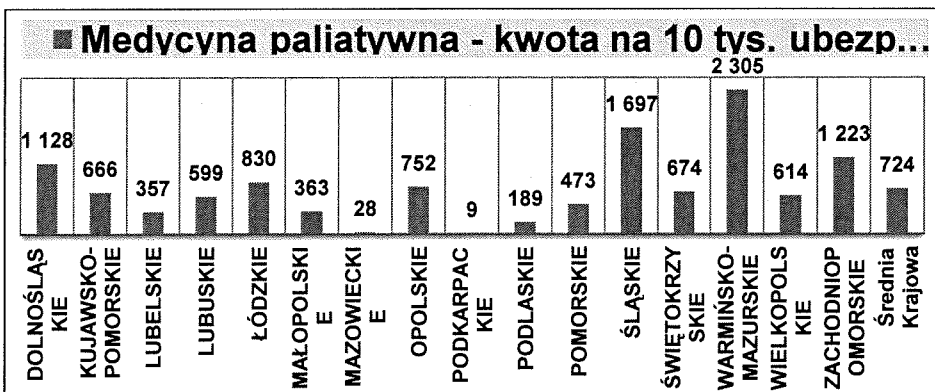
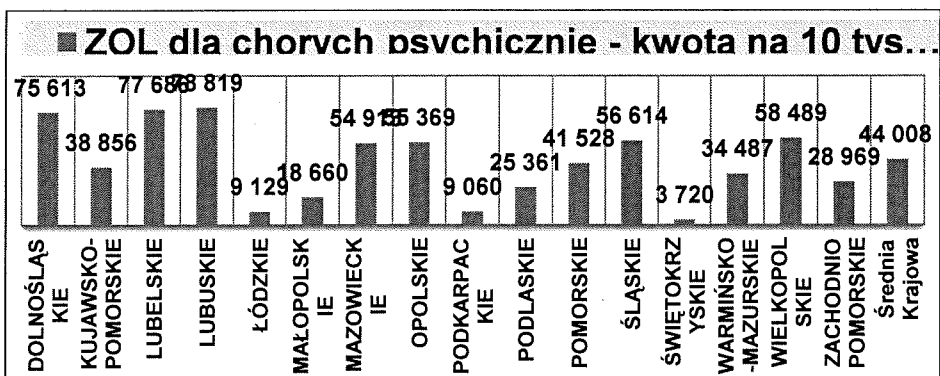
Wyzwania organizacyjno-infrastrukturalne:

1. Wsparcie infrastruktury w obszarze ochrony zdrowia ukierunkowanej na leczenie chorób związanych z wiekiem przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym, w obszarach zdiagnozowanych jako najczęstsze przyczyny zgonów i hospitalizacji w województwie.
2. Zapewnienie odpowiedniej infrastruktury w obszarze ochrony zdrowia, umożliwiającej kompleksowy dostęp do specjalistycznych usług medycznych w zakresie profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.
3. Zreformowanie systemu kontraktowania świadczeń medycznych w kierunku zmniejszania kolejek oczekujących na świadczenia specjalistyczne.
4. Ograniczenie negatywnych zjawisk związanych z efektem postępującej komercjalizacji sektora ochrony zdrowia, tj. preferowania przez placówki procedur przynoszących korzyści ekonomiczne i rezygnowanie z procedur potrzebnych a źle finansowanych.

Oczekiwane efekty:

1. Poprawa stanu bazy lokalowej oraz wyposażenia podmiotów leczniczych, w tym w odpowiednią aparaturę medyczną oraz specjalistyczny i wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny, w celu zaspokojenia potrzeb pacjentów i zwiększenia jakości i dostępności usług medycznych oraz wydłużenia aktywności zawodowej mieszkańców województwa.
2. Uzupełnienie istniejącej infrastruktury ochrony zdrowia o brakujące oddziały, wynikające z diagnozy.
3. Wyższy poziom i szerszy zakres działań profilaktycznych.
4. Zwiększenie finansowania ochrony zdrowia w województwie, wyższe kontrakty placówek z NFZ.
5. Utworzenie kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Rzeszowskim.





Załącznik nr 2

Zestawienie wskaźników dostępności do specjalistycznej opieki stacjonarnej wraz z opiniami konsultantów wojewódzkich.

Specjalizacja ⁴²	Lekarze specjaliści			Łóżka			Przeciętny pobyt		Wykorzystanie łóżek ⁴³		Kolejki		Kontraktowa nie NFZ	Propozycje konsultantów
	Woj. ⁴⁴	Kraj	Potrzeby wg konsultanta	Woj. ⁴⁵	Kraj	Ocena wg konsultanta	Woj.	Kraj	Woj.	Kraj	NFZ	Wg konsult		
Chirurgia dziecięca	1,3	1,5	Zwiększenie o 3 etaty	4,5	5,5	Zwiększenie o 20 łóżek	3,8	3,1	225,4	225,5	22			Remont O. Chir. Dziec., B. Oper. Chir Dziec. oraz utworzenie OAIT w SzW nr 2
Chirurgia Klatki Piersiowej	0,4	0,4	Zwiększenie o 1 etat i uzupełnianie	0,1		Zwiększenie o 36 łóżek	7,6		237,2		0			
Chirurgia naczyniowa	0,4	0,5	Stan dobry.	0,2			3,0		252		127	Zbyt długi czas oczekiwania zwłaszcza w poradn.	Niepotrzebne kontrakty dla kilkułóżkowych oddziałów	Konieczna reorganizacja oddziału w szpitalu w Sanoku
Chirurgia ogólna	9,9	10,2	Zwiększenie liczby spec. o 48	56,5	55		4,7	4,6	225,2	200,3	20		Zwiększ. wyceny procedur	Zwiększenie dostępu i wskaźnika wykorzystania bloków operacyjnych
Chirurgia onkologiczna	0,8	1,1	Zwiększenie l. miejsc szkolen.	0,2			5,7		200,8		30			Poprawa dostępu do nowocz. bl. operac.

⁴² Dla umożliwienia analiz porównawczych w przypadku niektórych specjalności dokonano agregacji lub dezagregacji danych.

⁴³ Wskaźnik wykorzystania łóżek w dniach

⁴⁴ Wskaźnik zatrudnienia lekarzy specjalistów na 100 tys. osób w 2012 r. w podziale na województwo i kraj

⁴⁵ Wskaźnik liczby łóżek rzeczywistych w 2012 r. w podziale na województwo i kraj

Chirurgia szczękowo- twarzowa			Uzupełnianie na bieżąco	0,8	1,4		4,1	4,7	264,4	180,5	26		Potrzeba powołania poradni w WZS oraz b. miastach wojew.
Choroby wewnętrzne	23,2	26,3		58,9	67,3	Niedostateczna I. łóżek intern. w dużych miast	6,2	6,3	281,4	274,9	14		
Choroby zakaźne	1,9	1,6	Stan dobry	9,3	9,0		5,7	5,6	219,4	215			Wsparcie budowy nowoczesnego Oddz. Chorób Zakaźnych w Łańcut
Chorób płuc	4,4	3,7	Zwiększenie	18,9	21,3	Na granicy potrzeb	10,8	8,9	254,3	259,2	13		
Dermatologia	3,6	3,2		6,9	4,7	Stan dobry.	8,6	7,0	246,3	217,2	4	Zwiększ. wyceny procedur od 3 do 20%	Brak oddz. derm. Dziecięcej.
Diabetologia			Zwiększenie o 15-20										Konieczność zabezpieczenia świadczących wobec rosnącej liczby zachorowań
Endokrynologia			Uzupełnianie na bieżąco			Stan dobry.						Zwiększ. kontraktu oddz. o 30%	
Epidemiologia			Pilne zwiększenie, min. 3 osoby										
Rehabilitacja medyczna			Pilne zwiększenie			Podwojenie liczby łóżek							Potrzeba uruchom. Kilku oddz. rehab. geriatrycznej i pulmonolog. oraz onkologicznej w

Nefrologia	1,4	1,5	Stan dobry	4,8	5,1		8,9	5,7	305,2	270	2		Otworzenie stacji dializ w Przeworsku. Rosnąca liczba dializowanych.
Neonatologia	2,5	2,6		28,8	24,2		4,1	4,6	142,6	188,5	0		
Neurochirurgia	0,7	1,0	Zwiększenie o 2 osoby w Mielcu	3,7	5,1	Zwiększenie o 10 łóżek w Rzeszowie	10,4	7,3	329,4	273,6	9		
Neurologia dziecięca			Zwiększenie o kilku spec.										
Neurologii	7,7	6,3	Zwiększenie o 14 spec. i 18 rezydentów	28,1	20,1	Zwiększeni ł. ostro dyżurowych w Rzeszowie	6,6	7,1	266,8	277,9	16	Zbyt długi czas oczekiwania na bad. diag. i do oddz. reh. i zol-ów.	Sprawne zakończenie remontu w Sz.W nr 2 Konieczne utworzenie oddziału neurologicznego pełno profilowego, dyżurującego codziennie w Rzeszowie. Poszerzenie bazy łóżkowej ZOL i rehabilitacyjnej. Tworzenie oddz. udarowych
Okulistyka	5,4	6,3	Zwiększenie ilości m. specjaliz i kształcenie chir. okul.	5,8	8,4		1,8	2,3	154,9	161,1	63	Zdecydowanie za długi czas oczekiwania (105 dni do 3 lat!)	Zwiększ. kontraktów i ich konsolidacja Poprawa funkcjonowania Oddz. Okul. w Przemysłu. Remonty bloków operacyjnych
Onkologia	1,1	1,0		13,3	13,1		4,4	4,0	222,7	266,3	0		W Oddz. Onkologii
Onkologia klinicz.			Zwiększenie o 7 osób	0,6			3,6		217,2		5		Klinicznej PCO potrzeba utworzenia

Psychiatria	5,4	6,2	Zwiększenie docelowo 50 psychiatrów, 50 psychologów, 40 psychogeriatrów, 20 terapeutów zależ.	20,6	13,2	Zwiększenie do 600 miejsc w oddz. dziennych i 200 dla dzieci oraz 80 ł. w oddz. stacjon.	28,1	28	360,1	341,2	44	Zbyt długi czas oczekiwania	Tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego (na każde 200tys. mieszk.). Rozwój oddziałów profilowanych i zesp. leczn. środowiskow.
Radiologia			Zwiększenie I. miejsc szkoleniowych										
Radioterapia	1,0	1,1	Zwiększenie o 10 spec. do poziomu 26 + 4-5 spec. brachyter. Kształcenie fizyków chemicznych w tym 10 spec. oraz wyspecjalizowanych pielęgniarek			Stan dobry. Ewentualne zwiększ. w Brzozowie o 17	12,6		258,4			Stan dobry.	Niewiadoma związana z zapowiedzianymi zmianami MZ co do zmiany systemu diagnostyki i leczenia onkol. i przesunięcia w kierunku ambulatoryjnym. Zainstalowanie 3 nowych akceleratorów i wymiana kolejnych pięciu.
Reumatologia	3,3	2,1	Zwiększenie w pow. ustrzyckim, leskim i sanockim oraz 2 reumat. dziecięcych	8,6	6,2	Stan dobry.	9,4	8,1	249,7	237,3	65		
Transfuzjologia kliniczna			Pilne zwiększenie o 15 osób										
Urologia	2,1	2,2	Stan dobry	7,5	9,3		3,8	3,1	246,3	223,9	25		

