



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Raport końcowy

"Badanie poziomu świadczonych usług zdrowotnych w wybranych jednostkach ochrony zdrowia w kontekście diagnozy poziomu rozwoju regionalnych usług publicznych oraz prognozy ich zapotrzebowania i wpływu na sytuację rynku pracy w świetle tendencji demograficznych oraz społeczno-gospodarczych"

realizowane na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego

Warszawa, wrzesień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Spis treści

Spis treści.....	2
Streszczenie	4
Wprowadzenie	6
1. Cel i problematyka badań.....	8
1.1. Cel badań, problemy badawcze i ich uszczegółowienie	8
1.2. Metody i techniki badań.....	12
1.3. Opis metod i technik badań.....	12
1.3.1. Charakterystyka badanych 21 Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej .	12
1.3.2. Analiza źródeł wtórnych (deskresearch)	15
1.3.3. Zogniskowany wywiad grupowy (FGI).....	18
1.3.4. Badanie eksperckie metodą Delphi	19
1.3.5. Badania z kadrą zarządzającą i pracownikami placówek SPZOZ oraz szpitali klinicznych...	20
1.3.6. Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z kadrą zarządzającą placówek SPZOZ.....	21
1.3.7. Badanie z kadrą pracowniczą SPZOZ	22
1.3.8. Badania opinii pacjentów – metodą SERVQUAL	25
1.3.9. Analiza porównawcza jakości funkcjonowania placówek medycznych – benchmarking ...	28
2. Analiza i ocena czynników wpływających na sytuację placówek medycznych	30
2.1. Identyfikacja czynników wpływających na sytuację placówek medycznych placówek medycznych w województwie śląskim	30
2.2. Analiza sytuacji demograficznej w regionie	34
2.3. Analiza sytuacji epidemiologicznej.....	48
2.4. Finansowanie usług medycznych ze środków publicznych	59
2.5. Analiza liczby lekarzy w Polsce i w regionie	70
2.6. Kształcenie na kierunkach medycznych	75
3. Analiza i ocena jakości świadczeń medycznych w zakresie dostępności, skuteczności i bezpieczeństwa pacjentów	83
3.1. Zakres świadczonych usług.....	83
3.2. Liczba i wykorzystanie łóżek w badanej grupie szpitali województwa śląskiego.....	113
3.3. Zatrudnienie i deficyt kadr placówek medycznych województwa śląskiego	128
3.4. Zarządzanie kadrami placówek medycznych województwa śląskiego	147
3.5. Organizacja pracy i zarządzanie w placówkach służby zdrowia województwa śląskiego	153
3.6. Sytuacja finansowa wybranych placówek medycznych woj. śląskiego.....	161
3.7. Systemy zapewnienia jakości i procedury bezpieczeństwa pacjentów.....	171
3.8. Obsługa pacjentów w badanych placówkach województwa śląskiego.....	184
3.9. Wykorzystanie technik internetowych w komunikacji z pacjentami oraz w obsłudze klienta .	201
3.10. Infrastruktura placówek medycznych	205
3.11. Plany restrukturyzacji i rozwoju placówek medycznych w regionie	208
4. Ocena funkcjonowania placówek medycznych w opinii pracowników i pacjentów.....	223
4.1. Opinie pracowników na temat organizacji pracy w placówkach medycznych województwa śląskiego	223



4.2.	Ocena warunków pracy i procedur w opinii personelu placówek medycznych województwa śląskiego.....	239
4.3.	Opinie personelu na temat zadowolenia pacjentów z usług placówki	282
4.4.	Opinie pracowników na temat motywacji do podnoszenia kwalifikacji i rozwoju	289
4.5.	Jakość obsługi w placówkach województwa śląskiego w opinii pacjentów	315
5.	Benchmarking placówek medycznych województwa śląskiego.....	341
5.1.	Wskaźnik pomiaru poziomu jakości świadczonych usług i funkcjonowania placówek medycznych.....	341
5.2.	Benchmarking jako narzędzie poprawy jakości.....	348
5.3.	Obszary oceny poziomu funkcjonowania placówek służby zdrowia województwa śląskiego..	355
5.4.	Perspektywa finansów.....	360
5.5.	Perspektywa procesów wewnętrznych.....	364
5.6.	Perspektywa uczenia się i rozwoju.....	366
5.7.	Perspektywa klientów	368
5.8.	Wyznaczenie syntetycznego miernika poziomu funkcjonowania placówek medycznych	370
6.	Sytuacja na rynku usług medycznych w województwie śląskim w opinii ekspertów	374
6.1.	Kierunki zmian sytuacji na rynku usług medycznych w perspektywie 5 lat	374
6.2.	Czynniki poprawy sytuacji na rynku usług medycznych w placówkach województwa śląskiego	376
6.2.1.	Poprawa dostępności usług medycznych w regionie	376
6.2.2.	Możliwości poprawy funkcjonowania placówek medycznych w regionie	388
6.3.	Czynniki poprawy jakości świadczonych usług oraz obniżenia kosztów systemu ochrony zdrowia	396
6.3.1.	Czynniki poprawy jakości usług świadczonych przez placówki medyczne w regionie	396
6.3.2.	Czynniki obniżenia ogólnych kosztów funkcjonowania ochrony zdrowia w regionie.....	403
6.4.	Relacje pomiędzy rynkiem pracy a rynkiem usług medycznych w regionie.....	408
7.	Rekomendacje do doskonalenia sytuacji na rynku usług medycznych w województwie śląskim	413
7.1.	Sytuacja na rynku usług medycznych województwa śląskiego i czynniki ją kształtujące.....	413
7.2.	Czynniki poprawy dostępności i jakości usług medycznych w regionie w placówkach medycznych województwa śląskiego	420
7.3.	Czynniki obniżenia ogólnych kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim.....	426
7.4.	Czynniki poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w regionie.....	430
7.5.	Poprawa jakości życia mieszkańców regionu i zapobieganie wykluczeniu społecznemu	438
	Spis tabel	442
	Spis wykresów	449
	Spis rysunków	453

Streszczenie

Zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego jest obecnie jednym z najważniejszych zadań na szczeblu regionalnym, a zarazem jednym z newralgicznych punktów oceny zarówno władzy, jak i jakości życia. Podejmowanie działań zmierzających do poprawy sytuacji w tym obszarze należy odbierać jako wyraz troski o społeczeństwo lokalne. Badania i analizy są jednak tylko pierwszym krokiem w mierzeniu się z tym wyzwaniem. Kolejnym, dużo ważniejszym jest natomiast wdrożenie rekomendacji i udoskonalanie całego systemu opieki zdrowotnej. Wymaga to jednak dużo więcej czasu i wysiłku.

Analizy zaprezentowane w poszczególnych rozdziałach raportu pokazują, że sytuacja sektora ochrony zdrowia w województwie śląskim wymaga pilnej interwencji i poprawy.

W rozdziale 2 raportu wskazano czynniki, które zdaniem ekspertów będą wpływały na sytuację systemu ochrony zdrowia w regionie w przyszłości. Najważniejszym czynnikiem jest niedofinansowanie systemu, nieopłacalne kontrakty z płatnikiem (NFZ) oraz zbyt mała ich ilość. W drugiej kolejności wymieniono w tym zakresie czynnik demograficzny. Prognozuje się, że liczba osób starszych, powyżej 65 roku życia, będzie w województwie śląskim większa niż średnia ich liczba w Polsce. W znaczący sposób wpłynie to na obciążenie systemu ochrony zdrowia – z jednej przez podwyższenie kosztów opieki nad osobami starszymi, z drugiej strony przez konieczność otwierania większej liczby placówek opiekuńczo - leczniczych dla osób starszych i przewlekle chorych.

Analiza sytuacji finansowej płatnika, którym w zakresie usług medycznych jest w Polsce NFZ, oraz wpływów do budżetu ze składek zdrowotnych obywateli pozwala wnioskować, iż nie należy spodziewać się wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w najbliższych latach. Sytuacja ta będzie raczej ulegała pogorszeniu ze względu na mniejsze wpływy z tytułu składki zdrowotnej – kryzys ekonomiczny, rosnący poziom bezrobocia, niższe dochody społeczeństwa.

W rozdziale 3 raportu zaprezentowano wyniki badań sytuacji w placówkach ochrony zdrowia w województwie śląskim. Podstawowym celem była tu analiza struktury łóżek szpitalnych, ich rozmieszczenia geograficznego, liczby hospitalizowanych oraz kadr medycznych. Analiza ujawniła, że struktura ta nie jest dostosowana do zmieniających się potrzeb społeczeństwa, tylko do kontraktów, które proponuje NFZ. O dostępności usług medycznych decyduje ilość i opłacalność procedur, a nie potrzeby regionu. W badaniach dyrektorzy placówek wskazywali na przyczyny likwidacji lub tworzenia nowych oddziałów szpitalnych; w opiniach tych przeważa ukierunkowanie na NFZ. Dyrektorzy nie będą mieli wyjścia tak długo, jak funkcjonowanie ich placówki medycznej i dochody będą zależne tylko od NFZ, a nie od regionalnej polityki zdrowotnej. Brak jednoznacznie sprecyzowanych celów polityki zdrowotnej był szeroko komentowany w badaniach przez ekspertów i menadżerów placówek medycznych. Wydaje się, iż jest to istotny problem regionu.

Analizy systemów zarządzania placówkami, w tym stosowania procedur, systemów organizacji, motywacji, szkoleń personelu, oraz systemów zarządzania jakością, pokazały, że sytuacja placówek pod tym względem nie jest najgorsza. Warto jednak podkreślić zaobserwowaną przy tej okazji korelację pomiędzy sprawnością funkcjonowania placówki, a wdrożeniem akredytacji. Akredytacja jest tym narzędziem, które znacząco poprawia jakość funkcjonowania, nie tylko w obszarze procedur medycznych, ale również zarządzania placówką. Rekomenduje się zatem, aby stymulować akredytację w sieci placówek, dla których organem właścicielskim jest Marszałek Województwa. Jednak, za motywowaniem placówek do akredytacji muszą iść bodźce o charakterze ekonomicznym, a także jakościowym – przy ubieganiu się o kontrakty z NFZ czy dofinansowywania. Obecnie menadżerowie placówek w ogóle nie są do tego zachęceni.



W rozdziale 4 raportu znajdują się wyniki badania pracowników placówek medycznych w województwie śląskim. Przy tej okazji udało się zaobserwować obawę pracowników przed wypowiedaniem się na temat warunków pracy w placówce. Świadczy o tym częste występowanie odpowiedzi „brak zdania” i „trudno powiedzieć”. Osoby, które zabrały głos, chwaliły pracę w placówce i polecałyby ją kolegom po fachu. W oczy rzuca się duże zróżnicowanie opinii pracowników w zależności od badanej placówki i raczej niewielkie zróżnicowanie z punktu widzenia wykonywanej pracy: lekarz/pielęgniarka.

W rozdziale tym przedstawiono wyniki badania opinii pacjentów na temat funkcjonowania placówek medycznych. Przeważają wśród nich głosy pozytywne. Niewielkie są też rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami a zadowoleniem pacjentów z usług. Można zatem wyciągnąć wniosek, iż oczekiwania pacjentów tylko w niewielkim stopniu nie są zaspokojone przez placówki. Największy rozdziewiek pomiędzy oczekiwaniami a rzeczywistością wykazano w obszarze informacji i komunikacji z personelem. Ujmując to ogólnie, należy stwierdzić, iż pacjenci mają niedosyt informacji na temat stanu ich zdrowia, dalszych metod leczenia oraz potencjalnych zagrożeń. Bardzo dobrze natomiast, wypadł w badaniu obszar, w którym pytano o zaangażowanie personelu medycznego, jego kompetencje i poziom empatii. Zdaniem respondentów personel szybko reaguje na potrzeby pacjentów.

W rozdziale 5 dokonano natomiast syntetycznej oceny funkcjonowania placówek ochrony zdrowia w województwie śląskim, w oparciu o narzędzie zarządzania strategicznego, jakim jest benchmarking. Ocena ta dokonywana była w oparciu o wskaźniki jakości, zaproponowane przez Wykonawcę i ocenione, skonsultowane w trakcie wywiadów z ekspertami i menadżerami placówek medycznych. Wskaźniki podzielone były na 4 perspektywy: finansów, klientów, procesów wewnętrznych i rozwoju. Dzięki tej metodzie udało się wyselekcjonować placówki przodujące w każdym z tych obszarów, ale także najlepsze z punktu widzenia wszystkich tych kryteriów. Do najlepiej funkcjonujących placówek medycznych regionu (miernik syntetyczny) zaliczyć można:

1. Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach,
2. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach,
3. Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu,
4. Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich,
5. Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu,
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu,
7. Szpital Specjalistyczny w Zabrze,
8. Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej.

6 rozdział raportu poświęcony został prezentacji wyników badań ekspertów, dotyczących doskonalenia sytuacji w ochronie zdrowia w województwie śląskim. Większość wniosków ekspertów zawarto w rekomendacjach w rozdziale siódmym. Najważniejsze rekomendacje dotyczą:

- Zapewnienia sprawnego systemu informacyjnego w obszarze zdrowia publicznego,
- Wzmocnienia funkcji koordynatorów systemu – właścicieli,
- Opracowania jasnych priorytetów i wytycznych dotyczących polityki zdrowotnej regionu,
- Stworzenia zabezpieczeń dla placówek publicznych przed konkurencją ze strony placówek sprywatyzowanych, których celem nie jest zabezpieczenie szerokiego spektrum potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, ale przede wszystkim najbardziej atrakcyjne procedury (dobrze opłacane przez NFZ).

Wprowadzenie

Niniejszy raport stanowi podsumowanie wyników badań przeprowadzonych w ramach inicjatywy realizowanej przez Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego pod tytułem: *"Badanie poziomu świadczonych usług zdrowotnych w wybranych jednostkach ochrony zdrowia w kontekście diagnozy poziomu rozwoju regionalnych usług publicznych oraz prognozy ich zapotrzebowania i wpływu na sytuację rynku pracy w świetle tendencji demograficznych oraz społeczno-gospodarczych"*.

Jego celem jest usystematyzowanie informacji - danych i analiz zebranych w trakcie wszystkich etapów badań.

Badania i analizy rozpoczęto od źródeł wtórnych, udostępnionych przez Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego. Pozyskano ten sposób dane na temat finansowania placówek medycznych, jak również dane na temat czynników, które będą miały wpływ na sytuację regionu – demograficzne i geograficzne. Wiadomości z tego zakresu pozwoliły na opracowanie dalszych narzędzi badawczych, w tym wytycznych do konsultacji eksperckich, prowadzonych metodą delficką, a także do wywiadów grupowych (FGI) z kadrą zarządzającą placówkami medycznymi oraz z ekspertami z różnych środowisk. Głównym celem wywiadu grupowego, który okazał się bardzo efektywną metodą zebrania danych na temat sytuacji w regionie, była identyfikacja czynników, które powinno się uwzględnić w procesie zarządzania zdrowiem publicznym w regionie. Kolejnym ważnym celem była konfrontacja zaproponowanych przez Wykonawcę wskaźników benchmarkingu placówek medycznych.

Następnym etapem procesu badawczego były badania przeprowadzone w placówkach SPZOZ, dla których organem założycielskim jest Marszałek Województwa Śląskiego oraz w szpitalach klinicznych. Wszystkie placówki medyczne uczestniczące w badaniu – 21 SPZOZ oraz 6 spośród 7 szpitali klinicznych (jedna placówka odmówiła udziału w badaniu) - zostały wskazane przez Zleceniodawcę.

Uczestnikami badania na tym etapie byli:

- Dyrektorzy placówek medycznych (próbna N=21),
- Pracownicy placówek medycznych (próbna N= 444),
- Pacjenci wybranych placówek medycznych (próbna N= 1251).

Przeprowadzenie badań we wszystkich wskazanych grupach pozwoliło na uwzględnienie różnych punktów widzenia i na konfrontację poszczególnych opinii. Wyniki i wnioski, które uzyskano na tym etapie, zawarto w rozdziale 3,4 i 5.

Kolejnym krokiem były badania eksperckie. Główny ich cel stanowiło wypracowanie rekomendacji do poprawy sytuacji na rynku usług medycznych w województwie śląskim. Wyniki tych badań, w obu turach zestawiono w rozdziale 6 raportu.

Wszystkie opinie i rekomendacje zebrane do tej pory były podstawą do realizacji ostatniego etapu badania – wywiadów grupowych z przedstawicielami placówek i ekspertami z różnych środowisk. W ich wyniku wypracowywano całą listę rekomendacji w zakresie modelu zarządzania zdrowiem publicznym w regionie, a w szczególności:

- Rekomendacje dotyczące wprowadzenia rozwiązań organizacyjno-finansowych, prowadzących do integracji systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim,
- Rekomendacje dotyczące sprzężenia polityki zdrowotnej z planowaniem strategicznym na poziomie regionalnym,
- Rekomendacje dotyczące wdrożenia regionalnego systemu oceny stanu i skuteczności podejmowanych działań w zakresie usług i infrastruktury ochrony zdrowia,



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- Rekomendacje dotyczące wspierania nowoczesnych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych w zarządzaniu regionalnym systemem ochrony zdrowia.

Wnioski w formie rekomendacji dla instytucji na poziomie makroekonomicznym, mezoekonomicznym i mikroekonomicznym zebrano w rozdziale 7 raportu. Z racji specyfiki zlecenia, koncentrowano się na tych rekomendacjach, które można zastosować na poziomie regionu, kierując się przy tym wytyczną modelu informacyjno – decyzyjnego. Jednocześnie jesteśmy świadomi, iż wielu ekspertów widzi szansę na poprawę sytuacji rynku usług medycznych tylko w zwiększeniu ich finansowania – czyli na poziomie usprawnień krajowych. Mimo tego, udało się też wypracować konkretne propozycje, które mogą być zastosowane na szczeblu regionu i placówek medycznych, a które mogą znacznie poprawić sytuację w obszarze pod względem dostępności usług medycznych, ich jakości oraz obniżenia ogólnych kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w regionie.

Wykonawca ResPublic sp. z o.o. serdecznie dziękuje osobom, które zaangażowały się w badania – wszystkim dyrektorom, pracownikom placówek medycznych oraz ekspertom. Mamy nadzieję, że czas, który poświęcili na zmierzenie się z problemem organizacji systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim oraz ich uwagi, pomysły i rekomendacje, przyczynią się do poprawy sytuacji w tym obszarze. Natomiast już teraz świadczą o dużym kapitale społecznym regionu.

Joanna Hołub – Iwan

1. Cel i problematyka badań

1.1. Cel badań, problemy badawcze i ich uszczegółowienie

Głównym celem przeprowadzonych badań było uzyskanie wiedzy na temat jakości świadczonych usług we wskazanych w koncepcji badania jednostkach ochrony zdrowia oraz dostosowanie świadczonych przez nie usług do prognozowanych zmian społeczno – demograficznych. Wyniki badania powinny dostarczyć kompleksowej wiedzy na temat stopnia zapewnienia usług zdrowotnych przez jednostki ochrony zdrowia z terenu województwa śląskiego i doprowadzić do oceny funkcjonowania i weryfikacji polityki zdrowotnej prowadzonej przez te jednostki, wraz ze wskazaniem obszarów wymagających podjęcia działań ze strony władz regionu.

Szczegółowe cele, które pojawiają się w tym kontekście to:

1. Uzyskanie wiedzy na temat jakości świadczonych usług (we wskazanych w koncepcji badania jednostkach ochrony zdrowia z terenu województwa śląskiego),
2. Ocenę funkcjonowania placówek,
3. Weryfikację polityki zdrowotnej prowadzonej przez placówki,
4. Wskazanie obszarów wsparcia, wymagających podjęcia działań ze strony władz regionu,
5. Dostosowanie usług świadczonych przez SPZOZ-y do prognozowanych zmian społeczno-demograficznych.

Zależność tą zobrazowano w poniższej tabeli:



Tabela 1.1. Siatka celów i problemów badawczych

	Cel 1	Cel 2	Cel 3	Cel 4	Cel 5
Cel główny	Uzyskanie wiedzy na temat jakości świadczonych usług	Ocena funkcjonowania placówek ochrony zdrowia	Weryfikacja polityki zdrowotnej prowadzonej przez placówki	Wskazanie obszarów wsparcia, wymagających podjęcia działań ze strony władz regionu	Dostosowanie usług świadczonych przez SPZOZ-y do prognozowanych zmian społeczno-demograficznych
Problemy badawcze	<p>1.1.¹ Przedstawienie dostępności usług zdrowotnych (czas oczekiwania na diagnostykę i leczenie, badania dostępne na miejscu przez 24 godziny na dobę).</p> <p>1.2. Ocena bezpieczeństwa pacjenta (procedury związane z wydawaniem leków, zabezpieczeniem dokumentacji medycznej, warunki sanitarno-epidemiologiczne - odsetek zakażeń poszpitalnych).</p> <p>1.3. Jakościowa i ilościowa analiza skarg pacjentów (przyczyny skarg), ze szczególnym uwzględnieniem tych, które znalazły finał w sądzie.</p> <p>1.4.² Analiza i ocena stosowanych przez SPZOZ'y</p>	<p>2.1. Określenie czasu hospitalizacji, średnie wykorzystanie łóżek.</p> <p>2.2. Ocena stopnia zużycia, sprawności i innowacyjności wyposażenia medycznego.</p> <p>2.3. Opis stosowanych systemów zarządzania w placówkach (zarządzenia, regulaminy, opracowane plany strategiczne, finansowe, inwestycyjne, certyfikaty jakości, organizacja zatrudnienia personelu, podział kompetencji, działanie komitetów organizacyjnych).</p> <p>2.4. Analiza zatrudnienia personelu medycznego pod kątem kwalifikacji (stopnie naukowe, specjalizacje),</p>	<p>3.1. Przedstawienie przestrzenne zakresu świadczonych usług (oddziały lecznicze, rodzaje specjalizacji, liczba lekarzy w ramach poszczególnych specjalizacji, itd.).</p> <p>3.2. Przedstawienie planów, dotyczących restrukturyzacji szpitali (likwidacja, tworzenie nowych oddziałów, specjalizacje lekarskie, zmiany liczby łóżek na oddziałach, plany inwestycyjne).</p>	<p>4. 1 Analiza czynników mających wpływ na politykę zdrowotną regionu,</p> <p>– Ocena wpływu poszczególnych działań na podnoszenia jakości świadczenia usług medycznych przez placówki regionu,</p> <p>– Ocena wpływu poszczególnych działań na poprawę sytuacji finansowej placówek w regionie.</p>	<p>5.1. Prognoza rozwoju rynku usług medycznych w kontekście zmian demograficznych i epidemiologicznych oraz ich wpływu na gospodarkę regionu.</p>

¹ Numery są odpowiednikami numeracji Obszarów i problemów badawczych z SIWZ,

² Numer 3 dotyczy dodatkowych czynników, zgłoszonych przez Wykonawcę.



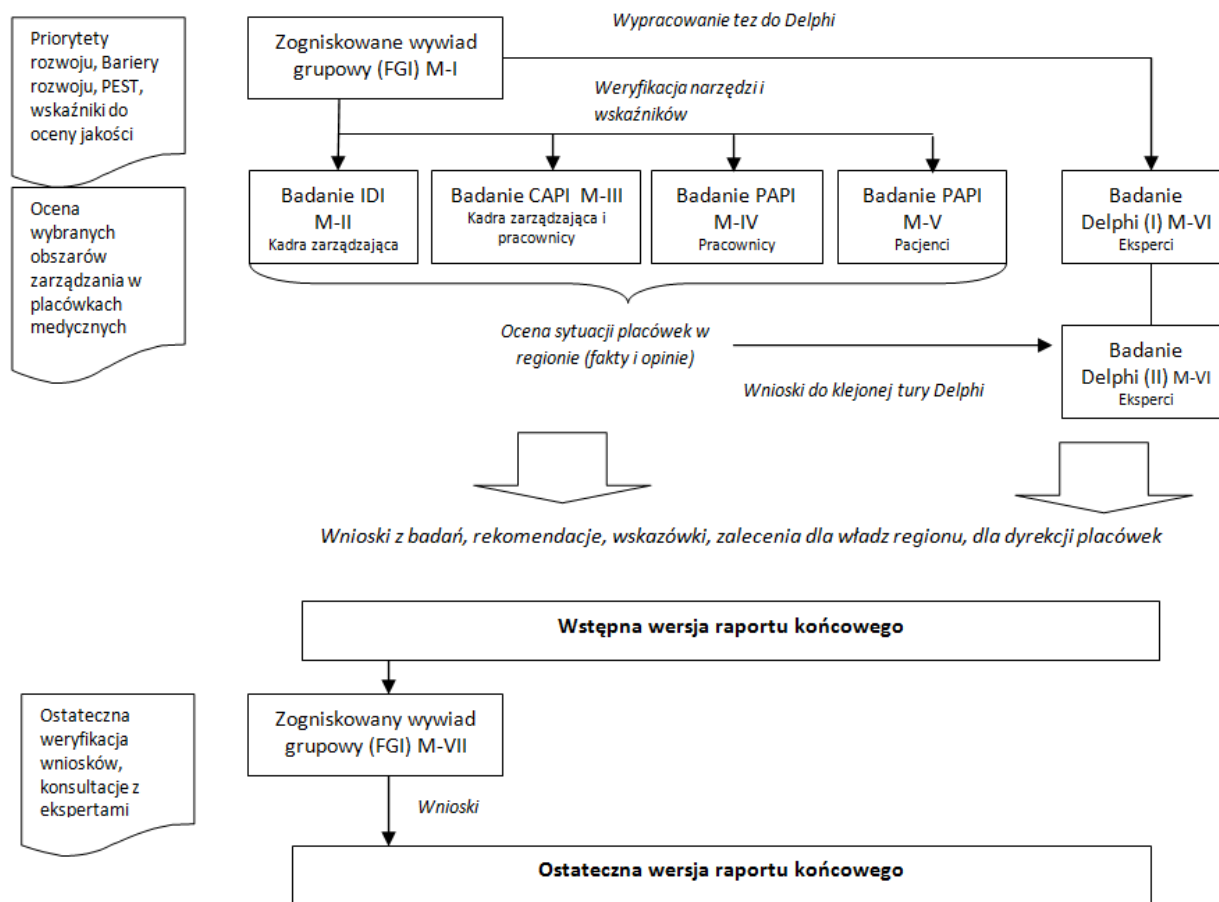
	Cel 1	Cel 2	Cel 3	Cel 4	Cel 5
	<p>metod pomiaru jakości świadczeń. 1.5. Zbadanie opinii pacjentów na temat jakości usług.</p>	<p>doświadczenia zawodowego i certyfikatów w podziale na płeć, 2.5. Ocena warunków pracy w odczuciu kadry medycznej (sprzęt, organizacja pracy, itp.) 2.6. Przedstawienie aktualnego i prognozowanego zapotrzebowania na kadre medyczną (w tym, lekarzy specjalistów, rehabilitantów, pielęgniarki, oraz inne osoby), 2.7. Ocena zapotrzebowania i braków kadrowych w zakresie lekarzy specjalistów, 2.8. Ocena możliwości rozwoju zawodowego kadry medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem możliwości specjalizacji lekarskiej, 2.9. Określenie metody i techniki komunikacji personelu z pacjentami, w tym przekazywania pacjentom informacji na temat stanu zdrowia, metod leczenia, itp., 2.10. Analiza metody i techniki zarządzania wiedzą w badanych jednostkach, w tym metod</p>			

	Cel 1	Cel 2	Cel 3	Cel 4	Cel 5
		pozyskiwania wiedzy, i jej dyfuzji w organizacji.			
Efekty pośrednie	1.6. Opis systemu informatycznego stosowanego w zarządzaniu jednostką, w tym dostępności e-usług dla pacjentów, (zakres elektronicznej informacji o ofercie, możliwość elektronicznej rejestracji – w tym wskaźnik udziału elektronicznej rejestracji w ogólnej liczbie rejestracji).				
	1.7. Opracowanie wskaźnika jakości i przedstawienie metodologii jego liczenia (z uwzględnieniem co najmniej powyższych czynników jakości), który mierzyłby poziom świadczonych usług. Wskaźnik powinien umożliwiać pokazanie rankingu jednostek. Jakość w tym ujęcia będzie miała wymiar zarówno zewnętrznej oceny jakości, jak i oceny wewnętrznego systemu zarządzania jakością. Analizie tylko pośrednio będzie poddana jakość techniczna. 3.4. Porównanie wybranych obszarów funkcjonalnych badanych podmiotów – Benchmarking wskaźników.				
	1.8. Opracowanie rekomendacji w zakresie poprawy jakości świadczonych usług w placówkach (analiza jednostkowa dla każdego szpitala oraz zalecenia ogólne dla wszystkich jednostek). 2.5. Opracowanie rekomendacji w zakresie obniżenia kosztów ogólnych funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim, w kontekście efektywniejszej dystrybucji środków publicznych.				
Efekty bezpośrednie badań i analiz	Rekomendacje dotyczące wprowadzenia rozwiązań organizacyjno-finansowych prowadzących do integracji systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim	Rekomendacje dotyczące sprzężenia polityki zdrowotnej z planowaniem strategicznym na poziomie regionalnym	Rekomendacje dotyczące wdrożenia regionalnego systemu oceny stanu i skuteczności podejmowanych działań w zakresie usług i infrastruktury ochrony zdrowia	Rekomendacje dotyczące wspierania nowoczesnych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych w zarządzaniu regionalnym systemem ochrony zdrowia	
	Wśród wyżej wymienionych rekomendacji, minimum 3 rekomendacje będą dotyczyły obszaru usług publicznych w kontekście podnoszenia jakości życia i poprawy sytuacji w regionie. Wnioski i rekomendacje z przeprowadzonego z badania będą się koncentrowały również na wpływie rynku usług medycznych na gospodarkę regionu i rynek pracy.				



1.2. Metody i techniki badań

Rysunek 1.1. Metody i techniki badań



Źródło: Opracowanie własne

1.3. Opis metod i technik badań

1.3.1. Charakterystyka badanych 21 Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu udziela usług medycznych w zakresie 17 specjalizacji: dziecięcej, neurologii i neurochirurgii, chorób wewnętrznych, kardiologii i kardiologii, intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chirurgii innej, chirurgii urazowej i ortopedycznej oraz traumatologii, chirurgii naczyniowej, pulmonologii, laryngologii, urologii, reumatologii, nefrologii, gastroenterologii, rehabilitacji, okulistyki. W szpitalu pracuje 1369 pracowników. W 2011 r. hospitalizowanych było tu 45 429 pacjentów. Wynik finansowy brutto wynosił: 9 486 296,50 zł. Jednostka nie posiada akredytacji. System ISO został wdrożony w całej placówce.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku udziela usług medycznych w zakresie 17 specjalizacji: dziecięcej, neurologii i neurochirurgii, chorób wewnętrznych, kardiologii i kardiologii, intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowej i ortopedycznej oraz traumatologii, leczenia onkologicznego, ginekologii i położnictwa, laryngologii, urologii, opieki

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

nad seniorami i przewlekle chorymi, rehabilitacji, okulistyki, dermatologii, chorób metabolicznych i diabetologicznych, endokrynologii. W placówce pracuje 1284 osób. W 2011 r. hospitalizowano 30 979 pacjentów. Wynik finansowy brutto placówki w 2011 r. wynosił: 16 511 751,00 zł. Placówka jest w trakcie zdobywania akredytacji, a system ISO został wdrożony w całym szpitalu.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie udziela usług medycznych w zakresie 23 specjalizacji: dziecięcej, psychiatrii i psychoterapii, neurologii i neurochirurgii, chorób wewnętrznych, kardiologii i kardiochirurgii, intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, innej chirurgii, chirurgii urazowej i ortopedycznej oraz traumatologii, chirurgii naczyniowej, pulmonologii, leczenia onkologicznego, ginekologii i położnictwa, laryngologii, urologii, reumatologii, nefrologii, gastroenterologii, opieki nad seniorami i przewlekle chorymi, rehabilitacji, okulistyki, chorób zakaźnych (w tym HIV), dializ. W jednostce pracuje 1 889 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 58 939 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 30 477 136,83 zł. Szpital nie posiada akredytacji, a jedynie niektóre komórki mają wdrożony system ISO (w komórkach organizacyjnych znajdujących się w obiekcie przy ul. Białskiej 104/118).

Szpital Wojewódzki w Bielsku – Białej udziela usług medycznych w zakresie 15 specjalizacji: dziecięcej, neurologii i neurochirurgii, chorób wewnętrznych, kardiologii i kardiochirurgii, intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowej i ortopedycznej oraz traumatologii, chirurgii naczyniowej, ginekologii i położnictwa, laryngologii, urologii, nefrologii, gastroenterologii, rehabilitacji i okulistyki. W jednostce pracuje 1024 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 21 561 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 12 165 720,27 zł. Placówka jest w trakcie zdobywania akredytacji, a system ISO został wdrożony w całym szpitalu.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu udziela usług medycznych w zakresie 15 specjalizacji: psychiatrii i psychoterapii, neurologii i neurochirurgii, chorób wewnętrznych, kardiologii i kardiochirurgii, intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowej i ortopedycznej oraz traumatologii, chirurgii naczyniowej, pulmonologii, laryngologii, urologii, nefrologii, rehabilitacji, okulistyki, dermatologii. W jednostce pracują 1 002 osoby. W 2011 r. hospitalizowano 2 0143 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 14 178 877,85 zł. Szpital nie posiada akredytacji, brakuje danych odnośnie systemu ISO.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju udziela usług medycznych w zakresie 15 specjalizacji: dziecięcej, neurologii i neurochirurgii, chorób wewnętrznych, kardiologii i kardiochirurgii, intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowej i ortopedycznej oraz traumatologii, ginekologii i położnictwa, laryngologii, urologii, nefrologii, gastroenterologii, opieki nad seniorami i przewlekle chorymi, rehabilitacji, okulistyki. W jednostce pracuje 901 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 25 658 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 10 276 720,41 zł. Placówka nie posiada akredytacji, jest w trakcie wdrażania systemu ISO.

Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach udziela usług medycznych w zakresie 9 specjalizacji: dziecięcej, chorób wewnętrznych, chirurgii urazowej i ortopedycznej oraz traumatologii, pulmonologii, leczenia onkologicznego, ginekologii i położnictwa, gastroenterologii, opieki nad seniorami i przewlekle chorymi oraz dermatologii. W jednostce pracuje 89 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 27 193 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł 6 280 207,93 zł. Placówka nie posiada akredytacji, a system ISO jest wprowadzony tylko w niektórych oddziałach.

Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku udziela usług medycznych w zakresie 3 specjalizacji: psychiatrii i psychoterapii, neurologii i neurochirurgii, rehabilitacji. W jednostce pracuje 711 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 6 764 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł 140 625,87 zł. Szpital nie posiada akredytacji, brakuje danych odnośnie systemu ISO.

Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich udziela usług medycznych w zakresie 8 specjalizacji: dziecięcej, neurologii i neurochirurgii, chirurgii urazowej i ortopedycznej oraz traumatologii, intensywnej terapii, leczenia onkologicznego, rehabilitacji, chorób zakaźnych (w tym HIV). W jednostce pracuje 629 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 10 551 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 1 133 143,20 zł. Placówka posiada pełną akredytację, a certyfikat ISO jest wdrożony na niektórych oddziałach.

Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu udziela usług medycznych w zakresie 8 specjalizacji: dziecięcej, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, leczenia onkologicznego, ginekologii i położnictwa, endokrynologii, angiologii oraz wenerologii. W jednostce pracuje 731 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 16 916 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 84 676,27 zł. Szpital nie posiada akredytacji, brak danych odnośnie systemu ISO.

Szpital Specjalistyczny w Chorzowie udziela usług medycznych w zakresie 4 specjalizacji: psychiatrii i psychoterapii, pulmonologii, chorób zakaźnych (w tym HIV) oraz hepatologii. W jednostce pracuje 175 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 3 145 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 1 962 046,72 zł. Szpital nie posiada akredytacji, brak danych odnośnie systemu ISO.

Szpital Specjalistyczny w Zabrze udziela usług medycznych w zakresie 6 specjalizacji: chorób wewnętrznych, kardiologii i kardiochirurgii, chirurgii ogólnej, laryngologii, dermatologii oraz alergologii. W jednostce pracuje 276 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 6 458 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 148 063,75 zł. Jednostka nie posiada akredytacji, a certyfikat ISO jest aktualny dla całej placówki.

Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach udziela usług medycznych w zakresie 5 specjalizacji: dziecięcej, neurologii i neurochirurgii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, okulistyki. W jednostce pracuje 296 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 6 560 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 6 212 428,08 zł. Szpital nie posiada akredytacji ani nie wdrożył systemu ISO.

Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich udziela usług medycznych w zakresie 4 specjalizacji: intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, innej chirurgii, rehabilitacji. W jednostce pracuje 162 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 1 398 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 336 861,34 zł. Szpital posiada pełną akredytację i certyfikat ISO dla całej placówki.

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu udziela usług medycznych w zakresie 6 specjalizacji: dziecięcej, psychiatrii i psychoterapii, intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, reumatologii, gastroenterologii. W jednostce pracuje 215 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 5 716 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 184 769,14 zł. Szpital posiada pełną akredytację i certyfikat ISO dla całej placówki.

Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej udziela usług medycznych w zakresie 6 specjalizacji: neurologii i neurochirurgii, chorób wewnętrznych, kardiologii i kardiochirurgii, pulmonologii, opieki nad seniorami i osobami przewlekle chorymi, rehabilitacji. W jednostce pracuje 159 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 4 714 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 993 155,87 zł. Szpital posiada pełną akredytację i certyfikat ISO dla całej placówki.

Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie nie podał informacji odnośnie specjalizacji. W jednostce pracuje 105 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 2703 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 542 250 zł. Szpital jest w trakcie zdobywania akredytacji, a certyfikat ISO jest aktualny dla całej placówki.

Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej udziela usług medycznych w zakresie 6 specjalizacji: chorób wewnętrznych, innej chirurgii, pulmonologii, leczenia onkologicznego, opieki nad seniorami i osobami przewlekle chorymi, rehabilitacji, alergologii. W jednostce pracuje

271 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 6 435 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 18 058,77 zł. Szpital jest w trakcie zdobywania akredytacji, a certyfikat ISO jest aktualny dla całej placówki.

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu udziela usług medycznych w zakresie 3 specjalizacji: dziecięcej, psychiatrii i psychoterapii, neurologii i neurochirurgii. W jednostce pracuje 525 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 6 759 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 924 197,09 zł. Szpital nie posiada akredytacji, a certyfikat ISO jest aktualny w całej placówce.

Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu udziela usług medycznych w ramach 3 specjalizacji: chirurgii ogólnej, reumatologii oraz rehabilitacji. W jednostce pracuje 169 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 5091 pacjentów. Jednostka nie podała swoich wyników finansowych za 2011 rok oraz informacji odnośnie akredytacji i certyfikatu ISO.

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju specjalizuje się w rehabilitacji. W jednostce pracuje 49 pracowników. W 2011 r. hospitalizowano 778 pacjentów. Wynik finansowy brutto za rok 2011 wyniósł: 130 558,58 zł. Szpital nie posiada akredytacji, a certyfikat ISO jest aktualny w całej placówce.

1.3.2. Analiza źródeł wtórnych (deskresearch)

Podczas analizy deskresearch, korzystano z następujących źródeł wtórnych:

- „Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona księga II. Wersja trzecia.”, Warszawa, 29 sierpnia 2008;
- „Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego”, J. Ruszkowski, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa, wrzesień 2010;
- „Raport o stanie zdrowia mieszkańców województwa śląskiego”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, Oddział Analiz i statystyki medycznej, Katowice 2010;
- „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2011;
- „Biuletyn statystyczny województwa śląskiego 2012. I kwartał.”, Urząd Statystyczny w Katowicach;
- „Długoterminowa stacjonarna opieka zdrowotna w Polsce i województwie śląskim (2010 rok)”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, Katowice, wrzesień 2011;
- „Kierunki restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie na lata 2009-2013”, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, Katowice, grudzień 2009;
- „Mały rocznik statystyczny Polski 2012”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa rok LV, dostęp: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_maly_rocznik_statystyczny_2012.pdf;
- „Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie śląskim w 2010 r.”, Urząd Statystyczny w Katowicach, Informacje i opracowania statystyczne, Katowice, lipiec 2011 r.; „Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie śląskim w 2011 r.”, Urząd Statystyczny w Katowicach, Opracowania sygnałowe, Katowice, lipiec 2012 r.;
- „Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2010. Notatka informacyjna”, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Materiał na konferencję prasową w dniu 26 lipca 2012 r., dostęp: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2010.pdf;



- „Ochrona zdrowia i pomoc społeczna w województwie śląskim w 2010 roku”, *Urząd Statystyczny w Katowicach, Informacje i opracowania statystyczne, Katowice 2011 r., 978-83-89641-03-8*;
- „Prognoza ludności na lata 2003-2030”, dostęp: <http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl/informator/npr2/prognozy/Prognoza%20ludnosci%20na%20lata%202003+2030%20%28GUS%29.pdf>;
- „Przyszłość zabezpieczeń zdrowotnych”, Ł. Zalicki, *Konferencja – Legislacja 2012, Warszawa, 12 stycznia 2012*, dostęp: http://www.infozdrowie.org/attachments/legislacja2012_01_12/zalicki.pdf;
- „Raport o stanie zdrowia mieszkańców województwa śląskiego. 2010.”, *Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, Oddział analiz i statystyki medycznej, Katowice 2011*;
- „Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa śląskiego 2011”, *Urząd Statystyczny w Katowicach, Informacje i opracowania statystyczne, Katowice, kwiecień 2012 r., ISSN 2084-7130*;
- „Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona księga II. Wersja trzecia.”, *Warszawa, 29 sierpnia 2008 r.*;
- „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku”, *Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011*, dostęp: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf;
- „Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013”, *Dokument przyjęty przez RM w dniu 21 czerwca 2005 r., Dokument towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007-2013, Ministerstwo Zdrowia*;
- „Sytuacja zdrowotna ludności Polski”, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, *Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008*, dostęp: http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/PZH_Raport_2008.pdf;
- „Trwanie życia w 2011 roku”, *Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012*, dostęp: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/LUD_trwanie_zycia_2011.pdf;
- „Wyzwania rozwojowe gmin województwa śląskiego w kontekście zachodzących procesów demograficznych. Raport końcowy”, *przygotowany przez firmę ARC Rynek i Opinia sp. z o.o.*;
- http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0007/56563/Zestawienie-nr-01.pdf;
- http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/e_not_nt_szkol_wyzszych_w_Polsce.pdf;
- http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_maly_rocznik_statystyczny_2012.pdf;
- www.nifz.gov.pl oraz http://www.nifz-warszawa.pl/download/swiadcze/komunikat_2_537mln.pdf;
- www.mf.gov.pl

Do analiz wykorzystano dane ze stron internetowych:

1. Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach (<http://www.katowice.uw.gov.pl>),
2. Ministerstwa Zdrowia (<http://www.mz.gov.pl>),
3. Obserwatorium Integracji Społecznej przy Regionalnym Ośrodku pomocy Społecznej Województwa Śląskiego (<http://rops-katowice.pl>),
4. Katowickiego oddziału Głównego Urzędu Statystycznego (<http://www.stat.gov.pl/katow>),
5. Krakowskiego oddziału Głównego Urzędu Statystycznego (<http://www.stat.gov.pl/krak>),
6. Głównego Urzędu Statystycznego (<http://www.stat.gov.pl>),
7. Centrum Systemów Informacyjnych Ministerstwa Zdrowia (<http://www.csioz.gov.pl/>),
8. Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/>).



Tabela 1.2. Źródła wtórne wykorzystane przy analizie deskresearch

Miejsce poszukiwania źródeł wtórnych	Przedmiot poszukiwania	Aktualność danych	Łatwość dostępu do danych	Czy są dostępne prognozy
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	dane demograficzne, dane dotyczące liczby lekarzy (b. mało), dane dotyczące finansowania (brak)	dane aktualne, zwłaszcza demograficzne	średnia	Tak
Ministerstwo Zdrowia	finansowanie służby zdrowia (brak), liczba lekarzy, specjalizacje itp. (brak), absolwenci (brak), epidemiologia (brak)	brak danych	b. niska	Nie
Obserwatorium Integracji Społecznej przy Regionalnym Ośrodku pomocy Społecznej Województwa Śląskiego	dane demograficzne, dane epidemiologiczne (b. mało)	dane aktualne	średnia	Nie
Katowickiego oddział Głównego Urzędu Statystycznego	dane epidemiologiczne, dane demograficzne, dane, liczba lekarzy, absolwenci, finansowanie	dane aktualne	średnia	tak – demograficzne, pozostałych brak
Krakowski oddział GUS	j.w.	dane aktualne	średnia	tak – demograficzne, pozostałych brak
GUS	j.w.	dane aktualne	średnia	tak – demograficzne, pozostałych brak
Centrum Systemów Informacyjnych Ministerstwa Zdrowia	dane epidemiologiczne, dane dotyczące lekarzy	dane aktualne	niska	Nie
Naczelna Izba Lekarska	liczba lekarzy itp. (b. mało informacji)	dane aktualne	niska	Nie
Śląski Uniwersytet Medyczny	liczba absolwentów w poszczególnych latach, prognozy	średnia	w zasadzie brak danych	Nie
Centrum Egzaminów Medycznych W Łodzi	specjalizacje	dane aktualne	wysoka	Nie
Ministerstwo Finansów	Finansowanie służby zdrowia	dane aktualne	b. niska	Nie

Źródło: Opracowanie własne

1.3.3. Zogniskowany wywiad grupowy (FGI)

Metoda i technika: Badanie zostało przeprowadzone techniką wywiadu grupowego (FocusGroup Interview - FGI), która polega na moderowanej dyskusji – badacz zadaje pytania zgodnie z przygotowanym wcześniej scenariuszem wywiadu, następnie prosi poszczególne osoby o przedstawienie swoich opinii, a w razie potrzeby stymuluje przebieg dyskusji, np. aktywizuje uczestników badania materiałami (fotografie, artykuły, dane statystyczne) i zachęca ich do wypowiedzi. Wywiad grupowy może dostarczyć cennych informacji w zakresie ocen, postaw czy preferencji uczestników badania wobec dyskutowanych problemów. Doświadczony moderator może wydobyć z respondentów ich prawdziwe odczucia - jego zadaniem jest bowiem stworzenie atmosfery normalnej rozmowy, dzięki czemu uzyskuje się bardziej pogłębione i szczerze odpowiedzi.

Narzędzie badawcze: W celu przeprowadzenia dwóch wywiadów grupowych z ekspertami, przygotowano wcześniej ich scenariusze oraz wytyczne dla moderatorów. Zadaniem moderatorów było zarządzanie pozytywnymi efektami grupy społecznej oraz uniknięcie efektów negatywnych. Scenariusz pierwszego zogniskowanego wywiadu grupowego z ekspertami znajduje się w Załączniku nr 1 do niniejszego raportu. Scenariusz drugiego - w Załączniku nr 2.

Populacja generalna i respondenci: Na potrzeby badania przeprowadzono dwa wywiady grupowe: w pierwszym wzięło udział 16 ekspertów, w drugim - 14. W skład tej grupy wchodził przedstawiciele:

- Menagerów ochrony zdrowia,
- Specjalistów zdrowia publicznego (naukowcy, badacze, itp.),
- Samorządowych wydziałów zdrowia,
- Samorządów lekarskich i innych.

Sposób organizacji badania i zapewnienia rzetelności: W trosce o dobrą organizację badania i zapewnienie jego rzetelności dwa tygodnie przed każdym z wywiadów grupowych zostały wysłane imienne zaproszenia. Każde z nich było potwierdzone telefonicznie. Zadaniem moderatorów obu wywiadów grupowych było prowadzenie dyskusji oraz uzyskanie odpowiedzi na przygotowane wcześniej pytania. Moderatorzy dbali o to, aby dyskusja nie schodziła na poboczne tematy oraz pilnowali ram czasowych. Spotkania odbyły się w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego i zostały nagrane za pomocą kamery.

Pierwszy wywiad: Tematem pierwszego wywiadu były tendencje w funkcjonowaniu placówek medycznych oraz konsultacja wskaźników do oceny jakości świadczonej przez placówki medyczne. Omówiono również propozycje najważniejszych działań, istotnych dla poprawy sytuacji w regionie. Wywiad poprowadził Jacek Dębczyński.

Drugi wywiad: Tematem drugiego badania fokusowego była dyskusja nad zaprezentowanymi propozycjami oraz wypracowanie ostatecznych rekomendacji dotyczących:

1. Czynników poprawy sytuacji na rynku usług medycznych w placówkach województwa, w tym:
 - Poprawy dostępności usług medycznych w regionie,
 - Poprawy funkcjonowania placówek medycznych w regionie.
2. Kierunków doskonalenia sytuacji w regionie, w tym:
 - 1.1. Czynników poprawy jakości usług świadczonych przez placówki medyczne w regionie,
 - 1.2. Czynników obniżenia ogólnych kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,

Warsztat poprowadziła kierownik badania - dr Joanna Hołub-Iwan.

Terminy realizacji badania: Wywiady grupowe odbyły się 19 lipca i 29 sierpnia 2012r.

1.3.4. Badanie eksperckie metodą Delphi

Technika badania: W badaniu delfickim wykorzystuje się doświadczenie, wiedzę oraz opinie ekspertów z danej dziedziny. Taka metoda badania wykorzystywana jest do stworzenia prognoz odnośnie przyszłych zdarzeń. Jest to możliwe dzięki przeprowadzeniu minimum dwóch serii badań wśród ekspertów. Dzięki dwóm rundom badania, możliwe jest uzgodnienie i zsumowanie opinii kompetentnych osób w celu określenia prawdopodobieństwa lub czasu zajścia poszczególnych zdarzeń. Badanie delfickie zostało przeprowadzone metodą CAWI (Computer Assisted Web Interview - wywiad przez Internet, prowadzony przy użyciu udostępnianego respondentom kwestionariusza internetowego), za pomocą odpowiednio przygotowanej platformy internetowej Cyfrowy Manager.

Narzędzie badawcze: Narzędziem badawczym był kwestionariusz, zawierający tezy dotyczące rozwoju rynku usług medycznych w regionie, czynników i warunków poprawy sytuacji, w tym efektywniejszego wydatkowania środków na ochronę zdrowia. Tezy zostały wypracowane w oparciu o wnioski z pierwszego badania fokusowego. Zebrane tezy, opracowane na potrzeby badania Delphi znajdują się w Załączniku nr 3.

Populacja generalna i respondenci: W obu turach badania Delphi, kwestionariusze wypełniło łącznie 51 osób, w tym:

- 17 menagerów ochrony zdrowia,
- 8 specjalistów zdrowia publicznego (naukowców, badaczy, itp.),
- 3 przedstawicieli samorządowych wydziałów zdrowia,
- 3 przedstawicieli samorządów i innych instytucji (1 osoba reprezentująca „inną” instytucję – Jednostkę certyfikującą SZJ).

Badanie Delphi w II turze polegało na wypełnieniu tego samego kwestionariusza, który respondent wypełnił w I turze, przy czym przy każdym pytaniu zaprezentowane zostały średnie wyniki wszystkich respondentów z I tury.

Tabela 1.3. Udział przedstawicieli poszczególnych grup w I i II rundzie badania Delphi

Nazwa grupy	Runda 1		Runda 2	
	Liczba	%	Liczba	%
Menagerowie ochrony zdrowia	17	54%	11	55%
Specjaliści zdrowia publicznego (naukowcy, badacze, itp.)	8	26%	6	30%
Przedstawiciele samorządowych wydziałów zdrowia	3	10%	2	10%
Przedstawiciele samorządów lekarskich i innych	3	10%	1	5%

Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N1=31 i N2=20 w okresie lipiec – sierpień 2012



Tabela 1.4. Liczba oraz odsetek respondentów z danym wykształceniem w podziale na I i II rundę badania Delphi

Wykształcenie	Runda 1		Runda 2	
	Liczba	%	Liczba	%
Średnie	1	3%	0	0%
Wyższe	19	61%	12	60%
Doktor	6	19%	4	20%
Doktor habilitowany	3	10%	1	5%
Profesor	2	7%	3	15%

Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N1=31 i N2=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

Tabela 1.5. Procentowy udział respondentów: kobiet i mężczyzn w I i II rundzie badania Delphi

Płeć	Runda 1		Runda 2	
	Liczba	%	Liczba	%
Kobiety	21	68%	13	65%
Mężczyźni	10	32%	7	35%

Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N1=31 i N2=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

Sposób organizacji badania i zapewnienia rzetelności: Do ekspertów została rozestana wiadomość o planowanym badaniu z prośbą o przekazanie tej informacji innym osobom, które mogły być zainteresowane wzięciem w nim udziału. Na Platformie zostały utworzone ankiety w wersji elektronicznej, które następnie były rozestane za pomocą e-maili do ekspertów biorących udział w badaniu. Eksperti zaproszeni do badania wypełnili ankiety on-line - po kliknięciu na link, w przeglądarce wyświetlał się formularz ankiety do wypełnienia. Po jej zapisaniu wyniki zostały zachowane w bazie danych. Do drugiego etapu badania Delphi zaproszono wszystkich ekspertów, którzy wypełnili ankietę w pierwszym etapie. Eksperti wypełniając ankietę drugi raz mieli zaprezentowane zbiorcze wyniki z pierwszej tury badania.

Termin realizacji badania: I runda badania trwała od 26 lipca do 5 sierpnia, II runda natomiast rozpoczęła się 6 sierpnia, a zakończyła 12 sierpnia 2012.

1.3.5. Badania z kadrą zarządzającą i pracownikami placówek SPZOZ oraz szpitali klinicznych

Technika badania: Badanie przeprowadzono metodą CAPI (Computer Assisted Personal Interview – wywiad bezpośredni z wykorzystaniem komputera). Respondenci wypełniali ankietę w formie formularzy elektronicznych, podzielonych na moduły (ankieta wielomodułowa). W każdym z nich, respondenci byli proszeni o wypełnienie danych ze znanych im konkretnych dziedzin funkcjonowania szpitala.

Narzędzie badawcze: Poszczególne moduły narzędzia badawczego dotyczyły: zakresu usług świadczonych przez placówkę oraz wskaźników efektywności, zatrudnienia, rozwoju pracowników i deficytu kadr, danych finansowych placówki, oferty usług placówki medycznej i jej dostępności dla pacjentów, jakości i bezpieczeństwa pacjentów, w tym posiadanych certyfikatów jakości, relacji z pacjentami, komunikacji wewnętrzna i zarządzania obiegiem informacji, oceny infrastruktury placówki oraz czynników warunkujących poprawę sytuacji. Odpowiednie działy administracyjne



szpitali były odpowiedzialne za wypełnienie poszczególnych, odpowiadających ich kompetencjom modułów. W opisie metryczki zaznaczano rozróżnienie na szpital specjalistyczny i szpital kliniczny oraz według zasięgu jednostki na regionalny i ponadregionalny. Formularz ankiety wielomodułowej skierowanej do SPZOZ znajduje się w Załączniku nr 4 do raportu zaś formularz ankiety wielomodułowej dla szpitali klinicznych stanowi Załącznik nr 5.

Populacja generalna i respondenci: badania CAPI zrealizowano w 21 SPZOZ oraz w 6 szpitalach klinicznych (wstępnie planowano przeprowadzenie badań w 7 szpitalach klinicznych, jednak jeden nie wyraził na to zgody). Grupę respondentów stanowiła kadra zarządzająca szpitali oraz osoby wyznaczone przez dyrektorów szpitali do wypełnienia odpowiednich modułów ankiety.

Sposób organizacji badania i zapewnienia rzetelności: Ankiety wielomodułowe CAPI, zostały rozesłane drogą e-mailową do wszystkich szpitali biorących udział w badaniu. Każdy ze szpitali został poinstruowany w wiadomości e-mail oraz telefonicznie, w jaki sposób oraz w jakim terminie powinien wypełnić ankietę. Szpitale otrzymały zalecenie, aby poszczególne moduły ankiety wypełniły osoby odpowiedzialne za dziedzinę, której dotyczył dany moduł. Dzięki takiemu podziałowi możliwe było sprawne wypełnienie ankiety w terminie jednego lub dwóch tygodni. Podczas wypełniania ankiety szpitale korzystały z konsultacji i wsparcia ankietera oraz zespołu realizującego badania. Na zadane pytania odnośnie ankiety otrzymywały odpowiedź drogą e-mailową lub telefoniczną (odpowiedzi na pytania były wcześniej konsultowane z kierownikiem badań). Wypełnione ankiety wszystkie szpitale (oprócz jednego szpitala klinicznego, który odmówił udziału w badaniu) odesłały jako załącznik do wiadomości e-mail. W kilku przypadkach, gdy brakowało niektórych danych, szpitale dosyłały je w późniejszym terminie.

Termin realizacji badania: Badanie odbywało się w dniach od 20 lipca do 10 sierpnia 2012 r.

1.3.6. Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z kadra zarządzającą placówek SPZOZ

Technika badania: Badanie przeprowadzone w formie wywiadu pogłębionego - jakościowej metody badawczej. Badanie umożliwia zebranie danych bez ingerencji osób trzecich. Polega na bezpośredniej rozmowie ankietera z respondentem, dzięki czemu pozwala na dotarcie do emocjonalnych i motywacyjnych wzorów zachowań rozmówcy. Ankieter spisuje odpowiedzi na dane pytania, następnie poddaje je analizie i interpretacji.

Podczas wywiadu pogłębionego z kadra zarządzającą szpitali, badanych pytano zarówno o zarządzanie strategiczne w placówce, za którą są odpowiedzialni, jak i o politykę zdrowotną w regionie. Badacz zadawał pytania w taki sposób, aby nie sugerować odpowiedzi oraz zachowywać neutralny stosunek do tematu.

Narzędzie badawcze: W celu przeprowadzenia badania, przygotowano wcześniej scenariusz wywiadu. Umieszczono go w Załączniku nr 6 do raportu.

Populacja generalna i respondenci: Wywiady bezpośrednie zostały przeprowadzone z 21 dyrektorami szpitali (lub ich zastępcami) zgłoszonych do projektu.

Sposób organizacji badania i zapewnienia rzetelności: Informacja o planowanym przeprowadzeniu wywiadu pogłębionego w każdej z 21 placówek SPZOZ, została przesłana na adresy e-mailowe sekretariatów szpitali. Następnie, konkretne terminy wywiadów zostały ustalone podczas rozmów telefonicznych. Wszystkie wywiady pogłębione zostały przeprowadzone na terenie szpitali, respondentami byli dyrektorzy, a w kilku przypadkach – zastępcy dyrektorów. Wywiady trwały



średnio 1,5 godziny. Badanie realizowały osoby z doświadczeniem w przeprowadzaniu badań jakościowych w szczególności indywidualnych wywiadów pogłębionych.

Termin realizacji badania: Badania przeprowadzono od 20 lipca do 10 sierpnia 2012 roku.

1.3.7. Badanie z kadrą pracowniczą SPZOZ

Technika badania: Badanie zostało przeprowadzone metodą PAPI (Paper And Pencil Interview, czyli wywiadu przeprowadzany przy użyciu przygotowanego formularza – narzędzia badawczego w formie papierowej), podczas którego ankieter prowadził bezpośrednią rozmowę z respondentem zapisując odpowiedzi w formularzu.

Narzędzie badawcze: W celu przeprowadzenia badania została przygotowana ankieta w wersji papierowej. Kadrę pytano o opinie w kwestiach dotyczących: optymalnego wykorzystania zasobów ludzkich placówki z punktu widzenia potrzeb oddziału, ocenę czynników towarzyszących efektywniejszemu wykorzystywaniu zasobów kadrowych na oddziale, organizację pracy, kwestie związane z wyposażeniem oraz procedurami, ocenę pracy codziennej, możliwość wywiązania się personelu ze swoich zadań, zadowolenie pacjentów, możliwości rozwoju oferowanego przez placówkę, sposób dzielenia się wiedzą, motywacje i oceny pracownicze. Ankieta skierowana do kadry znajduje się w Załączniku nr 7 do raportu.

Populacja generalna i respondenci: Badanie zostało przeprowadzone w 21 zgłoszonych do projektu SPZOZ-ach. W każdym szpitalu przebadano min. 20 pracowników. Łącznie dało to próbę 444 osób. Liczba lekarzy do badania została wytypowana arbitralnie – dążono do uzyskania minimalnej próby badawczej, która stanowiłaby reprezentację pracowników. Dobór pracowników był przypadkowy. W każdym z wytypowanych do badania szpitali ankiety przeprowadzono wśród: lekarzy, pielęgniarek, położnych, sanitariuszy, techników medycznych, fizjoterapeutów, pracowników diagnostyki laboratoryjnej, pracowników rejestracji, pracowników sterylizacji oraz pracowników obsługi technicznej.

Szczegółowy rozkład próby uwzględniający numer badanej placówki medycznej, płeć, wykonywany zawód oraz funkcję pełnioną na oddziale przedstawiono w tabelach 1.6. - 1.9. oraz na wykresach 1.1. - 1.4.

Poniższa tabela przedstawia rozkład odpowiedzi w poszczególnych szpitalach. W każdym ze szpitali, starano się przeprowadzić badania z co najmniej 20 pracownikami (maksymalnie w przypadku szpitala nr 5, było to 25 respondentów), nie udało się to jedynie w jednym ze szpitali (Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju).

Tabela 1.6. Struktura próby – podział ze względu na szpital

Rozkład (%) odpowiedzi		
Placówka SPZOZ	(%)	Liczba odpowiedzi (n)
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	5,20	23
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	4,50	20
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	4,50	20
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	5,40	24
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	4,50	20
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	5,60	25
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	4,50	20
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital	4,75	21

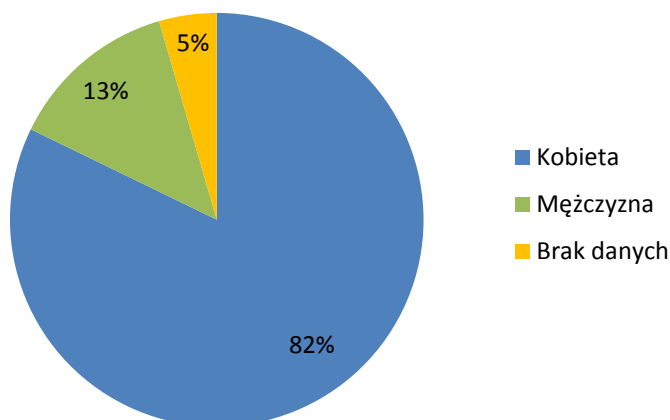
Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Rozkład (%) odpowiedzi		
Placówka SPZOZ	(%)	Liczba odpowiedzi (n)
dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku		
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	5,40	24
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	4,95	22
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	4,50	20
Szpital Specjalistyczny w Zabrze	4,50	20
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	4,75	21
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	4,75	21
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	4,50	20
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	5,20	23
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	4,50	20
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	4,50	20
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	4,50	20
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	5,20	23
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	3,80	17
Suma:	100,00	444

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wśród ankietowanych pracowników, zdecydowaną większość stanowiły kobiety – 82%. Warto zauważyć, że 5% respondentów nie zaznaczyło odpowiedzi na pytanie odnośnie płci.

Wykres 1.1. Struktura próby – podział ze względu płeć



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Ponad połowę respondentów stanowiły pielęgniarki lub pielęgniarze – było ich prawie 52%. Kolejną liczną grupą respondentów stanowili lekarze – 17,5%. Osoby wykonujące inne zawody, takie jak technik medyczny/fizjoterapeuta, pracownik administracyjny, pracownik obsługi technicznej i inni stanowili kilka procent wszystkich respondentów.



Tabela 1.7. Struktura próby – podział ze względu na wykonywany zawód

Rozkład (%) odpowiedzi		
Wykonywany zawód	(%)	Liczba odpowiedzi (n)
Lekarka/lekarz	17,50	78
Pielęgniarka/pielęgniarsz	51,60	229
Położna/położny	2,50	11
Sanitariusz	1,00	4
Technik medyczny/fizjoterapeuta, inni	8,00	35
Pracownik diagnostyki laboratoryjnej	0,20	1
Pracownik rejestracji	1,60	7
Pracownik sterylizacji	1,30	6
Pracownik obsługi technicznej	2,00	9
Psycholog	1,10	5
Ratownik medyczny	0,20	1
Pracownik diagnostyki laboratoryjnej	2,70	12
Pracownik administracyjny	2,70	12
Salowa	0,20	1
Praktykant	0,70	3
Brak danych	6,70	30
Suma:	100,00	444

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Analizując rozkład odpowiedzi ze względu na funkcję pełnioną przez respondenta na oddziale, należy wziąć pod uwagę fakt, iż prawie 70% pracowników nie podało odpowiedzi na to pytanie. Kolejną co do wielkości grupę respondentów - 19% - stanowili ci, którzy wskazali funkcję oddziałową/zastępcy/pielęgniarki koordynującej, 9% ordynatora lub jego zastępcy.

Tabela 1.8. Struktura próby – podział ze względu na funkcję pełnioną na oddziale

Funkcja pełniona na oddziale	Rozkład (%) odpowiedzi	Liczba odpowiedzi (n)
Ordynator, z-ca ordynatora	9,00	40
Oddziałowa, z-ca, pielęgniarka koordynująca	19,00	84
Kierownik działu	0,45	2
Kierownik	0,45	2
Zastępca kierownika	0,45	2
Lekarz kierujący	0,20	1
Zarządzający	0,45	2
Koordynujący pracę oddziału	0,45	2
Inna	0,20	1
Brak danych	68,90	308
Suma:	100,00	444

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Sposób organizacji badania i zapewnienia rzetelności: Badanie ankietowe wśród pracowników szpitali SPZOZ zostało przeprowadzone na terenie szpitali, w miejscu pracy respondentów. O terminie i sposobie realizacji badania władze szpitali zostały poinformowane drogą elektroniczną (e-maile wysyłane na adresy sekretariatów) oraz telefoniczną. Konkretny termin przeprowadzenia badania został ustalony również telefonicznie z sekretariatem. W wielu szpitalach dyrektor wyznaczył osobę, która pomagała ankietom w dotarciu do respondentów – oprowadzała ich ona po szpitalu

i pomagała dostać się na oddziały, dzięki czemu udało się przeprowadzić badania wśród kadry pracowniczej szybko i sprawnie osiągając zamierzoną liczbę odpowiedzi.

Badanie zostało zrealizowane przez przeszkolonych ankieterów z doświadczeniem badawczym.

Termin realizacji badania: Badanie odbywało się w terminie od 20 lipca do 10 sierpnia 2012 roku.

1.3.8. Badania opinii pacjentów – metodą SERVQUAL

Technika badania: Badanie zostało przeprowadzone metodą PAPI (Paper And Pencil Interview), czyli wywiadu przy użyciu papierowego kwestionariusza. Ankieter prowadzi bezpośrednią rozmowę z respondentem i sam zapisuje jego odpowiedzi.

Do badania poziomu jakości usług zastosowano metodę SERVQUAL. Jest to wielostopniowa skala, za pomocą której można dokonać pomiaru jakości usług z punktu widzenia klienta. Metoda ta polega na dokonaniu pomiaru różnic, jakie występują pomiędzy jakością postrzeganą przez klienta, a jakością oczekiwaną od tej usługi przez klienta. Jednym ze sposobów pomiaru takiej różnicy jest jednoczesne badanie oczekiwań oraz oceny stopnia ich realizacji odnośnie rozpatrywanej usługi. Wykorzystanie tej metody pozwala na wyznaczenie m.in. różnicy pomiędzy poziomem spełnienia oczekiwań a postrzeganiem usługi przez klienta.

Przygotowane narzędzie badawcze zawierało 5 pytań, w tym dwa pytania wieloitemowe, składające się z zestawienia 22 różnych twierdzeń ocenianych przez pacjenta. Pytania zostały tak skonstruowane, żeby zrealizować cel badania i poznać oceny jakości obsługi.

W badaniu metodą SERVQUAL wyróżnia się następujące etapy:

1. Ocena ważności poszczególnych wymiarów jakości,
2. Badanie oczekiwań klientów,
3. Ocena poziomu zadowolenia klientów.

Wykorzystanie metody SERVQUAL do badania jakości usług pozwala na wyznaczenie pięciu różnych rodzajów luk:³

1. Luka 1, to różnica pomiędzy oczekiwaniami klienta a ich postrzeganiem przez kierownictwo urzędu,
2. Luka 2, to różnica pomiędzy postrzeganiem oczekiwań klienta przez kierownictwo urzędu a specyfikacją usług,
3. Luka 3, to różnica pomiędzy specyfikacją jakości usługi a jakością świadczenia usługi,
4. Luka 4, to różnica pomiędzy jakością świadczenia usługi a informacjami, które klient ma na temat usługi,
5. Luka 5, to różnica pomiędzy poziomem spełnienia oczekiwań a postrzeganiem usługi przez klienta.

Najistotniejszym elementem metody SERVQUAL jest luka piąta, która pozwala na dokonanie oceny faktycznego odbioru usługi przez klienta⁴.

Analizy rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami a postrzeganiem usługi przez klientów dokonano w pięciu następujących wymiarach:

- Materialnej obudowy usługi – wyglądu fizycznych udogodnień, sprzętu, personelu, materiałów komunikacyjnych (*tangibles*);

³ Karaszewski R., *SERVQUAL – metoda badania jakości świadczonych usług*, „Problemy jakości” 2001, nr 5.

⁴ Dziadkowiec Joanna, *Wybrane metody badania i oceny jakości usług*, Zeszyty Naukowe AE Kraków, nr 717, Kraków 2006.



- Niezawodności – zdolności do dostarczania obiecanej usługi w sposób dokładny i budzący zaufanie (*reliability*);
- Odpowiedzialności dostawców usług (*responsivness*);
- Pewności usługi (*assurances*);
- Przystępności usługi – zindywidualizowanej uwagi, którą firma zapewnia klientom, utożsamiania się z potrzebami klientów (*empathy*).

Narzędzie badawcze: w celu przeprowadzenia badania została przygotowana ankieta, która w wersji papierowej została rozdystrybuowana pomiędzy uczestników badania. Nad realizacją badania czuwali ankieterzy. Pacjenci sami jednak, odpowiadali na pytania, aby zachować anonimowość wypełniania. Kwestionariusz ankietowy badania PAPI z pacjentami znajduje się w Załączniku nr 8.

Populacja generalna i respondenci: W każdym z 21 SPZOZ-ów zgłoszonych do projektu zostało przeprowadzone badanie z pacjentami, którzy korzystali z usług danej placówki. Łącznie przeprowadzono 1 251 ankiet. Liczba pacjentów została wyznaczona arbitralnie – celem było osiągnięcie określonej reprezentacji pacjentów dla każdej placówki, która pozwoli na wyciągnięcie miarodajnych wniosków. Liczbę optymalną ustalono na poziomie 50 pacjentów. Dobór pacjentów był przypadkowy. Nie można było zastosować doboru losowego ze względu na ochronę danych osobowych i brak list pacjentów. Nie wszyscy pacjenci mogli być też poddani badaniom ze względu na stan swojego zdrowia.

W 20 spośród 21 szpitali, poddano badaniom ankietowych od 45 do 70 respondentów. Najczęściej było to około 60 respondentów. Jedynie w przypadku szpitala nr 1, udało się przeprowadzić ankietę z 45 osobami, ze względu na niewielką liczbę pacjentów przebywających w szpitalu.

Tabela 1.9. Struktura próby – podział ze względu na szpital

Rozkład (%) odpowiedzi		
Placówka SPZOZ	(%)	Liczba odpowiedzi (n)
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	3,60	45
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	4,80	60
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	5,44	68
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	5,36	67
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	4,80	60
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	4,88	61
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	4,80	60
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	5,60	70
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	5,20	65
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	4,80	60
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	4,00	50
Szpital Specjalistyczny w Zabrze	4,80	60
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	4,80	60
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	4,88	61
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	4,88	61
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	4,80	60
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	4,16	52
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	4,80	60
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	4,88	61
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	4,80	60

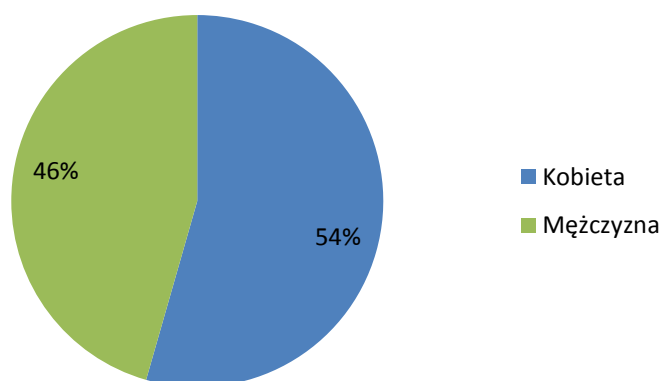


Rozkład (%) odpowiedzi		
Placówka SPZOZ	(%)	Liczba odpowiedzi (n)
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	4,00	50
Suma:	100,00	1251

Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W przypadku ankiet realizowanych wśród pacjentów, liczebności grup wydzielonych ze względu na płeć były do siebie bardziej zbliżone niż w przypadku badania wśród pracowników szpitali. Wśród respondentów było 54,5% kobiet i 45,5% mężczyzn.

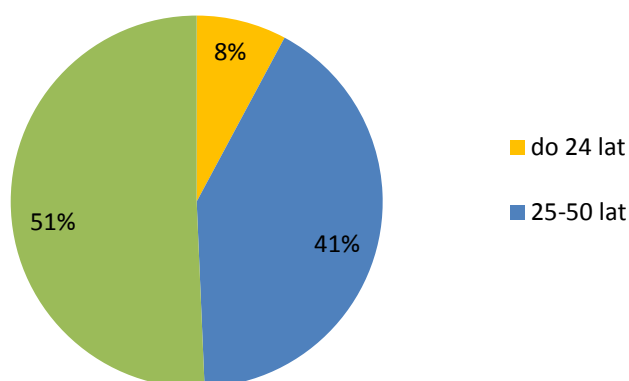
Wykres 1.2. Struktura próby – podział ze względu płeć



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

Większość respondentów stanowiły osoby w wieku powyżej 51 lat, kolejną co do liczebności grupą były osoby pomiędzy 25 a 50 rokiem życia, najmniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku do 24 lat.

Wykres 1.3. Struktura próby – podział ze względu wiek

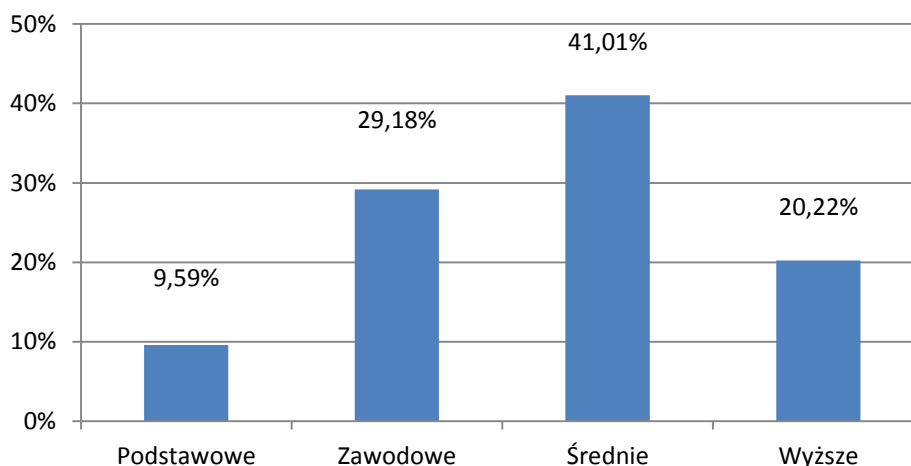


Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012



Respondenci to w większości osoby ze średnim wykształceniem – 41%. Kolejną grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym – 29%. Mniej było osób z wykształceniem wyższym i podstawowym – odpowiednio 20% i 9,6%.

Wykres 1.4. Struktura próby – podział ze względu na wykształcenie



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

Sposób organizacji badania i zapewnienia rzetelności: Badanie ankietowe wśród pacjentów szpitali SPZOZ, zostało przeprowadzone na terenie szpitali, najczęściej na oddziałach lub w izbach przyjęć. O terminie i sposobie realizacji badania, tak jak w przypadku innych badań prowadzonych w szpitalach, władze szpitali zostały poinformowane drogą mailową (wiadomości wysyłano na adresy sekretariatów) oraz drogą telefoniczną. Konkretny termin przeprowadzenia badania zostały ustalone z sekretariatami również za pośrednictwem telefonu. W wielu szpitalach dyrektor wyznaczył osobę, która pomagała ankietnikom w dotarciu do respondentów, oprowadzała ich po szpitalu i pomagała dostać się na oddziały, na których leżeli pacjenci, a także doradzała, z którymi pacjentami można przeprowadzić badanie. Badanie zostało zrealizowane przez przeszkolonych ankietników z doświadczeniem badawczym.

Termin realizacji badania: Badanie przeprowadzono w dniach od 20 lipca do 10 sierpnia 2012 r.

1.3.9. Analiza porównawcza jakości funkcjonowania placówek medycznych – benchmarking

Metoda analizy: Do oceny funkcjonowania placówek medycznych zastosowano benchmarking. Metoda ta pozwala na porównanie placówek między sobą i na znalezienie benchmarków (najlepszych reprezentacji) w określonych obszarach funkcjonowania. Benchmarking jest nowoczesną metodą zarządzania organizacją, która polega na wyborze wzorcowej organizacji. Staje się ona następnie punktem odniesienia dla wyników uzyskiwanych przez inne o podobnym profilu działalności. Daje to szansę na znalezienie rozwiązań, które mogą poprawić ich funkcjonowanie. Za wzorcową uznaje się tę organizację, która osiąga dużo lepsze wyniki niż analizowana, przy czym istotą polega nie na znajdowaniu i przenoszeniu gotowych wzorców, lecz na sposobie dochodzenia do najlepszych rozwiązań.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Benchmarking jest metodą stosowaną także w przypadku szpitali, również w Polsce (jednak nie na taką skalę).

W celu identyfikacji najlepszych wzorców (benchmarków) posłużono się metodami taksonomicznymi. Zastosowana metoda analizy taksonomicznej pozwoliła na opracowanie, tzw. wzorca rozwoju oraz pokazanie pozycji poszczególnych placówek na tle tego wzorca (odległość strategiczna od wzorca).

Narzędzie badawcze: Trzon całego badania benchmarkingowego stanowiły wskaźniki oparte o zmodyfikowany na potrzeby szpitali model zrównoważonej karty wyników (Balanced Scorecard Collaborative) R. Kaplana i D. Nortona. Narzędzie badawcze podzielone było na 4 obszary/perspektywy badań zgodnie z założeniami strategicznej karty wyników R. Nortona – perspektywa finansów, klientów, procesów wewnętrznych, uczenia się i rozwoju. W ramach każdego z obszarów uwzględniono wskaźniki dane (nominalnie) oraz wskaźniki charakteryzujące daną perspektywę.

Populacja badana: Analizom poddane były placówki w liczbie 21, wytypowane w SIWZ do badań.

2. Analiza i ocena czynników wpływających na sytuację placówek medycznych

2.1. Identyfikacja czynników wpływających na sytuację placówek medycznych w województwie śląskim



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

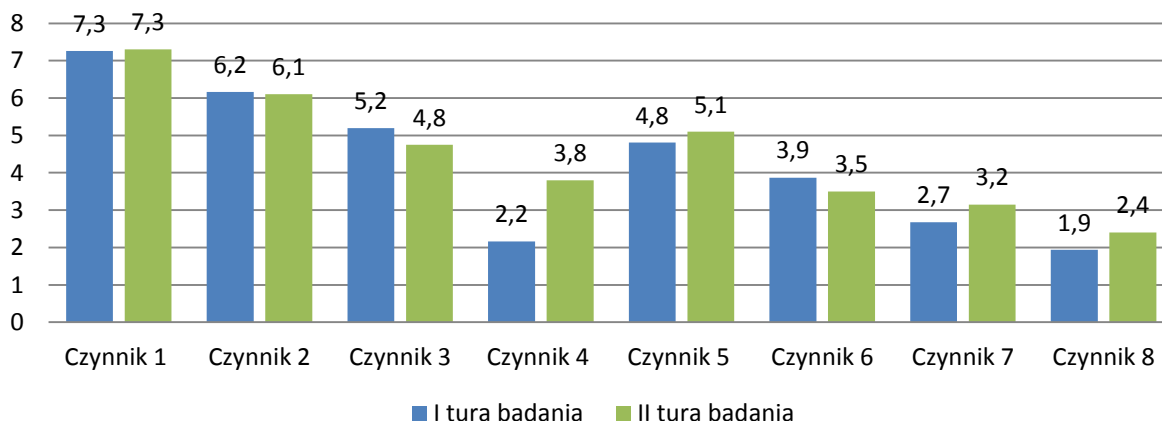
Zidentyfikowanie czynników, które będą miały największy wpływ na zmianę sytuacji na rynku usług medycznych w województwie śląskim.

W pierwszej i w drugiej turze badania Delphi eksperci zostali zapytani o to, czy w ciągu najbliższych 5 lat nastąpi pogorszenie, czy polepszenie sytuacji, biorąc pod uwagę dostępność usług medycznych dla pacjentów w województwie śląskim. Wśród odpowiedzi przeważały pesymistyczne prognozy – większość respondentów wybrała następujące odpowiedzi: „nastąpi zdecydowane pogorszenie sytuacji” oraz „sytuacja będzie pogarszała się z roku na rok” – 70,9% w I turze badania oraz 90% w II turze.

Następne w kolejności, było pytanie o czynniki, które w największym stopniu będą oddziaływały na to prognozowane pogorszenie. Eksperti określali kolejność czynników od najważniejszego do najmniej ważnego. W większości przypadków odpowiedzi udzielane w I i II turze badania były do siebie bardzo zbliżone. Wyjątek stanowi czynnik 4, czyli wzrost oczekiwań pacjentów co do jakości usług, wynikający z podnoszenia się standardu życia, wyższych aspiracji, itp. W pierwszej turze czynnik ten został niedoszacowany przez ekspertów zaś później z poziomu 2,2 pkt wzrósł do 3,8 pkt w drugiej turze. Wahania wysokości pozostałych czynników w pierwszej i drugiej turze badania mieszczą się na poziomie 0,5 pkt. **Za czynnik, który w największym stopniu będzie miał wpływ na pogorszenie sytuacji na rynku usług medycznych województwa śląskiego zarówno w I i II turze uznano mniejsze środki finansowe dostępne na ochronę zdrowia z funduszy centralnych (NFZ, MZ).** W obu turach czynnik ten został oszacowany na tym samym poziomie 7,3 pkt. Natomiast najniższą wagę jako czynnika wpływającego na pogorszenie sytuacji przypisano w obu turach deficytowi kadr medycznych, skutkującemu wzrostem kosztów zatrudnienia kadr i wzrostem kosztów szkolenia kadr ze względu na niższe kwalifikacje (w pierwszej turze 1,9 pkt, w drugiej - 2,4).



Wykres 2.1. Waga czynników, które w największym stopniu wpłyną na pogorszenie sytuacji na rynku usług medycznych w województwie śląskim



Legenda:

8 – najwyższa waga czynnika,
1 – najniższa waga czynnika,

Nazwy czynników:

Czynnik 1 - Mniejsze środki finansowe dostępne na ochronę zdrowia z funduszy centralnych (NFZ, MZ);

Czynnik 2 - Wzrost potrzeb medycznych społeczeństwa wynikający ze struktury wieku, więcej osób w wieku powyżej 45 lat i 65 lat;

Czynnik 3 - Wyższe koszty leczenia i utrzymania jakości życia osób w wieku starszym;

Czynnik 4 - Wzrost oczekiwań pacjentów co do jakości usług wynikający z podnoszenia się standardu życia, wyższych aspiracji, itp.;

Czynnik 5 - Zaniedbania w zakresie reform systemu ochrony zdrowia skutkujące coraz gorszą sytuacją placówek medycznych;

Czynnik 6 - Zaniedbania w zakresie słabej profilaktyki medycznej w ostatnich latach - oszczędzanie na profilaktyce, źle organizowana profilaktyka;

Czynnik 7 - Słaba organizacja i koordynacja działania podmiotów medycznych z poziomu regionu;

Czynnik 8 - Deficyt kadr medycznych skutkujący wzrostem kosztów zatrudnienia kadr, wzrostem kosztów szkolenia kadr ze względu na niższe kwalifikacje.

Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

W poniższej tabeli zestawiono ze sobą wyniki dla obu tur badania. W pierwszej kolumnie uszeregowano czynniki w kolejności od najwyższej do najniższej wagi przypisanej przez respondentów w pierwszej turze badania, w drugiej kolumnie – odpowiednie wyniki dla drugiej tury. W obu przypadkach dwie pierwsze oraz ostatnia odpowiedź nie uległy zmianie.

Tabela 2.1. Czynniki, które według respondentów w największym stopniu wpłyną na pogorszenie sytuacji na rynku usług medycznych w województwie śląskim

I tura	II tura
Czynnik 1 - Mniejsze środki finansowe dostępne na ochronę zdrowia z funduszy centralnych (NFZ,	Czynnik 1 - Mniejsze środki finansowe dostępne na ochronę zdrowia z funduszy centralnych (NFZ,

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



I tura	II tura
<p>MZ); Czynnik 2 - Wzrost potrzeb medycznych społeczeństwa wynikający ze struktury wieku; więcej osób w wieku powyżej 45 lat i 65 lat;</p> <p>Czynnik 3 - Wyższe koszty leczenia i utrzymania jakości życia osób w wieku starszym;</p> <p>Czynnik 4 - Zaniedbania w zakresie reform systemu ochrony zdrowia skutkujące coraz gorszą sytuacją placówek medycznych;</p> <p>Czynnik 5 - Zaniedbania w zakresie słabej profilaktyki medycznej w ostatnich latach - oszczędzanie na profilaktyce, źle organizowana profilaktyka;</p> <p>Czynnik 6 - Słaba organizacja i koordynacja działania podmiotów medycznych z poziomu regionu;</p> <p>Czynnik 7 - Wzrost oczekiwań pacjentów co do jakości usług wynikający z podnoszenia się standardu życia, wyższych aspiracji, itp.;</p> <p>Czynnik 8 - Deficyt kadr medycznych skutkujący wzrostem kosztów zatrudnienia kadr, wzrostem kosztów szkolenia kadr ze względu na niższe kwalifikacje.</p>	<p>MZ); Czynnik 2 - Wzrost potrzeb medycznych społeczeństwa wynikający ze struktury wieku; więcej osób w wieku powyżej 45 lat i 65 lat;</p> <p>Czynnik 3 - Zaniedbania w zakresie reform systemu ochrony zdrowia skutkujące coraz gorszą sytuacją placówek medycznych;</p> <p>Czynnik 4 - Wyższe koszty leczenia i utrzymania jakości życia osób w wieku starszym;</p> <p>Czynnik 5 - Wzrost oczekiwań pacjentów co do jakości usług wynikający z podnoszenia się standardu życia, wyższych aspiracji, itp.;</p> <p>Czynnik 6 - Zaniedbania w zakresie słabej profilaktyki medycznej w ostatnich latach - oszczędzanie na profilaktyce, źle organizowana profilaktyka;</p> <p>Czynnik 7 - Słaba organizacja i koordynacja działania podmiotów medycznych z poziomu regionu;</p> <p>Czynnik 8 - Deficyt kadr medycznych skutkujący wzrostem kosztów zatrudnienia kadr, wzrostem kosztów szkolenia kadr ze względu na niższe kwalifikacje.</p>

Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

Poniżej przedstawiono odpowiedzi respondentów, zawierające wskazania dodatkowych czynników, które mogą mieć wpływ na pogorszenie się sytuacji na rynku usług medycznych.

Tabela 2.2. Wskazane przez respondentów inne czynniki wpływające na pogorszenie sytuacji na rynku usług medycznych w województwie śląskim

Dodatkowe czynniki wskazane podczas I tury badania
<ul style="list-style-type: none"> – Proces prywatyzacji, – Dekapitalizacja bazy lokalowej, – Niedoinwestowana/przestarzała infrastruktura lokalowa i sprzętowa generująca wysokie koszty dostosowania do wymogów MZ i NFZ oraz wymogów wynikających z rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, – Nieodpowiednie zarządzanie środkami finansowymi, złe lokowanie środków finansowych np. na sprzęt medyczny, monopol głównego płatnika centralne sterowanie systemu ochrony zdrowia, a nie regionalne, rosnące koszty biurokracji, – Brak bieżącej aktualizacji w obszarze wyceny procedury medycznej, – Problem z dostosowaniem się placówek medycznych do nowych technologii (sprzęt, metody leczenia) z powodu niskich nakładów (na rozwój, zakup sprzętu itp.), – Zużycie sprzętu, – Większa zachorowalność społeczeństwa, – Wzrost kosztów spowodowany wzrostem cen leków, – Wzrost kosztów spowodowany wzrostem cen odczynników medycznych,



Dodatkowe czynniki wskazane podczas I tury badania


- Wzrost kosztów spowodowany wzrostem cen sprzętu jednorazowego,
 - Zmonopolizowane usługi serwisowe,
 - Wzrost podatków,
 - Znaczący wzrost cen mediów,
 - Oczekiwania pracowników dotyczące regulacji wynagrodzeń,
 - Organizacja NFZ-u; jego centralny monopol,
- Brak ochrony rynku przez wojewodę śląskiego, zbyt łatwy rejestr nowych podmiotów, niewystarczająca kontrola nad wymogami sanitarno - epidemiologicznymi dla nowych podmiotów, niekonsekwentna polityka zdrowotna dla mieszkańców woj. śląskiego; („co innego NFZ, co innego organ założycielski a co innego wojewoda – każdy ma inne podejście do systemu”),
 - Duży wzrost liczby nowych podmiotów leczniczych na rynku, ubiegających się o kontrakt z NFZ, przy zachowanej wartości funduszy dla województwa śląskiego,
 - Zaniechanie działań zmierzających do stworzenia "sieci szpitali", kierowanie środków finansowych do szpitali wieloprofilowych pozwalających na maksymalne wykorzystanie ich potencjału, tworzenie oddziałów specjalistycznych w szpitalach rejonowych, tylko w sytuacji niemożności zakontraktowania w pełni w stosunku do potrzeb i możliwości finansowych płatnika określonych usług w szpitalach wieloprofilowych,
 - Poszerzająca się strefa biedy, pogarszająca się świadomość zdrowotna społeczeństwa, większa zapadalność ludzi młodych na choroby wynikające z gorszego stanu przy urodzeniu, zwiększona podatność na szkodliwe nałogi.

Dodatkowe czynniki wskazane podczas II tury badania

- Brak strategii dla ochrony zdrowia, zwłaszcza ze strony Ministerstwa Zdrowia, „rynek medyczny funkcjonuje inaczej niż wolny rynek”,
- Brak kompatybilności pomiędzy faktycznymi potrzebami a wizerunkiem politycznym, brak jakiegokolwiek formy ochrony dla placówek publicznej ochrony zdrowia,
- Słaba rola właściciela organu założycielskiego (decydenta), nieodpowiednie zarządzanie środkami finansowymi, złe lokowanie środków finansowych ,np. na sprzęt medyczny, monopol głównego płatnika, centralne sterowanie systemu ochrony zdrowia zamiast regionalnego, rosnące koszty biurokracji,
- „Swoista schizofrenia, w której żyje społeczeństwo z punktu widzenia relacji gospodarczych - dążenie do wolnego rynku, z punktu widzenia zabezpieczenia społecznego - do doktryny rozwiniętego socjalizmu”,
- Brak odpowiedzialność elit politycznych za wytyczane kierunki reform, wadliwy proces polityczny, który wzmacnia możliwości manipulacji produktem, jakim jest kampania polityczna i w efekcie objęcie władzy przy całkowitym pogwałceniu zasad ekonomii.

Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

Z przeprowadzonych badań można wyprowadzić następujące wnioski:

	Wnioski
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eksperci zapytani o prognozy dotyczące sytuacji na rynku usług medycznych w województwie śląskim, spodziewają się, że w ciągu następnych 5 lat nastąpi pogorszenie sytuacji w zakresie dostępności usług medycznych dla pacjentów. W pierwszej turze badania wskazywało na to 70,9% respondentów, w drugiej- 90%. 2. Za czynnik, który w największym stopniu będzie miał na to wpływ eksperci uznali mniejsze środki finansowe dostępne na ochronę zdrowia z funduszy centralnych (NFZ, MZ). 3. Dwa kolejne czynniki w rankingu wskazań to wzrost potrzeb medycznych społeczeństwa wynikający ze struktury wieku oraz wyższe koszty leczenia i utrzymania jakości życia osób starszych. 4. Za najmniej istotny czynnik uznano deficyt kadr medycznych skutkujący



wzrostem kosztów zatrudnienia kadr oraz wzrostem kosztów szkolenia kadr ze względu na niższe kwalifikacje.

5. Zarówno jeśli chodzi o czynnik najważniejszy jak i najmniej ważny, nie zaobserwowano różnic pomiędzy dwoma turami badania.

2.2. Analiza sytuacji demograficznej w regionie



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Ustalenie sytuacji demograficznej populacji województwa śląskiego na tle ludności Polski. W tym celu konieczne było:

- Ustalenie zmian liczby ludności w ostatnich latach w Polsce oraz we wszystkich województwach.
- Przedstawienie prognoz dotyczących liczby ludności Polski w pierwszej połowie XXI wieku.
- Wskazanie liczby ludności w poszczególnych grupach wiekowych.
- Przedstawienie prognoz dotyczących udziału poszczególnych grup wiekowych w Polsce i w województwie śląskim.
- Ustalenie prognoz w zakresie udziału w populacji ogółem ludności powyżej 50 roku życia.
- Przedstawienie prognoz dotyczących ilości osób w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym w województwie śląskim.
- Zbadanie obecnej struktury ludności Polski oraz województwa śląskiego wg płci i wieku oraz przedstawienie prognoz w tym zakresie.
- Ukazanie ruchu naturalnego ludności w poszczególnych województwach.
- Wskazanie przeciętnego trwania życia w Polsce oraz we wszystkich województwach ze szczególnym uwzględnieniem województwa śląskiego.

Zdiagnozowanie sytuacji demograficznej populacji jest kluczowym elementem planowania działań w dziedzinie ochrony zdrowia. Zabezpieczenia medyczne powinny być dostosowane do ruchu naturalnego oraz struktury demograficznej społeczeństwa. Punktem wyjścia dla dalszej analizy jest zatem ustalenie liczby i struktury ludności na interesującym nas obszarze.

Tabela 2.3. Liczba ludności wg województw

Województwo	Ludność w tys.				Średnioroczne tempo przyrostu/ubytku liczby ludności w %			
	2000	2005	2009	2010	2000	2005	2009	2010
Polska	38 254,0	38 157,1	38 167,3	38 200,0	-0,02	-0,04	0,08	0,09
Dolnośląskie	2 912,2	2 888,2	2 876,6	2 877,8	-0,17	-0,17	-0,02	0,04
Kujawsko-pomorskie	2 067,8	2 068,3	2 069,1	2 069,5	-0,05	0,00	0,06	0,02
Lubelskie	2 206,2	2 179,6	2 157,2	2 151,9	-0,31	-0,25	-0,21	-0,25
Lubuskie	1 008,5	1 009,2	1 010,0	1 011,0	0,05	0,00	0,11	0,10
Łódzkie	2 627,8	2 577,5	2 541,8	2 534,4	-0,36	-0,40	-0,28	-0,29
Małopolskie	3 222,4*	3 266,2	3 298,3	3 310,1	0,35	0,18	0,34	0,36
Mazowieckie	5 115,0	5 157,7	5 222,2	5 242,9	0,05	0,23	0,34	0,40
Opolskie	1 070,6	1 047,4	1 031,1	1 028,6	-0,34	-0,39	-0,19	-0,24



Województwo	Ludność w tys.				Średnioroczne tempo przyrostu/ubytku liczby ludności w %			
	2000	2005	2009	2010	2000	2005	2009	2010
Podkarpackie	2 101,4	2 098,3	2 101,7	2 103,5	0,12	0,01	0,11	0,08
Podlaskie	1 210,7	1 199,7	1 189,7	1 188,3	-0,13	-0,23	-0,15	-0,12
Pomorskie	2 172,3	2 199,0	2 230,1	2 240,3	0,28	0,23	0,48	0,46
Śląskie	4 765,7*	4 685,8	4 640,7	4 635,9	-0,37	-0,32	-0,11	-0,10
Świętokrzyskie	1 302,7	1 285,0	1 266,0	1 266,0	0,01	-0,29	-0,21	-0,32
Warmińsko-mazurskie	1 427,5	1 428,6	1 427,2	1 427,2	0,19	-0,01	0,00	0,01
Wielkopolskie	3 345,3	3 372,4	3 408,3	3 219,4	0,17	0,21	0,31	0,33
Zachodniopomorskie	1 697,9	1 694,2	1 693,2	1 693,1	0,06	-0,04	0,01	-0,01

* Liczba ludności obliczona zgodnie z podziałem administracyjnym obowiązującym w dniu 31.XII.2002 r.
Źródło: „Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa śląskiego 2011”, Urząd Statystyczny w Katowicach, Informacje i opracowania statystyczne, Katowice, kwiecień 2012 r., ISSN 2084-7130

W roku 2010 liczba ludności Polski wynosiła 38,2 mln. W roku 2011, według wstępnych danych uzyskanych ze spisu powszechnego - 38,5 mln⁵. Trudno zatem mówić o znaczących zmianach w tym zakresie. Długoterminowe prognozy pokazują jednak, że z biegiem czasu, populacja naszego kraju będzie coraz mniejsza. Obecnie województwo śląskie jest drugim co do liczebności w Polsce (w 2010 roku zamieszkiwało je 12,14% ludności kraju), wyprzedza je tylko województwo mazowieckie. Ta silna pozycja regionu w rankingu wydaje się ugruntowana. Tym, co może niepokoić jest natomiast konsekwentnie utrzymujący się ujemny przyrost naturalny.

Tabela 2.4. Ludność Polski i województwa śląskiego wg wieku

Wyszczególnienie	Ludność wg wieku			
	Polska		Województwo śląskie	
	2000 (stan na 31.XII)	2010 (stan na 31.XII)	2000 (stan na 31.XII)	2010 (stan na 31.XII)
Liczby bezwzględne				
ogółem	38 253 955	38 200 037	4 758 944	4 635 882
0-19	10 636 821	8 176 571	1 241 522	913 323
20-49	17 004 775	16 741 502	2 170 833	2 037 955
50-64	5 886 584	8 097 400	798 453	1 020 729
65 i więcej	4 725 775	5 184 564	548 136	663 875
Struktura ludności (%)				
ogółem	100	100	100	100
0-19	27,7	21,4	26,1	19,7
20-49	44,5	43,8	45,6	44,0
50-64	15,4	21,2	16,8	22,0
65 i więcej	12,4	13,6	11,5	14,3

Źródło: „Długoterminowa, stacjonarna opieka zdrowotna w Polsce i województwie śląskim (2010 rok)”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, Katowice, wrzesień 2011

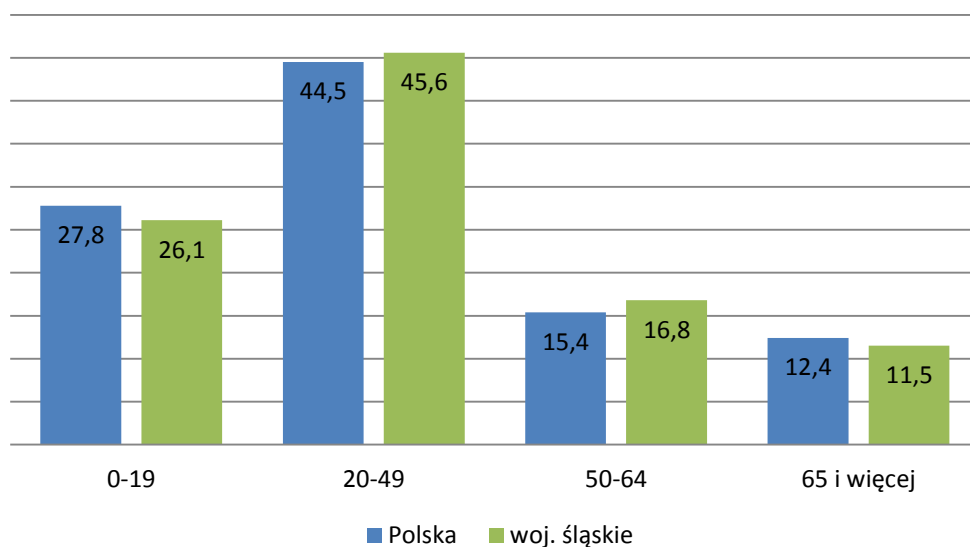
W latach 2000-2010 w istotny sposób zmieniała się w Polsce liczebność poszczególnych kategorii wiekowych społeczeństwa. Znacząco, gdyż o ponad 6 punktów procentowych spadł udział osób

⁵http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_maly_rocznik_statystyczny_2012.pdf



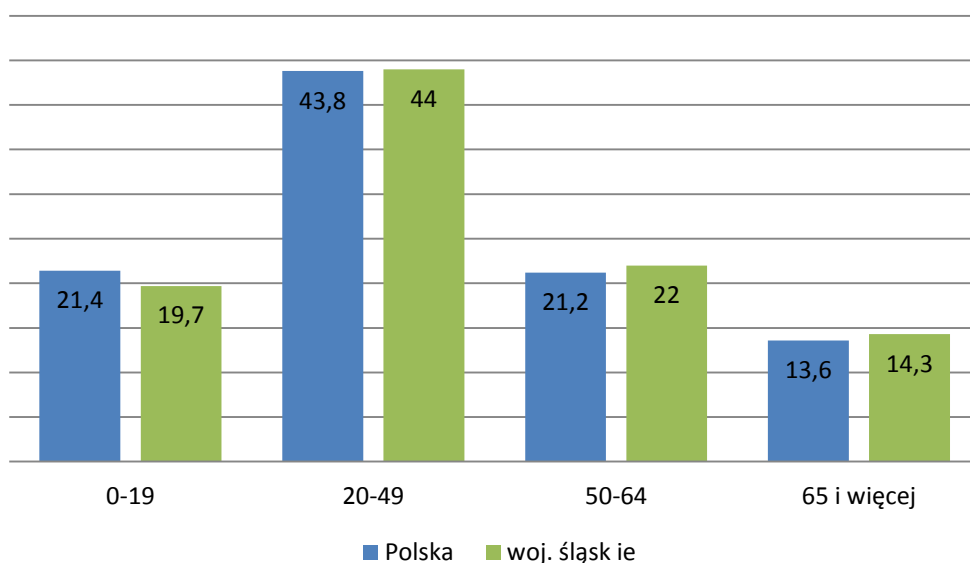
najmłodszych (0-19 lat). W województwie śląskim można zaobserwować dokładne odzwierciedlenie trendu ogólnopolskiego w tym zakresie. Udział kolejnej grupy wiekowej - 20-49 lat w całej populacji zmniejszył się w skali kraju o niecały 1 p.p., podczas gdy w województwie śląskim o ponad 1,5 p.p. O ile osób do 49 roku życia jest w społeczeństwie coraz mniej, o tyle zwiększyła się liczebność kategorii, obejmującej ludzi od 50 roku życia wzwyż. Udział kategoria 50-64 lata w społeczeństwie ogółem zwiększył się z 15,4% do 21,2%, a w województwie śląskim z 16,8% do 22,0%. Natomiast, udział najstarszych osób (65 i więcej lat) zwiększył się w Polsce o 1,2 punktu procentowego, zaś w województwie śląskim - o 2,8%.

Wykres 2.2. Struktura ludności Polski i województwa śląskiego w 2000 roku (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Długoterminowa, stacjonarna opieka zdrowotna w Polsce i województwie śląskim (2010 rok)”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, Katowice, wrzesień 2011

Wykres 2.3. Struktura ludności Polski i województwa śląskiego w 2010 roku (%)



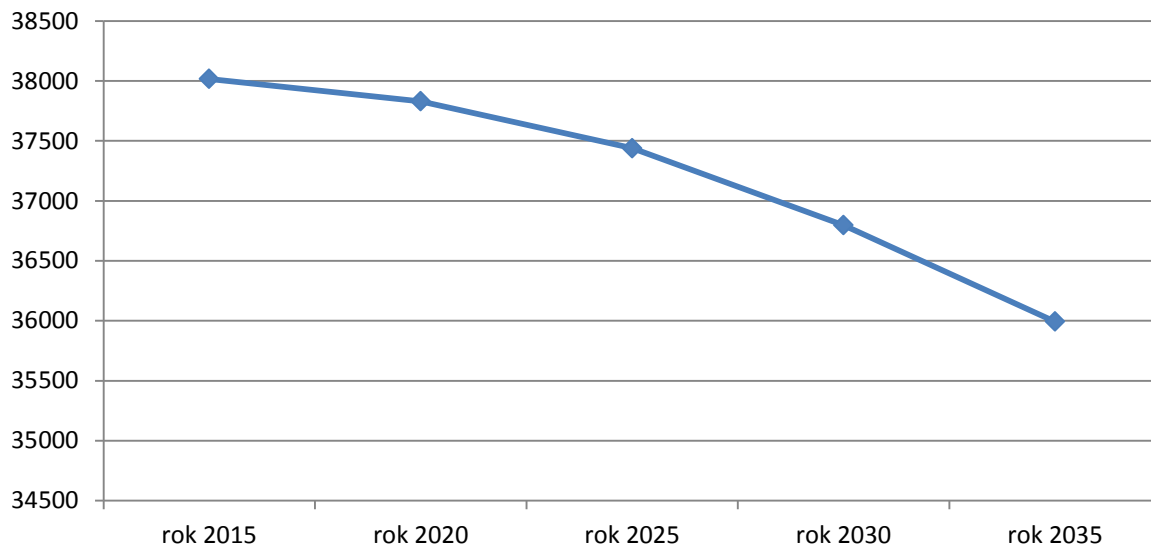
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Długoterminowa, stacjonarna opieka zdrowotna w Polsce i województwie śląskim (2010 rok)”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, Katowice, wrzesień 2011

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Prognozy pokazują, że od ok. 2015 roku w Polsce zmniejszać się będzie liczba ludności - przez najbliższe 38 lat nawet o ok. 6 mln. W efekcie prawdopodobne jest, że w 2050 roku osiągnie ona poziom ok. 32 mln.

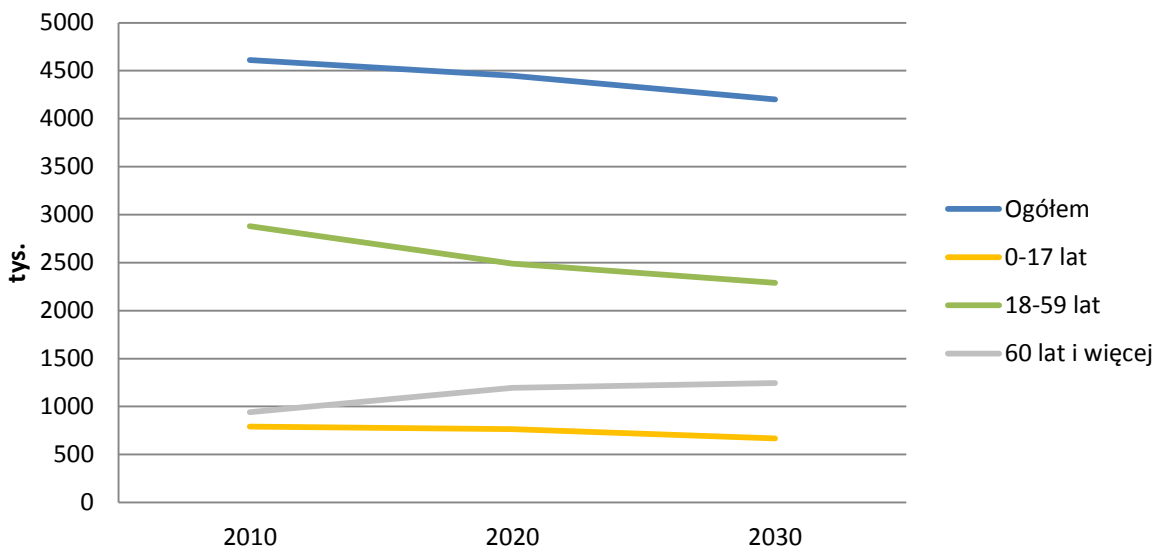
Wykres 2.4. Prognozowana wielkość populacji Polski do roku 2035 (w tys.)



Źródło: Rocznik Demograficzny 2011, Główny Urząd Statystyczny, 2011

Prognozowana struktura populacji województwa śląskiego także ulegnie zmianie. Szacuje się, że do 2030 roku zmniejszy się ona o prawie 400 tys. Wyraźnie widoczny staje się już teraz coraz mniejszy udział w społeczeństwie osób w wieku 0-17 lat oraz 18-59 lat. Zwiększa się natomiast odsetek osób starszych (powyżej 60 roku życia). Jak już wspomniano, sytuacja ta nie dotyczy tylko województwa śląskiego, ale stanowi problem w skali całego kraju, a nawet zjawisko o szerszym zasięgu, dotyczące wielu społeczeństw Europy Zachodniej i Środkowej.

Wykres 2.5. Stan (rok 2010 i 2011) oraz prognoza (2012 – 2030) ludności w województwie śląskim

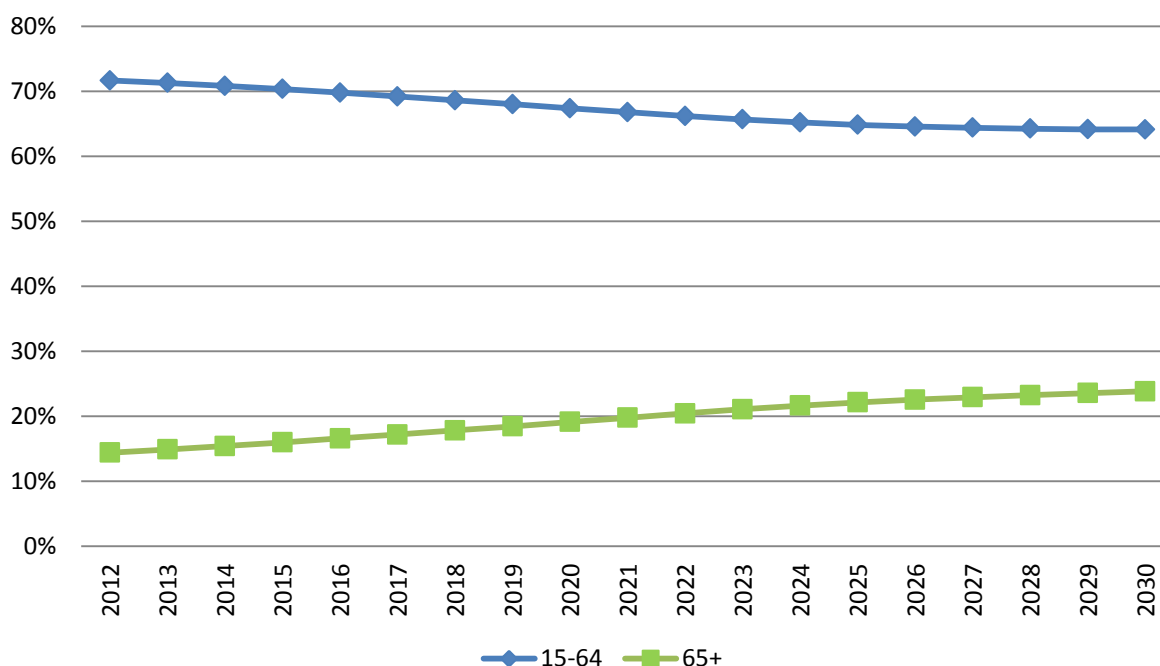


Źródło: „Raport o stanie zdrowia mieszkańców województwa śląskiego. 2010”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, Oddział analiz i statystyki medycznej, Katowice 2011

Wraz ze spadkiem liczby ludności w Polsce, społeczeństwo będzie się starzeć a więc coraz większy będzie w nim udział osób powyżej 65 roku życia.

Według prognoz, podczas gdy w 2012 roku osoby w wieku produkcyjnym stanowią będą ponad 70% społeczeństwa, a w 2030 roku będzie ich niewiele ponad 60%. Według szacunków, w 2012 roku ludność powyżej 65 roku życia ma stanowić około 15%, zaś w 2030 roku już ponad 24% polskiego społeczeństwa. Poniższy wykres obrazuje prognozowany udział w populacji Polski osób w dwóch grupach wiekowych: powyżej 64 roku życia oraz w przedziale 15-64.

Wykres 2.6. Udział w populacji osób powyżej 64 roku życia oraz osób w przedziale wiekowym 15-64 – prognoza na lata 2012 - 2030

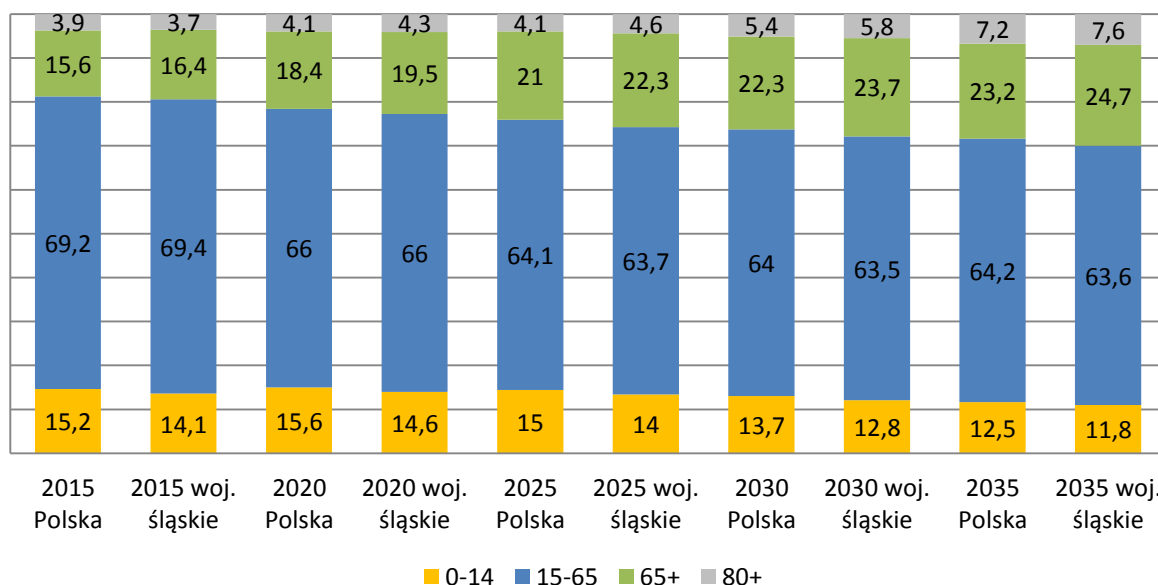


Źródło: „Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona księga II. Wersja trzecia.”, Warszawa, 29 sierpnia 2008 r.

Jeśli chodzi o prognozy dotyczące rozwoju województwa śląskiego, w okresie najbliższych 20-25 lat odsetek osób starszych w populacji będzie większy niż średnia ogólnopolska: w 2035 roku w Polsce 23,2% ludności będzie w wieku 65+, a 7,2% w wieku 80+. W tym samym roku niemal 25% ludności województwa śląskiego osiągnie wiek 65+ - dokładnie 24,7%, a 7,6% będzie w wieku 80+.



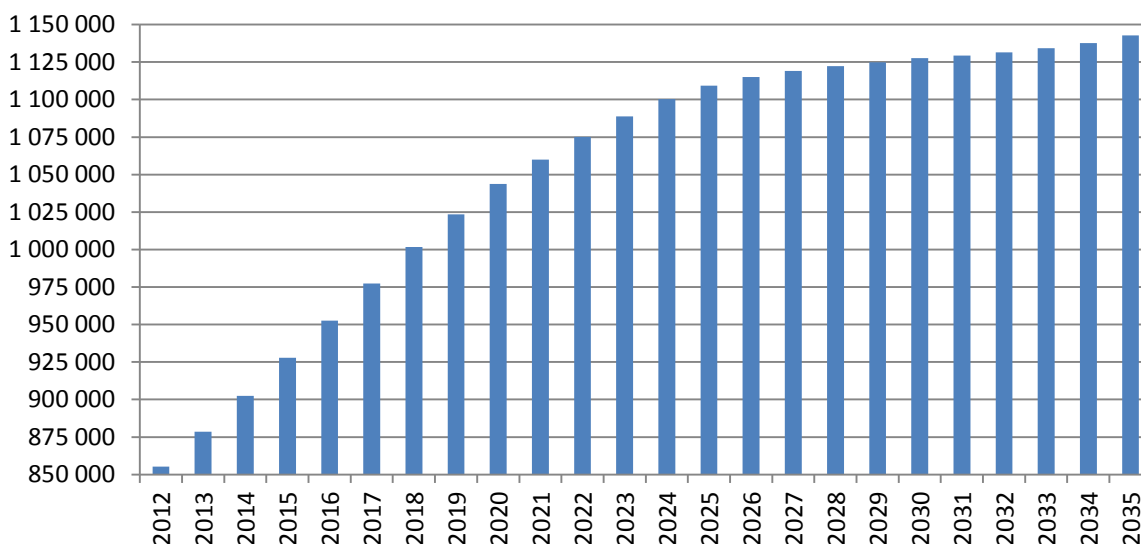
2.7. Prognoza ludności w Polsce wg biologicznych grup wieku w poszczególnych latach



Źródło: „Długoterminowa, stacjonarna opieka zdrowotna w Polsce i województwie śląskim (2010 rok)”, Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, Katowice, wrzesień 2011

Zwiększanie się udziału osób starszych w populacji województwa śląskiego jest nieuchronne. Jak pokazują badania, społeczeństwo będzie się starzeć i coraz większy odsetek populacji będą stanowiły osoby w wieku poprodukcyjnym. Jeszcze wyraźniej zmiany demograficzne widać na poniższych wykresach.

Wykres 2.8. Prognozowana liczba osób w wieku poprodukcyjnym w województwie śląskim (mężczyźni 65+, kobiety 60+)

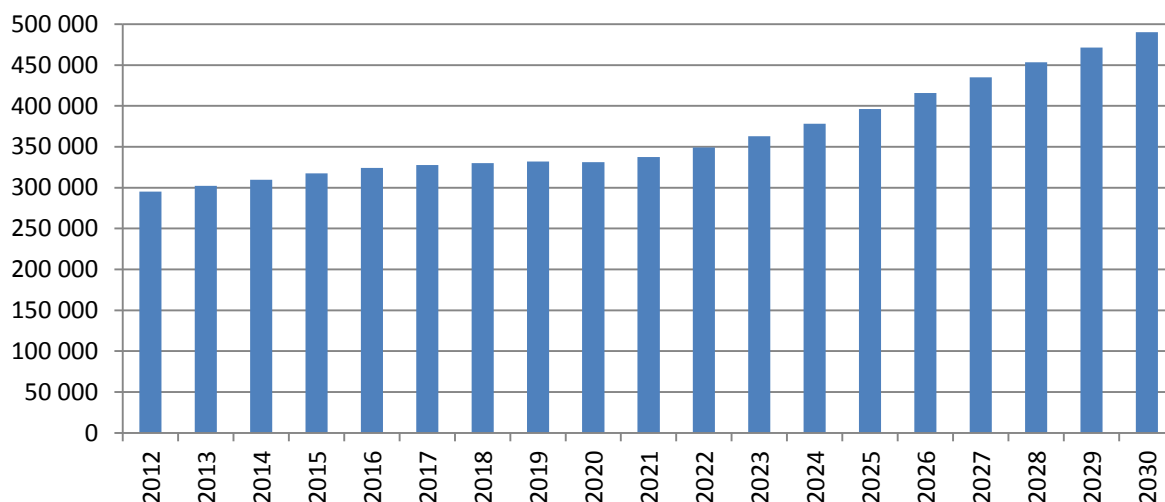


Źródło: „Wyzwania rozwojowe gmin województwa śląskiego w kontekście zachodzących procesów demograficznych. Raport końcowy”, przygotowany przez firmę ARC Rynek i Opinia sp. z o.o.



W latach 2012-2030 należy spodziewać się ogólnego wzrostu ilości osób w wieku poprodukcyjnym – o ok. 300 tys. Aż połowa tego wzrostu przypada na populację powyżej 75 roku życia. Gwałtowny przyrost liczby osób należących do tej kategorii wiekowej spodziewany jest w latach 2025-2030.

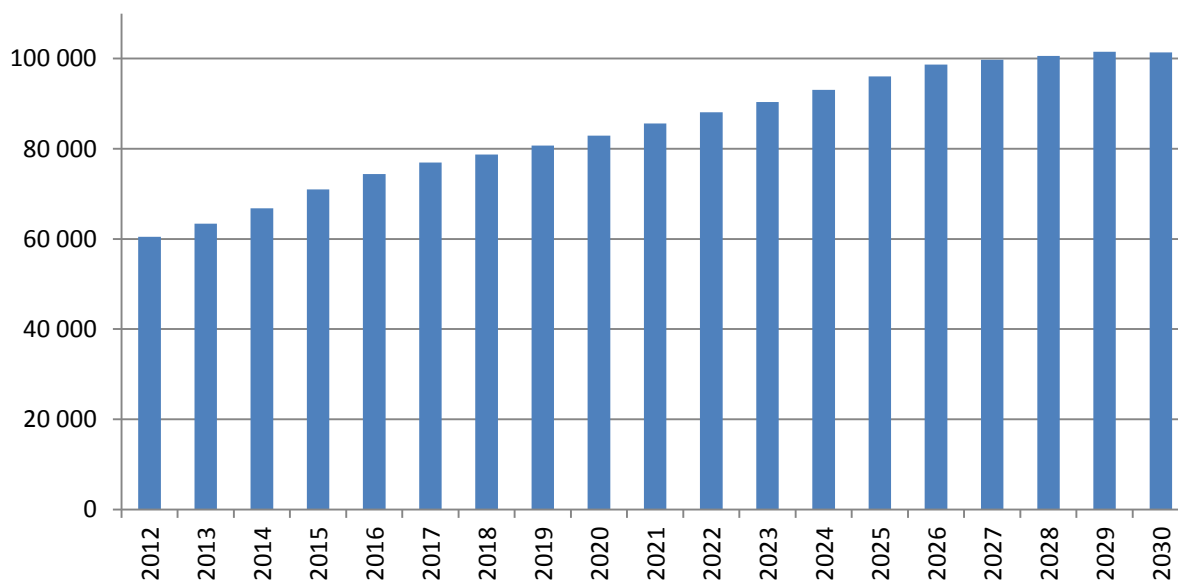
Wykres 2.9. Prognozowana liczba osób w wieku 75+ w województwie śląskim



Źródło: „Wyzwania rozwojowe gmin województwa śląskiego w kontekście zachodzących procesów demograficznych. Raport końcowy”, przygotowany przez firmę ARC Rynek i Opinia sp. z o.o.

Największy przyrost wśród osób starszych widać w grupie powyżej 85 roku życia. W 2012 roku w województwie śląskim było takich osób prawie 60 tys., natomiast w 2030 będzie ich aż ok. 100 tys. W efekcie, w ciągu 18 lat prawie podwoi się ilość osób w tej kategorii wiekowej.

Wykres 2.10. Prognozowana liczba osób w wieku 85+ w województwie śląskim

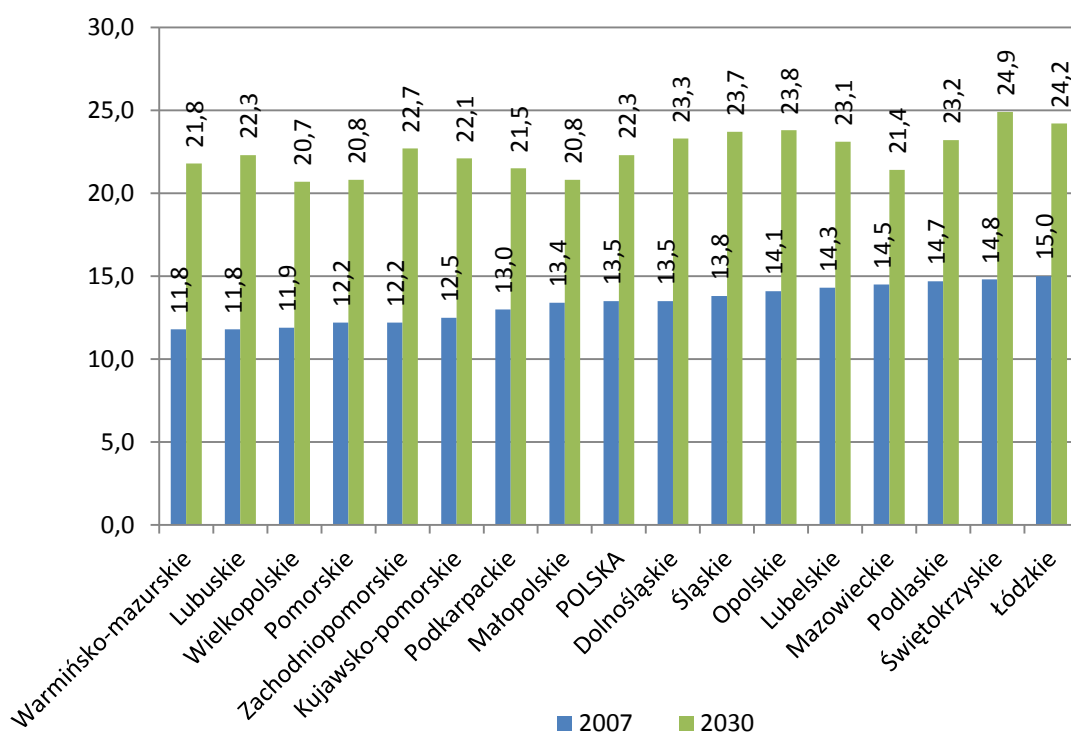


Źródło: „Wyzwania rozwojowe gmin województwa śląskiego w kontekście zachodzących procesów demograficznych. Raport końcowy”, przygotowany przez firmę ARC Rynek i Opinia sp. z o.o.

Populacja Polski w 2035 roku będzie znacznie starsza niż była pod koniec lat 90. XX wieku. Poniższy wykres obrazuje procentowy udział osób w wieku 65+ w społeczeństwie w roku 2007 oraz prognozę na 2030 r. W 2007 roku udział osób w wieku 65+ w społeczeństwie wynosił 13,5%. Największą ilość ludności w tej kategorii wiekowej odnotowano w województwie łódzkim (15%), na drugim miejscu znalazło się województwo świętokrzyskie (14,8%), na kolejnych podlaskie (14,7%) i mazowieckie (14,5%). Województwo śląskie uplasowało się pod tym względem na 7. pozycji z wynikiem 13,8%. Najmniejszy odsetek osób w wieku 65+ zamieszkiwał województwo warmińsko-mazurskie – 11,8%.

Sytuacja ta zmieni się diametralnie w 2030 roku. Według prognoz, odsetek osób w wieku 65+ w Polsce wyniesie wtedy aż 22,3%. Najwięcej osób w tym przedziale wiekowym powinno być w tym czasie w województwie świętokrzyskim - 24,9%, w województwie łódzkim - 24,2%, opolskim - 23,8%. Województwo śląskie pojawia się w tym rankingu jako czwarte z wynikiem 23,7%. Natomiast najmniejszy odsetek osób w wieku 65+, prognozowany jest dla województwa wielkopolskiego - 20,7%.

Wykres 2.11. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wg województw w roku 2007 oraz prognoza na 2030 r.

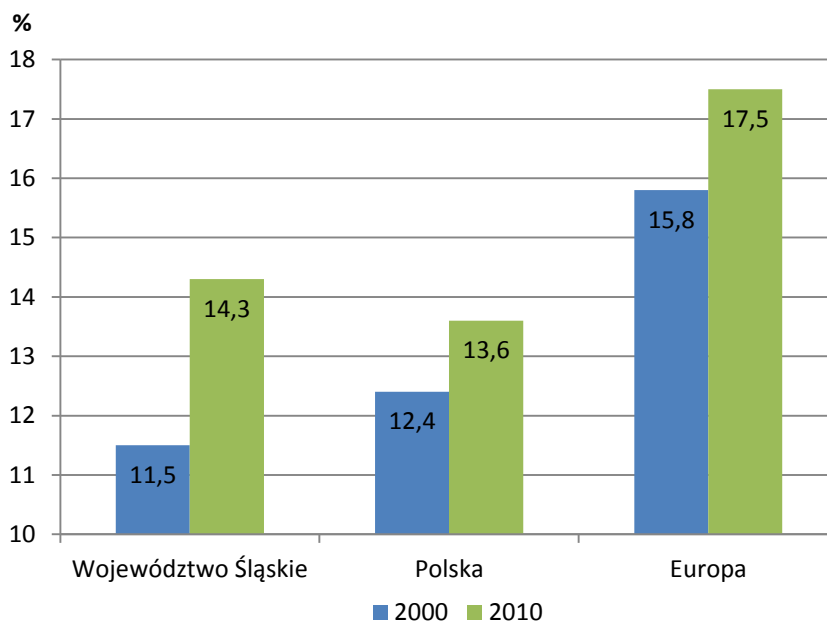


Źródło: „Sytuacja zdrowotna ludności Polski”, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008, dostęp: http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/PZH_Raport_2008.pdf

Jeszcze w 2000 roku udział osób powyżej 65 roku w populacji był w województwie śląskim niższy niż średnia krajowa (11,5% w porównaniu do 12,4%). Jednak już w 2010 przewyższył średnią w tym zakresie o 0,7 punktu i wynosił 14,3%. Warto zauważyć, że o ile nadal jest to wynik niższy niż średnia dla państw Unii Europejskiej (15,8% w 2000 roku i 17,8% w 2010) to śląska dynamika wzrostu odsetka osób powyżej 65 roku życia bardziej przypomina właśnie tendencje europejskiej niż polskie.



Wykres 2.12. Wzrost udziału osób 65+ w populacji województwa śląskiego na tle Polski i Unii Europejskiej pomiędzy 2000 i 2010 rokiem

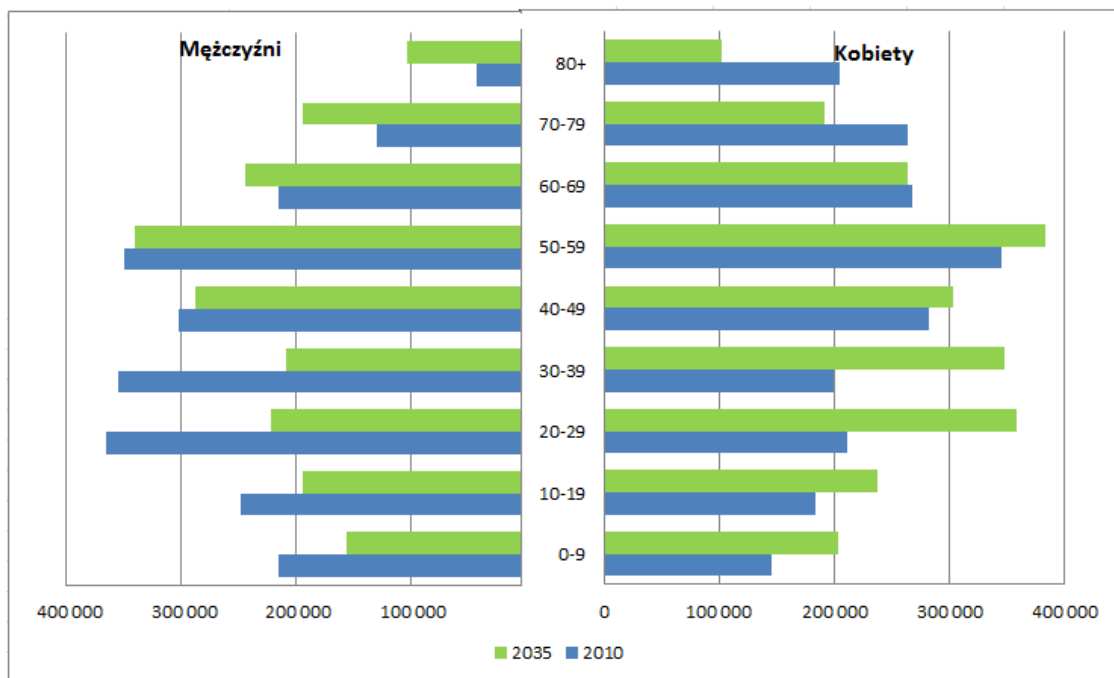


Źródło: „Wyzwania rozwojowe gmin województwa śląskiego w kontekście zachodzących procesów demograficznych. Raport końcowy”, przygotowany przez firmę ARC Rynek i Opinia sp. z o.o

W 2002 roku udział w społeczeństwie osób w wieku ok. 15-30 lat zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn był widocznie większy niż obecnie. Kolejną dużą grupę stanowiły wówczas osoby z kategorii 40-55 lat. Osoby powyżej 60 roku życia, w większości kobiety, stanowiły stosunkowo mało liczną grupę. Jak już wspomniano, prognozy na 2035 rok przewidują znaczące postarzenie się społeczeństwa. Najliczniejszą kategorią wiekową będą wówczas ludzie w wieku 45-59 lat, czyli osoby urodzone w latach 80. W 2030 roku najwięcej w populacji będzie osób pomiędzy 40 a 60 rokiem życia. Natomiast liczebności kategorii wiekowych osób w wielu 60-75 lat będzie większa niż osób w wieku do 25 lat. Jak pokazują wyniki badań, społeczeństwo będzie się dynamicznie starzeć i coraz mniejszy będzie w nim odsetek młodych osób. Znacząco przedłuży się też długość życia ludności Polski.

Przy tej okazji uwidacznia się inny aspekt starzenia się społeczeństwa. Obecnie można powiedzieć, że mamy w Polsce do czynienia z feminizacją starości. Natomiast, prognozy na rok 2035 pokazują, że choć nadal będziemy świadkami feminizacji starości, to wyraźnie widoczna będzie ona dopiero wśród osób w wieku 70-74 lata i starszych. W 2030 roku liczebności kobiet i mężczyzn będą kształtowały się podobnie do ok 60 roku życia. Wśród osób między 60 a 70 rokiem życia, widać będzie niewielką przewagę kobiet.

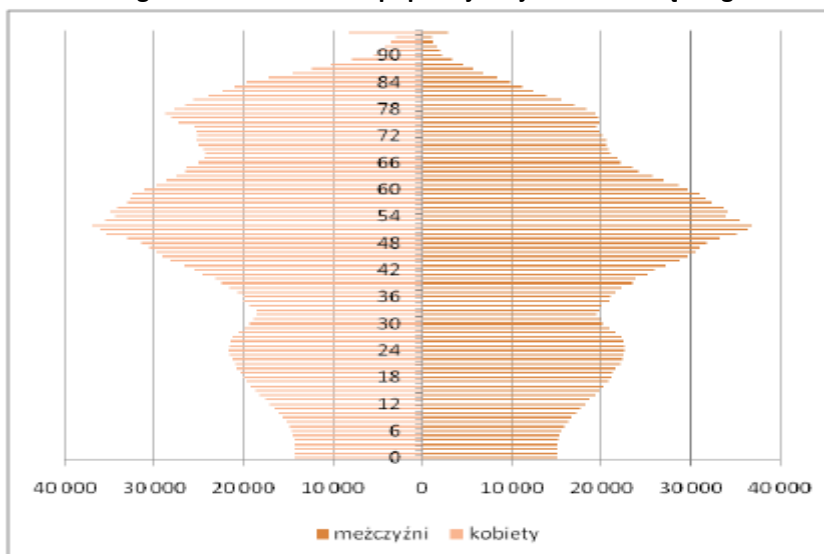
Wykres 2.13. Ludność Polski wg płci i wieku w roku 2010 oraz prognoza na rok 2035



Źródło: Rocznik Demograficzny 2011, Główny Urząd Statystyczny, 2011

Zgodnie z prognozami, społeczeństwo województwa śląskiego do 2035 roku doświadczy przemian podobnych do tych, które mają nastąpić w skali całego kraju. Największy udział w społeczeństwie będą wówczas miały osoby pomiędzy 45 a 60 rokiem życia. Struktura wieku kobiet i mężczyzn w populacji regionu śląskiego będzie podobna w większości grup wiekowych. Prognozy mówią, że wyraźne zwiększenie procentowego udziału kobiet będzie można zaobserwować dopiero od około 78 roku życia.

Wykres 2.14. Prognozowana struktura populacji województwa śląskiego w 2035 roku



Źródło: „Wyzwania rozwojowe gmin województwa śląskiego w kontekście zachodzących procesów demograficznych. Raport końcowy”, przygotowany przez firmę ARC Rynek i Opinia sp. zoo

Przyrost naturalny w województwie śląskim, zmniejsza się i w przeciwieństwie do przyrostu naturalnego na poziomie kraju jest ujemny. W 2011 roku mniejszy wskaźnik odnotowano tylko w województwach lubelskim, opolskim, świętokrzyskim oraz łódzkim. Najwyższym przyrostem naturalnym charakteryzuje się obecnie województwo pomorskie (2,56%). W województwie śląskim przyrost naturalny był ujemny i wynosił -0,63%. Różnica pomiędzy wskaźnikiem w województwie jest na tyle znacząca, że najprawdopodobniej sytuacja demograficzna w przywołanych regionach będzie się kształtować w przyszłości zupełnie inaczej.

Urodzenia żywe na 1000 osób w Polsce osiągnęły poziom 10,17. Najwyższy wskaźnik w kraju odnotowano w województwie pomorskim, gdzie był on równy 11,18. Natomiast w regionie wielkopolskim, wskaźnik wynosił 11,14. Na trzecim miejscu znajdowało się województwo mazowieckie z wynikiem 10,92. Województwo śląskie znalazło się pod względem urodzeń żywych na 1000 ludności na 10 pozycji w kraju (współczynnik 9,7). Najmniejszy wskaźnik odnotowano w województwie opolskim, gdzie wynosił on 8,47.

Nie mniej istotna jest **liczba zgonów** na 1 000 osób, która w 2011 w Polsce wynosiła 9,83. Najwyższy wskaźnik odnotowano w województwie łódzkim - 12,17. Wysoka liczba zgonów na tym obszarze może być związana z pylicą, chorobą zawodową włókienników, których koncentracja w województwie łódzkim była i ciągle jeszcze jest bardzo wysoka. Drugi pod względem wielkości wskaźnik zgonów na 1000 mieszkańców odnotowano w województwie świętokrzyskim – 10,81, a na trzecim miejscu znajdowało się województwo lubelskie – 10,67. Województwo śląskie uplasowało się na czwartej pozycji w kraju z wskaźnikiem 10,30. Przyczyn wysokich wskaźników zgonów można szukać w wielu źródłach, wśród nich także w słabej profilaktyce zdrowotnej, niewystarczającym zabezpieczeniu medycznym oraz niskim poziomie świadczonych usług medycznych. Najniższe wskaźniki zgonów na 1000 ludności są w województwach podkarpackim oraz pomorskim, gdzie wynoszą 8,63. Warto zaznaczyć, że między tym wynikiem a wskaźnikiem w województwie łódzkim, różnica wyniosła aż 3,54.

Tabela 2.5. Stan i ruch naturalny ludności. Stan na dzień 31.XII.2011

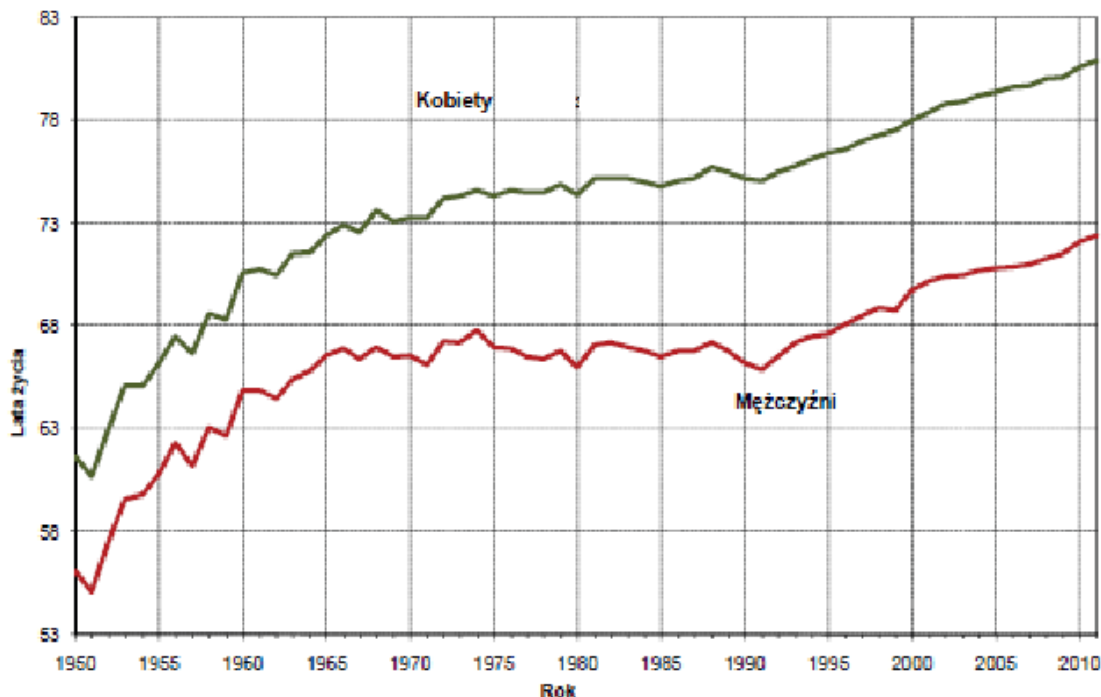
Województwo	Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny	Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny
	w liczbach bezwzględnych			na 1000 ludności		
Polska	388 416	375 501	12 915	10,17	9,83	0,34
Dolnośląskie	27 660	29 396	-1 736	9,62	10,23	-0,60
Kujawsko-pomorskie	20 971	19 663	1 308	10,14	9,50	0,63
Lubelskie	21 363	22 981	-1 618	9,92	10,67	-0,75
Lubuskie	10 421	9 648	773	10,29	9,53	0,76
Łódzkie	23 952	30 816	-6 864	9,46	12,17	-2,71
Małopolskie	35 524	29 727	5 797	10,76	9,00	1,76
Mazowieckie	57 258	53 080	4 178	10,92	10,12	0,80
Opolskie	8 686	9 719	-1 033	8,47	9,48	-1,01
Podkarpackie	21 130	18 214	2 916	10,01	8,63	1,38
Podlaskie	11 155	11 647	-492	9,37	9,79	-0,41
Pomorskie	25 059	19 332	5 727	11,18	8,63	2,56
Śląskie	44 803	47 709	-2 906	9,67	10,30	-0,63
Świętokrzyskie	11 600	1 600	-2 125	9,14	10,81	-1,67
Warmińsko-mazurskie	14 750	14 750	1 810	10,32	9,05	1,27
Wielkopolskie	38 082	38 082	7 327	11,14	8,99	2,14
Zachodniopomorskie	16 002	16 002	-147	9,46	9,55	-0,09

Źródło: „Biuletyn statystyczny województwa śląskiego 2012. I kwartał.”, Urząd Statystyczny w Katowicach

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Od lat 50. wzrastała **przeciętna długość życia** ludności Polski. Osoby urodzone w 1950 roku miały przed sobą średnio 61 lat życia - w przypadku kobiet oraz 55 lat życia - w przypadku mężczyzn. Osoby urodzone 60 lat później, w 2010 r. mają przed sobą znacznie dłuższe życie. Szacowany średni czas trwania życia kobiet urodzonych w tym roku wynosi 80 lat, a mężczyzn - 72 lata.

Wykres 2.15. Przewidywane trwanie życia w Polsce



Źródło: „Trwanie życia w 2011 roku”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, dostęp: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/LUD_trwanie_zycia_2011.pdf

W skali województwa śląskiego można zaobserwować pewne odstępstwa od tego ogólnego trendu. Na przykład, przeciętna długość życia osób urodzonych w 1990 roku była szacowana na 65,8 lat – w przypadku mężczyzn oraz na 74,2 lata - w przypadku kobiet. Wynik ten oznaczał, że aż w 10 województwach w Polsce przeciętna długość życia mężczyzn było dłuższa. W przypadku kobiet była to natomiast najmniej korzystna prognoza dotycząca przeciętnej długości życia w skali całego kraju. Długość życia mężczyzn w województwie śląskim stopniowo się wydłużała, by w 2011 roku osiągnąć 71,9 lat. Jednak, nadal nie zmieniło to pozycji województwa w kraju pod tym względem. Najdłuższą przeciętną długość życia przewidywano w 2011 dla mężczyzn z województwa małopolskiego – 73,9 lat. Przewidywana długość życia kobiet w województwie śląskim również stopniowo się wydłużała. W 2011 roku wynosiła 79,8 lat. Taki wynik spowodował, że województwo śląskie znalazło się na przedostatniej pozycji w rankingu krajowym. Gorsze były tylko prognozy dla województwa łódzkiego – 79,5 lat.

Tabela 2.6. Przewidywana długość życia według województw w latach 1990, 1995, 2000, 2005, 2010

Województwo	Mężczyźni						Kobiety					
	1990	1995	2000	2005	2010	2011	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Ogółem												
Dolnośląskie	65,7	67,0	68,8	70,4	71,7	72,1	74,7	75,7	77,6	78,9	80,2	80,5
Kujawsko-	65,7	67,4	69,6	70,6	71,4	72,2	74,6	75,9	77,5	79,1	79,8	80,1

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Województwo	Mężczyźni						Kobiety					
	1990	1995	2000	2005	2010	2011	1990	1995	2000	2005	2010	2011
pomorskie												
Lubelskie	66,8	67,5	69,1	69,9	71,2	71,7	76,4	77,2	78,5	79,9	81,0	81,1
Lubuskie	65,2	67,1	69,2	70,2	71,5	71,5	74,6	75,6	77,4	79,0	80,1	79,9
Łódzkie	65,3	66,0	67,9	68,6	70,1	70,4	74,5	75,6	77,2	78,3	79,4	79,5
Małopolskie	68,0	69,2	71,3	72,3	73,7	73,9	76,3	77,0	78,8	80,2	81,4	81,7
Mazowieckie	66,6	67,7	69,8	71,1	72,6	72,7	75,9	76,7	78,6	80,2	81,0	81,6
Opolskie	66,5	68,3	70,7	71,9	73,0	73,4	74,9	76,4	78,2	79,5	80,4	81,0
Podkarpackie	68,0	69,1	71,2	72,0	73,7	74,1	76,4	77,6	79,0	80,3	81,8	82,0
Podlaskie	67,1	67,9	70,5	71,0	72,5	73,3	76,8	77,6	79,1	80,4	81,9	81,8
Pomorskie	66,0	68,5	70,6	71,7	73,0	73,4	74,7	76,3	78,1	79,8	80,8	81,0
Śląskie	65,8	67,5	69,6	70,5	71,6	71,9	74,2	75,7	77,2	78,5	79,7	79,8
Świętokrzyskie	66,7	68,2	70,5	70,6	71,8	72,0	76,0	77,2	78,6	80,2	80,9	81,3
Warmińsko-mazurskie	65,4	66,9	69,2	70,0	71,3	71,5	75,2	76,8	78,6	79,4	80,4	80,7
Wielkopolskie	65,8	67,4	69,7	71,3	72,5	72,9	74,9	76,2	77,5	79,2	80,5	80,9
Zachodniopomorskie	65,1	66,5	69,0	70,6	71,3	71,8	74,5	75,8	77,5	78,8	80,1	80,4

Źródło: „Trwanie życia w 2011 roku”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, dostęp: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/LUD_trwanie_zycia_2011.pdf

Poniższe mapy obrazują przeciętną długość życia w poszczególnych województwach. Kolory odpowiadają kategoriom długości życia. Najciemniejszy kolor zielony w przypadku mężczyzn oznacza 73,1 lat i więcej, kolor zielony o mniejszym nasyceniu – 72,2-73,1 lata, najjaśniejsza zieleń - 71,3-72,2 lata, najkrótsza średnia długość życia - poniżej 71, oznaczona jest kolorem żółtym.

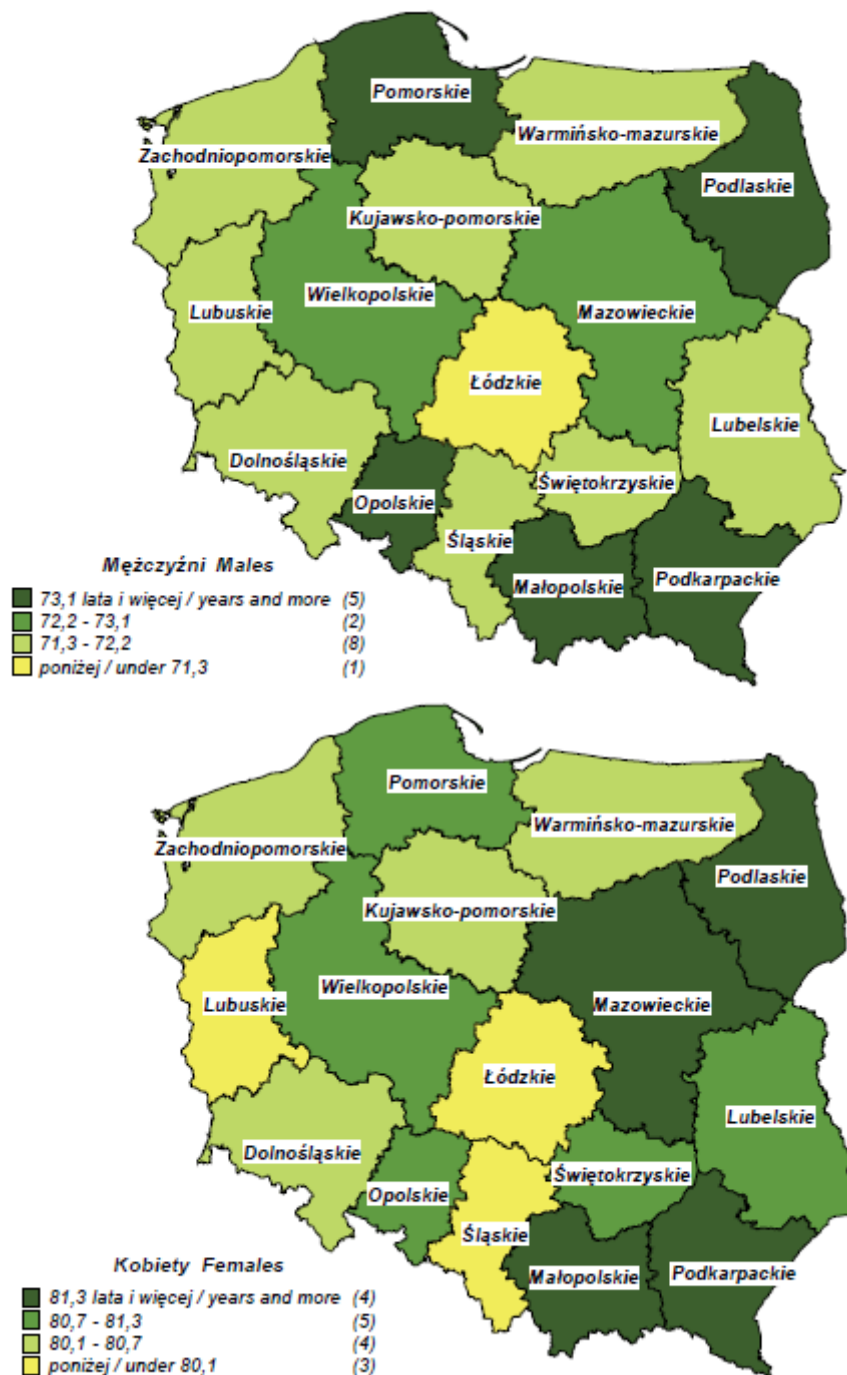
Na mapce dotyczącej kobiet, zastosowana jest inna skala przeciętnej długości życia, z uwagi na fakt, iż w wypadku kobiet jest ona dłuższa. Ciemna zieleń oznacza 81,3 lata i więcej, jaśniejsza – 80,7-81,3 lata, najjaśniejsza zieleń – 80,1-80,7 lat, natomiast kolor żółty – poniżej 80,1 lat. Liczby w nawiasach informują o ilości województw, które zaliczamy do poszczególnych kategorii.

Przeciętne trwanie życia mężczyzn jest najdłuższe w województwach pomorskim, podlaskim, opolskim, małopolskim oraz podkarpackim. Poniżej 71,3 lat żyją mężczyźni jedynie w województwie łódzkim. Region śląski pod względem średniej długości trwania życia mężczyzn znajduje się w kategorii od 71,3 do 73,2 lat wraz z siedmioma innymi województwami.

Najdłuższa średnia długość życia kobiet w Polsce jest w województwach mazowieckim oraz podlaskim (81,3 lata i więcej). Województwo śląskie jest jednym z trzech, w których przeciętna długość życia kobiet jest najkrótsza w kraju i wynosi poniżej 80,1 lat.


W najlepszej sytuacji są województwa małopolskie, podkarpackie i podlaskie, gdzie długość życia zarówno mężczyzn, jak i kobiet jest najwyższa w Polsce. Zdecydowanie najkrócej żyją mieszkańcy województwa łódzkiego.

Wykres 2.16. Przeciętne trwanie życia według województw w 2011 roku



Źródło: „Trwanie życia w 2011 roku”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, dostęp: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/LUD_trwanie_zycia_2011.pdf

Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

	Wnioski
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Długoterminowe prognozy pokazują, że od około 2015 roku będziemy świadkami konsekwentnego zmniejszania się liczby ludności Polski. Do 2050 roku populacja naszego kraju może zmaleć nawet o 6 mln. 2. Zgodnie z ogólnopolskim trendem, zmniejszać się będzie także liczba mieszkańców województwa śląskiego. Do 2030 roku przewiduje się jej spadek o ok. 400 tys. 3. W latach 2000-2010 zmniejszył się udział procentowy w społeczeństwie osób w wieku do 49 lat. Zwiększyły się za to odsetek osób od 50 roku życia wzwyż. 4. Prognozuje się, że starzenie się społeczeństwa będzie następować w kolejnych latach bardzo dynamicznie. Wyraźnie wzrastać będzie odsetek osób powyżej 65 roku życia. Udział procentowy tej kategorii wiekowej w populacji jeszcze w latach 90. XX wieku był w województwie śląskim niższy niż średnia krajowa. Od początków XXI wieku wskaźnik ten przewyższa średnią. 5. W okresie najbliższych 20-25 lat odsetek osób starszych w społeczeństwie będzie większy wśród mieszkańców regionu śląskiego niż ich udział procentowy w ogóle populacji Polski. Sytuacja ta z pewnością będzie wymagała podjęcia odpowiednich działań, zarówno w sferze ekonomii, jak i ochrony zdrowia. 6. Dynamiczny przyrost odsetka ludności w kategorii wiekowej 75+ w województwie śląskim prognozuje się na lata 2025-2035. Największy przyrost dotyczył będzie grupy 85+. W ciągu 25 lat nastąpi podwojenie się ich liczby wśród mieszkańców województwa. 7. Województwo śląskie jest obszarem, na którym zmiany demograficzne w nadchodzących 30-stu latach wystąpią najbardziej gwałtownie. W rezultacie społeczeństwo śląskie zmieni się w większym stopniu niż w innych regionach Polski.

2.3. Analiza sytuacji epidemiologicznej



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Ustalenie sytuacji epidemiologicznej w województwie śląskim na tle kraju. Konieczne było więc:

- Ustalenie liczby osób zmagających się z chorobami i dolegliwościami przewlekłymi w Polsce oraz w województwie śląskim.
- Przedstawienie prognoz dotyczących głównych chorób w regionach rozwiniętych.
- Zestawienie najczęstszych przyczyn zgonów w kraju oraz w województwie śląskim.
- Zaprezentowanie prognoz dotyczących głównych przyczyn zgonów w regionach rozwiniętych.
- Ustalenie liczby łóżek szpitalnych w poszczególnych województwach.
- Zobrazowanie ruchu chorych na oddziałach w województwie śląskim.

- **Przedstawienie liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych oraz opieki długoterminowej we wszystkich województwach.**

Zdiagnozowanie sytuacji epidemiologicznej w regionie jest bardzo istotne dla planowania działań w zakresie ochrony zdrowia mieszkańców. Analiza obecnej sytuacji pomaga planować nie tylko liczbę łóżek w szpitalach, czy konieczną liczbę łóżek na konkretnych oddziałach, ale także m.in. najbardziej potrzebne specjalizacje lekarskie oraz nakłady na badania naukowe w poszczególnych obszarach.

Poniższy wykres oparty jest na samoocenie sytuacji zdrowotnej Polaków. Wyniki zostały zebrane w drodze reprezentatywnego badania ankietowego. Jego wyniki pokazują, że w roku 2009 najczęściej wymienianymi przez respondentów, chorobami i dolegliwościami przewlekłymi w Polsce były:

1. bóle pleców - 18,30% (6907 tys. osób),
2. wysokie ciśnienie krwi – 17,54% (6 619,5 tys. osób),
3. bóle szyi – 9,72% (3668,8 tys. osób),
4. zapalenie kości i stawów – 9,60% (3623,5 tys. osób),
5. choroba wieńcowa – 8,15% (3074,6 tys. osób).

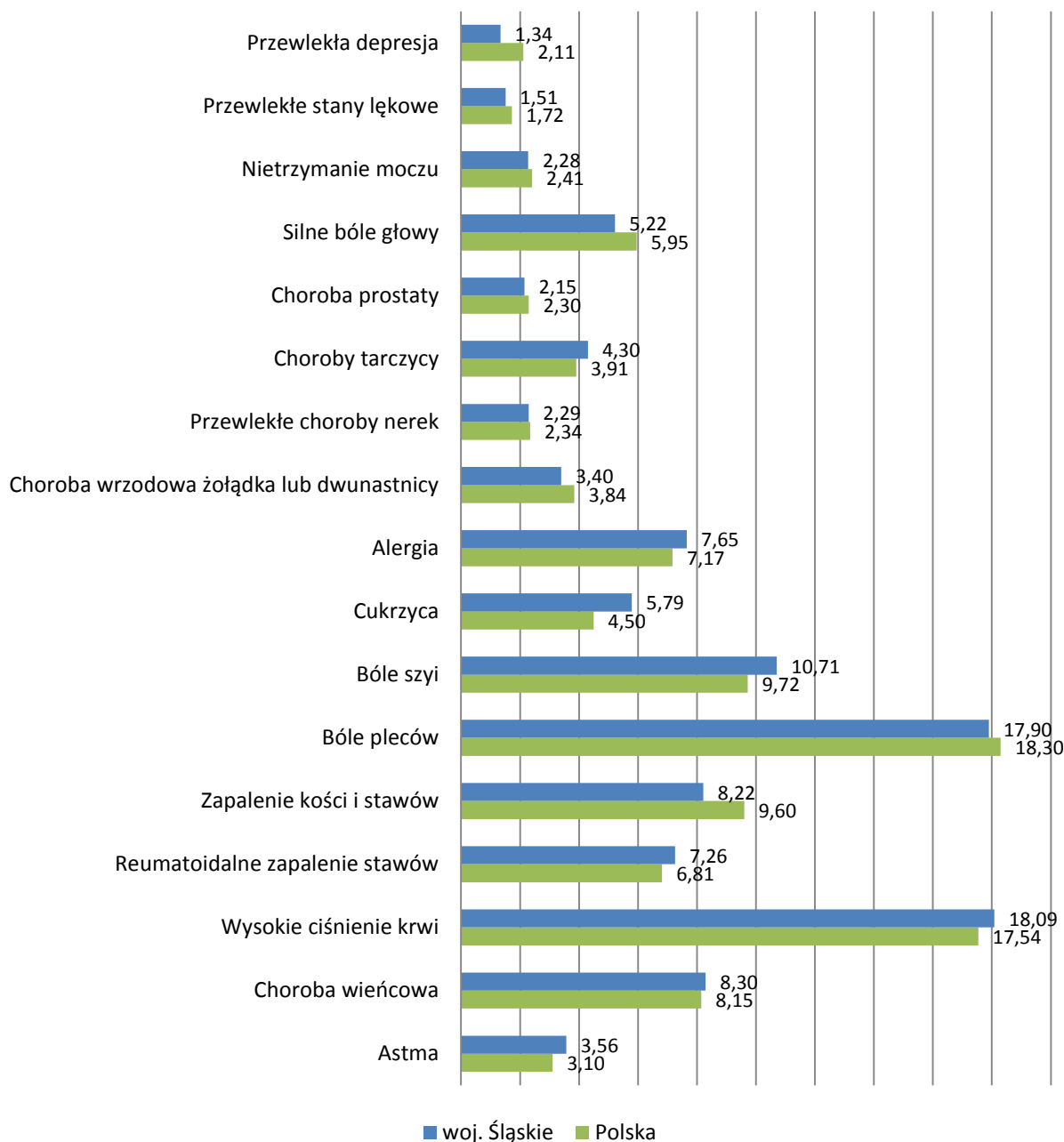
W województwie śląskim odpowiedzi rozkładały się w sposób następujący:

1. wysokie ciśnienie krwi – 18,09% (837,7 tys. osób),
2. bóle pleców – 17,90% (829,2 tys. osób),
3. bóle szyi – 10,71% (495,9 tys. osób),
4. choroba wieńcowa – 8,30% (384,2 tys. osób),
5. zapalenie kości i stawów – 8,22% (380,5 tys. osób).

Według danych GUS, przedstawionych na poniższym wykresie, w 2009 roku lat najczęstszą dolegliwością wskazywaną przez dorosłych Polaków ogólnie były bóle pleców, a przez mieszkańców województwa śląskiego – alergie. Bóle pleców były także najbardziej powszechną dolegliwością mieszkańców Polski w kategorii wiekowej 30-49 lat. Odpowiednio w województwie śląskim – wysokie ciśnienie krwi. Wysokie ciśnienie krwi jest również najczęściej spotykaną dolegliwością Polaków, w tym także mieszkańców województwa śląskiego, w wieku 50-69 i od 70 lat wzwyż.



Wykres 2.17. Osoby dorosłe wg wybranych chorób lub dolegliwości przewlekłych w 2009 roku (w %)



Źródło: Na podstawie: „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011

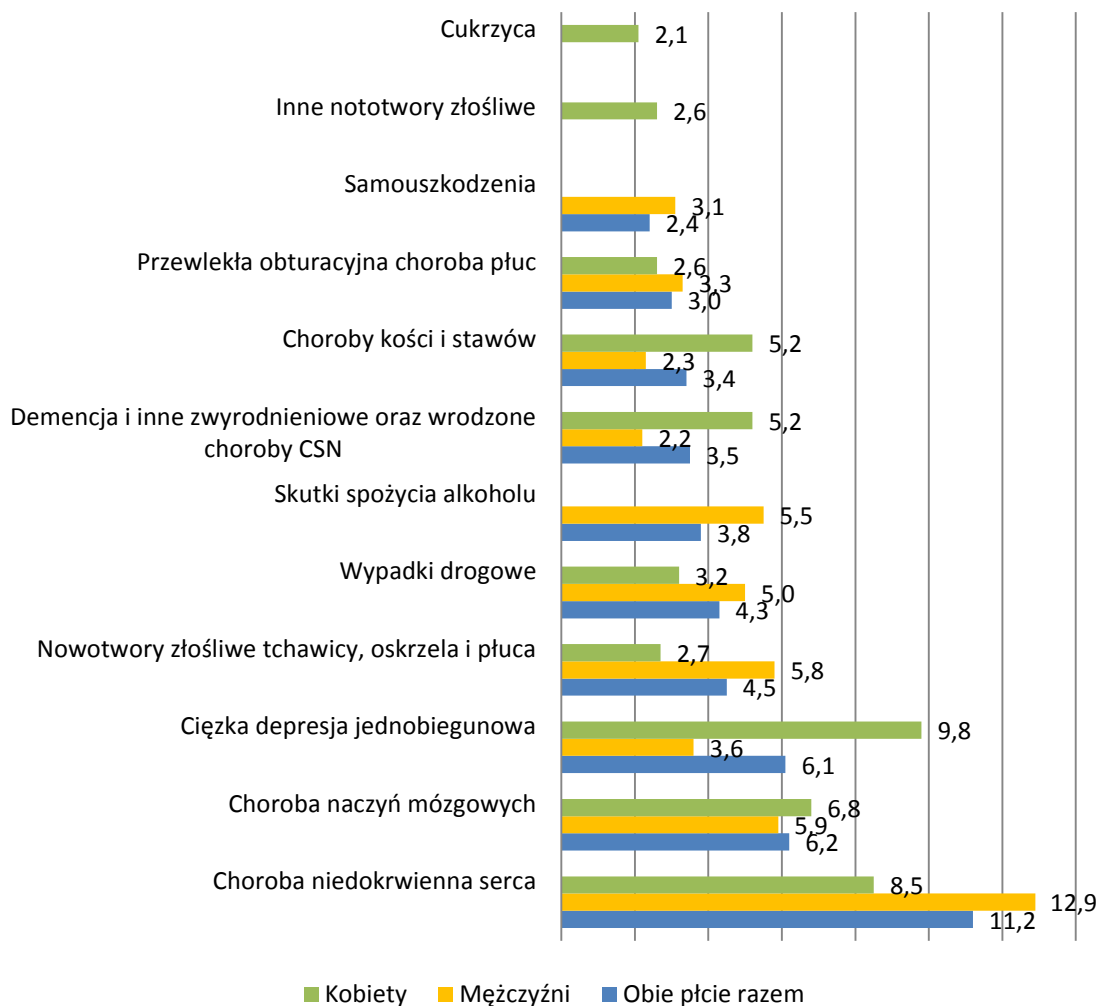
Poniższy wykres przedstawia prognozy dotyczące chorób w 2020 roku w regionach rozwiniętych. Terminem tym określono państwa (lub regiony) o wysokim poziomie rozwoju, mierzonym za pomocą kilku różnych kryteriów, na przykład poziom PKB per capita. Obszary te łączy dodatkowo wysoki poziom edukacji, służby zdrowia i jakości życia. Polska znajduje się na światowej liście w grupie krajów wysoko rozwiniętych od 2010 roku.

Zgodnie z przewidywaniami, do chorób, które w 2020 roku najczęściej będą doskwierać mężczyznom trzeba zaliczyć: chorobę niedokrwienną serca, chorobę naczyń mózgowych, nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc. Z kolei, najbardziej powszechnymi chorobami wśród kobiet mają być: ciężka depresja jednobiegunowa, choroba niedokrwienna serca oraz choroba naczyń mózgowych.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Wykres 2.18. Przewidywane główne choroby w DALY⁶ w 2020 roku – Regiony rozwinięte (w %)



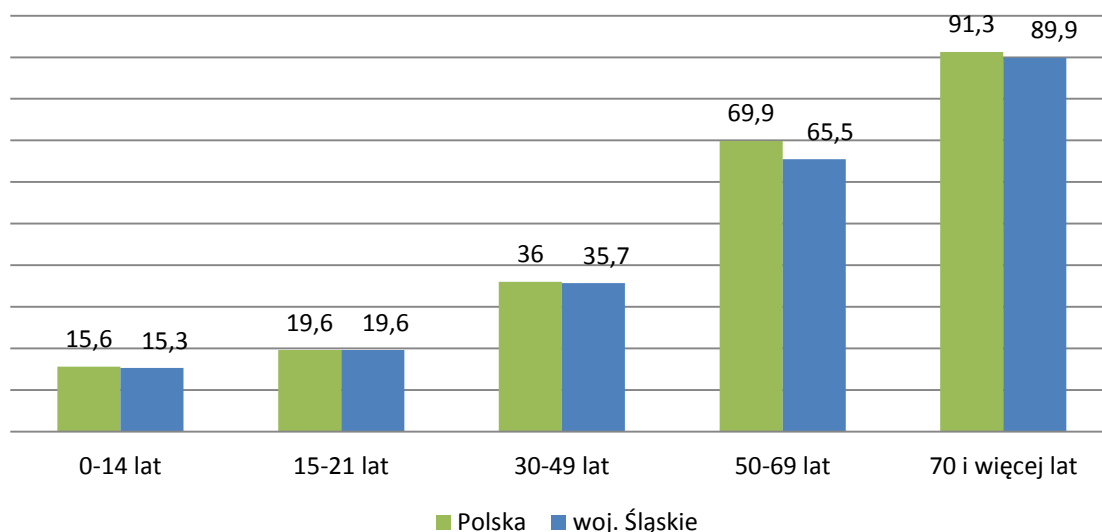
Źródło: „Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013”, Dokument przyjęty przez RM w dniu 21 czerwca 2005 r., Dokument towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007-2013, Ministerstwo Zdrowia

Długotrwałe problemy zdrowotne dotyczą ok. 15% populacji kraju w wieku 0-14, 19,6% osób w wieku 15-21, oraz ok. 36% osób w wieku 30-59. W województwie śląskim liczby te są bardzo zbliżone. W kategorii wiekowej 50-69 lat 69,9% Polaków skarży się na długotrwałe problemy ze zdrowiem. W województwie śląskim odsetek takich osób jest mniejszy i wynosi 65,5%. W grupie obejmującej ludzi powyżej 70 roku życia - 91,3% - w wypadku Polski oraz 89,9 – w wypadku województwa śląskiego.

⁶Wskaźnik DALY – stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa, do pomiaru obciążenia chorobami w danej populacji. Wskaźnik wykorzystywany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO)



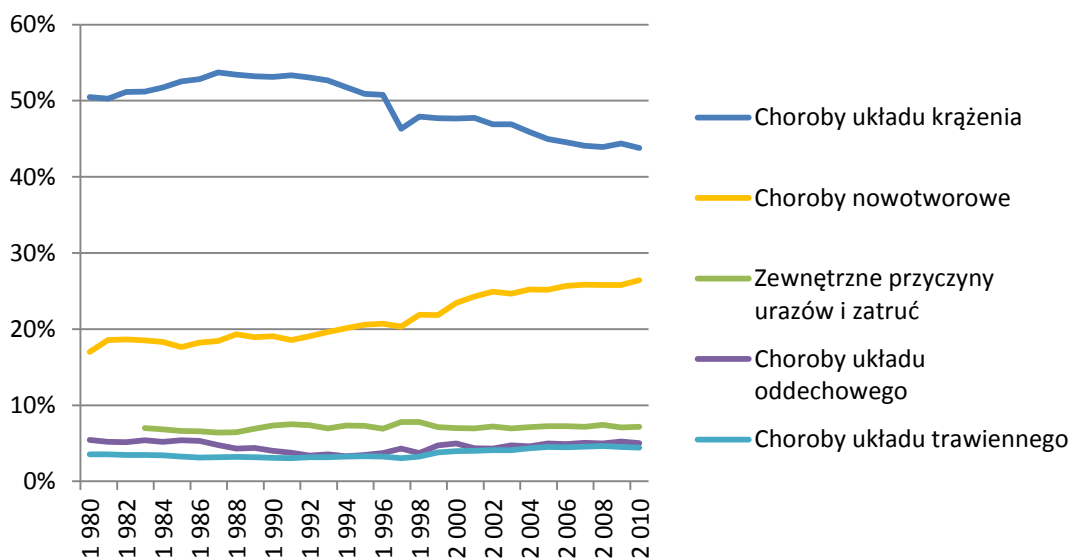
Wykres 2.19. Ludność Polski według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych (%)



Źródło: „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011, dostęp: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf

Poniższy wykres obrazuje tendencje zmian wybranych przyczyn zgonów w Polsce w latach 1980-2010. Okazuje się, że od 1991 roku konsekwentnie zmniejsza się śmiertelność w wyniku chorób układu krążenia. Wciąż jednak pozostają one najczęstszą przyczyną zgonów. Choroby nowotworowe stanowią drugą w kolejności przyczynę śmierci w naszym kraju. Od 80. lat odsetek zgonów w ich wyniku stale się zwiększa. Śmierć na skutek zewnętrznych przyczyn urazów i zatruc utrzymuje się od 30 lat na podobnym poziomie. Udział śmierci na skutek chorób układu oddechowego w przyczynach zgonów ogółem nieznacznie się zwiększył, jednak dynamika tego zjawiska jest bardzo niska.

Wykres 2.20. Zgony wg przyczyn w latach 1980-2010 w Polsce



Źródło: „Trwanie życia w 2011 roku”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, dostęp: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/LUD_trwanie_zycia_2011.pdf



Tabela 2.7. Przyczyny zgonów w Polsce i województwie śląskim

Przyczyny zgonów	2000 r.	2005 r.	2009 r.	2010 r.	
	Polska	Polska	woj. śląskie	Polska	woj. śląskie
nowotwory	23,4%	25,1%	26,0%	25,4%	26,3%
choroby układu krążenia	47,7%	45,7%	44,8%	46,0%	44,2%
choroby układu oddechowego	5,0%	5,0%	4,8%	5,1%	4,2%
choroby układu trawiennego	4,0%	4,0%	5,3%	4,3%	5,1%
zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	7,0%	6,9%	6,2%	6,2%	6,3%
pozostałe	12,9%	13,3%	12,9%	13,0%	13,9%

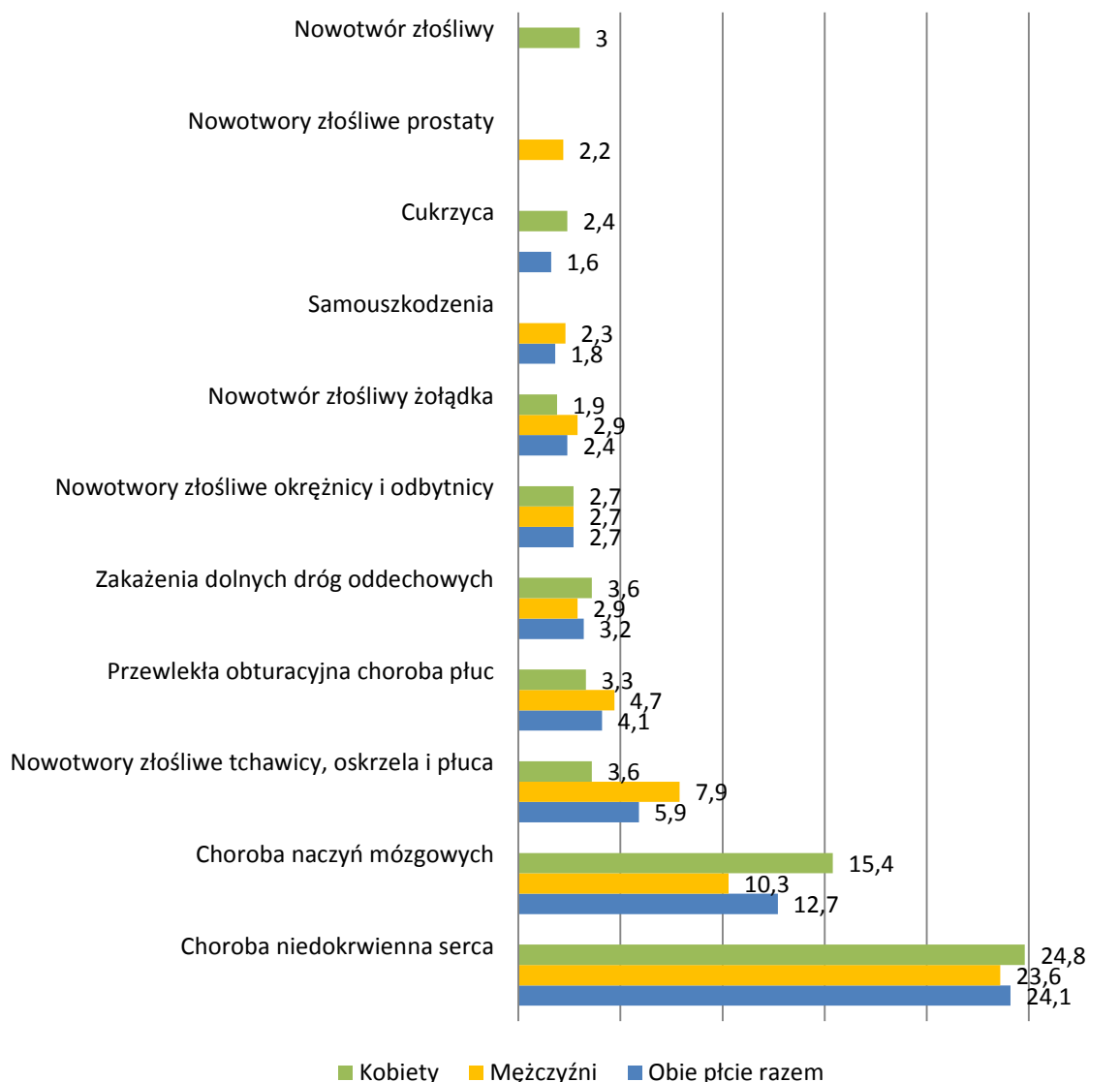
Źródło: „Mały rocznik statystyczny Polski 2012”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa rok LV, dostęp: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_maly_rocznik_statystyczny_2012.pdf; „Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie śląskim w 2010 r.”, Urząd Statystyczny w Katowicach, Informacje i opracowania statystyczne, Katowice, lipiec 2011 r.; „Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie śląskim w 2011 r.”, Urząd Statystyczny w Katowicach, Opracowania sygnałne, Katowice, lipiec 2012 r.

W województwie śląskim, podobnie jak w całej Polsce, **najczęstszą przyczyną zgonów** są choroby układu krążenia. W 2000 roku były one źródłem 47,7% wszystkich zgonów, w 2005 – 45,7%, a w 2010 roku – 46,0%. Drugim najczęstszym powodem śmierci były w Polsce choroby nowotworowe. Zaobserwowano istotny wzrost procentowego udziału tej przyczyny śmierci Polaków: w 2000 roku wynosił on 23,4%, w 2005 roku – 25,1%, a w już 2010 roku – 25,4% wszystkich zgonów. Tendencja ta znalazła odzwierciedlenie w województwie śląskim. Tutaj również nowotwory stają się coraz częstszą przyczyną zgonów.

Międzynarodowe prognozy pokazują, że w 2020 roku głównymi przyczynami zgonów w regionach rozwiniętych (patrz wyżej) będą: choroba niedokrwienna serca – 24,1% i choroba naczyń mózgowych – 12,7%. Nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc to następne w kolejności przyczyny – mają spowodować ok. 5,9% wszystkich zgonów.



Wykres 2.21. Przewidywane główne przyczyny zgonów w 2020 r. – Regiony rozwinięte (w %)

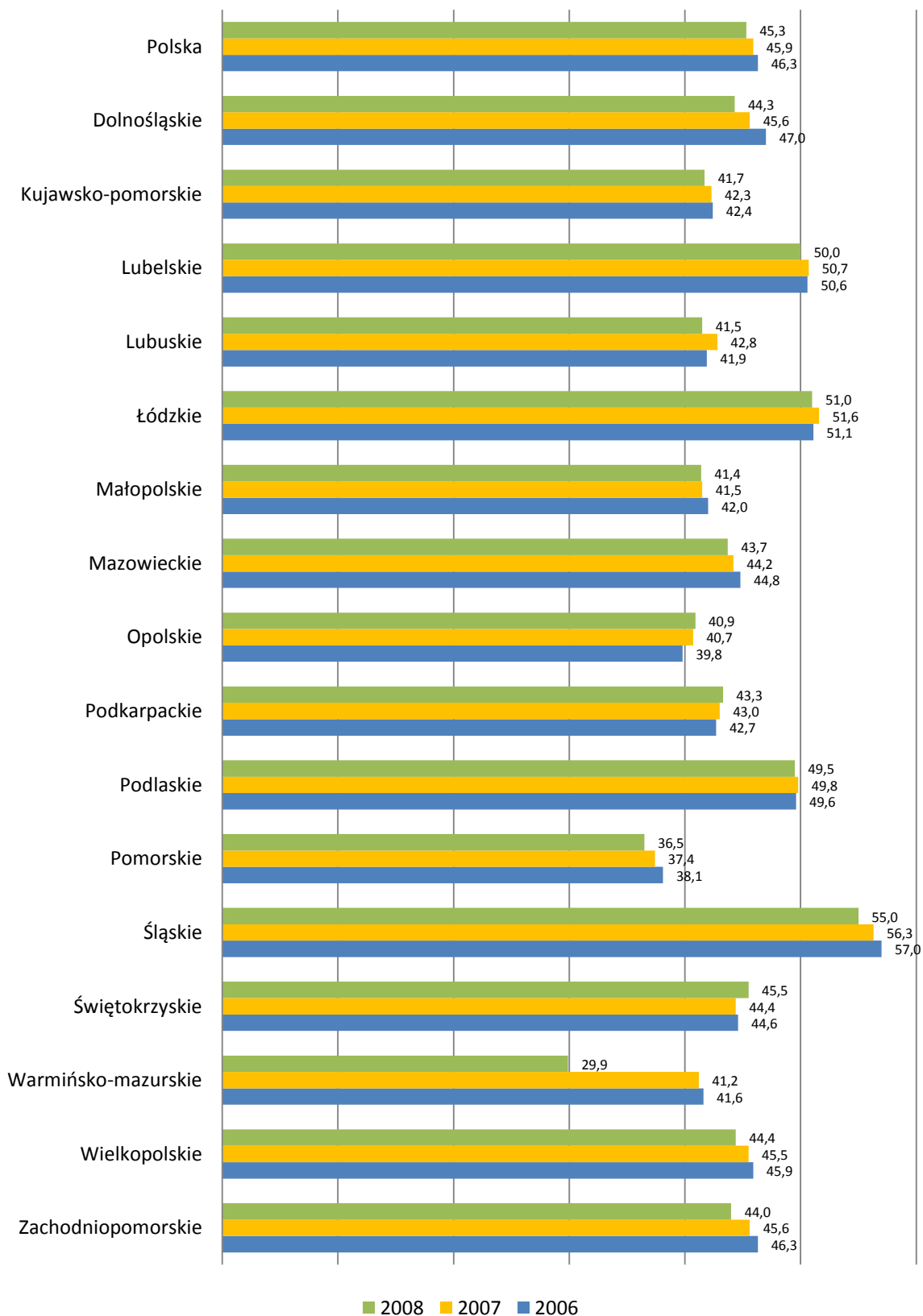


Źródło: „Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013”, Dokument przyjęty przez RM w dniu 21 czerwca 2005 r., Dokument towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007-2013, Ministerstwo Zdrowia

W Polsce w latach 2006 – 2008 malała liczba łóżek przypadająca na 10 tys. osób w szpitalach ogólnych. W 2006 roku było ich 46,3, w 2007 – 45,9, a rok później już tylko 45,3. **Najlepszy wynik w tym zakresie osiągało w Polsce województwo śląskie, którego wskaźnik wynosił kolejno: 57,0, 56,3 oraz 55. W 2009 roku był równy 54,6, a w 2012 wynosi 56,1.** W latach 2006 – 2008 oprócz województwa śląskiego, jeszcze tylko dwa inne posiadały wskaźnik większy niż 50. Było to województwo łódzkie (kolejno: 51,1, 51,6, 51,0) oraz lubelskie (50,6, 50,7, 50,0). W omawianym okresie w najgorszej sytuacji znalazło się województwo warmińsko-mazurskie, gdzie w 2008 wskaźnik wyniósł poniżej 30 – dokładnie 29,9. Najniższy wynik we wszystkich trzech latach odnotowano natomiast w województwie pomorskim, gdzie utrzymywał się on poniżej 40,0.



Wykres 2.22. Szpitale ogólne. Łóżka w Polsce wg województw - wskaźnik na 10 tys. ludności

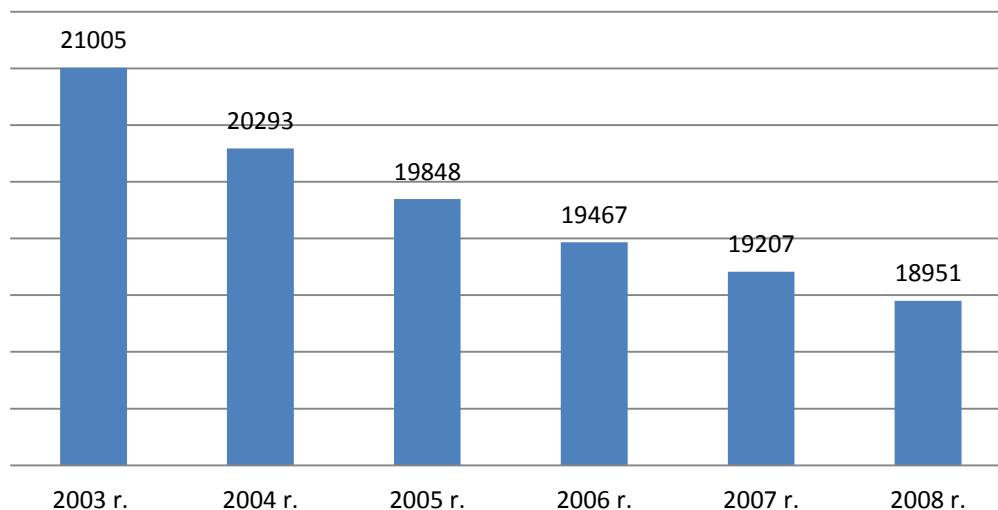


Źródło: "Raport o stanie zdrowia mieszkańców województwa śląskiego", Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, Oddział Analiz i statystyki medycznej, Katowice 2010

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

W okresie od 2003 do 2008 roku spadła ilość łóżek na oddziałach ginekologiczno-położniczych. W 2003 roku było ich ponad 21 tysięcy, a w 2008 niespełna 19 tysięcy. Przez 5 lat ich ogólna ilość spadła o ponad 2 tysiące. Spowodowane to było głównie spadkiem ilości urodzeń i w konsekwencji – nadwyżką infrastruktury szpitalnej w zakresie oddziałów ginekologiczno-położniczych w 2003 roku.

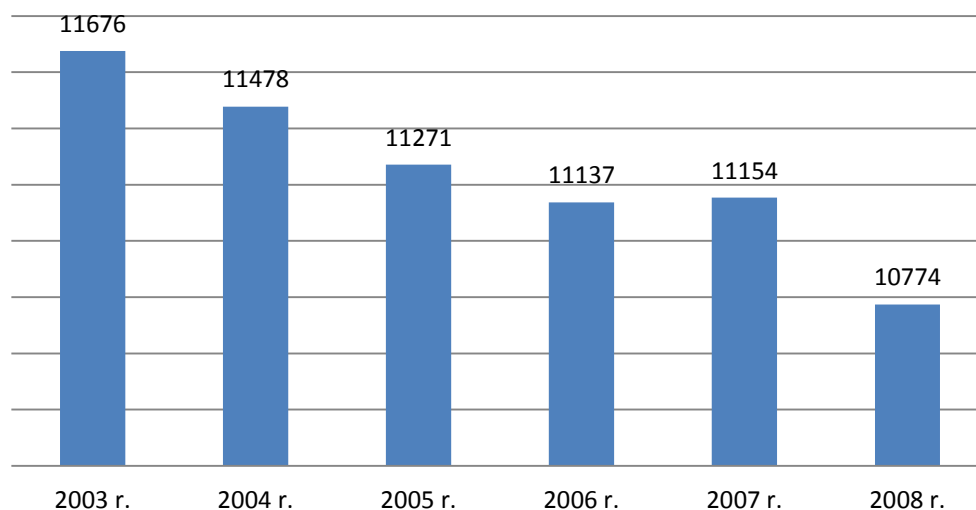
Wykres 2.23. Liczba łóżek na oddziałach ginekologiczno-położniczych w Polsce



Źródło: „Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego”, J. Ruszkowski, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa, wrzesień 2010

W latach 2003-2008 zmniejszała się również ilość łóżek na oddziałach pediatrycznych. Różnice między 2003 a 2004 rokiem oraz 2004 a 2005 rokiem wyniosły ok. 200 tysięcy. W 2006 roku ilość łóżek spadła o 134 tysiące, aby w 2007 roku wzrosnąć o 17 tysięcy. Największy spadek odnotowano w 2008 roku - różnica pomiędzy rokiem 2008 a 2007 wyniosła aż 380 tysięcy. Efektem zmian był spadek ilości łóżek na oddziałach pediatrycznych w ciągu 5 lat o 902 tysiące (8%).

Wykres 2.24. Liczba łóżek na oddziałach pediatrycznych w Polsce



Źródło: „Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego”, J. Ruszkowski, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa, wrzesień 2010

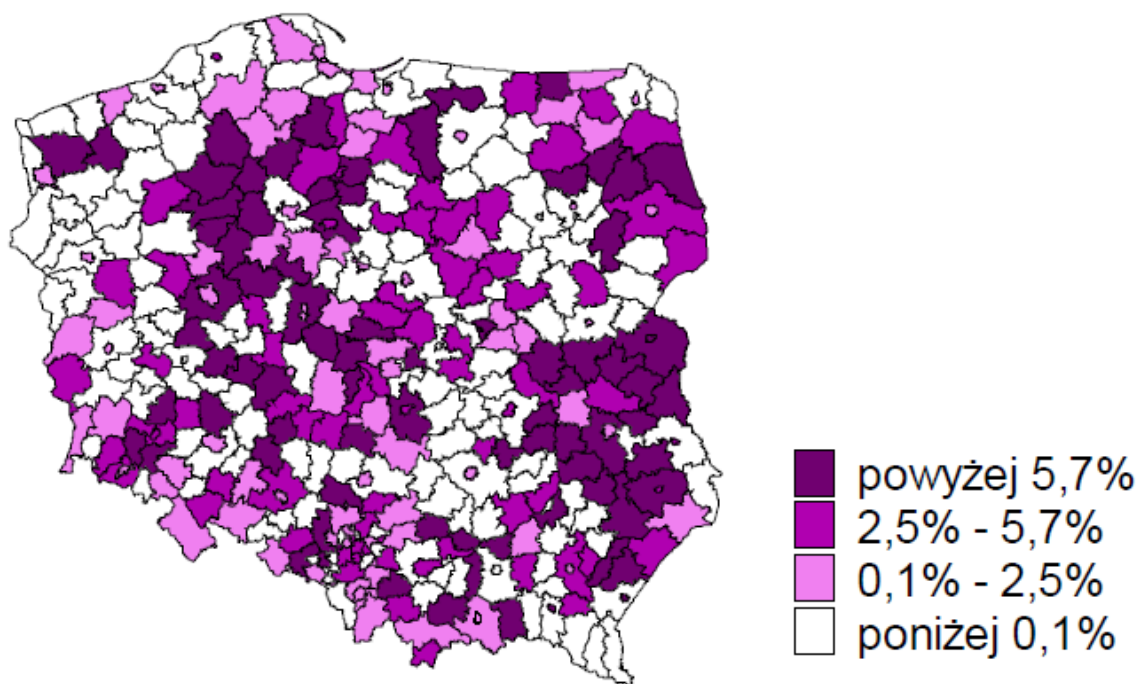
Poniższy wykres przedstawia odsetek łóżek na **oddziałach geriatrycznych i opieki długoterminowej** wobec ogólnej liczby łóżek szpitalnych. Jak widać, sytuacja w Polsce jest pod tym względem bardzo

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

zróżnicowana. Można wyróżnić wiele obszarów, na których, poziom tego wskaźnika nie przekracza 0,1% - najgorzej sytuacja przedstawia się w województwie zachodniopomorskim.

Województwo śląskie także jest zróżnicowane pod tym względem, jednak wydaje się, że sytuacja wygląda dość korzystnie na tle kraju. Ilość powiatów, w których ilość łóżek na badanych oddziałach spada poniżej 0,1% wszystkich jest tu bardzo mała, wśród nich znajdują się m.in. powiat cieszyński, rybnicki, czy Jastrzębie-Zdrój. Najlepiej sytuacja w województwie śląskim prezentuje się w powiatach: raciborskim, gliwickim, lublinieckim oraz w Rybniku – tu odsetek łóżek na oddziałach geriatrycznych wynosi powyżej 5,7%.

Wykres 2.25. Odsetek łóżek na oddziałach geriatrycznych i opieki długoterminowej wobec ogólnej liczby łóżek szpitalnych

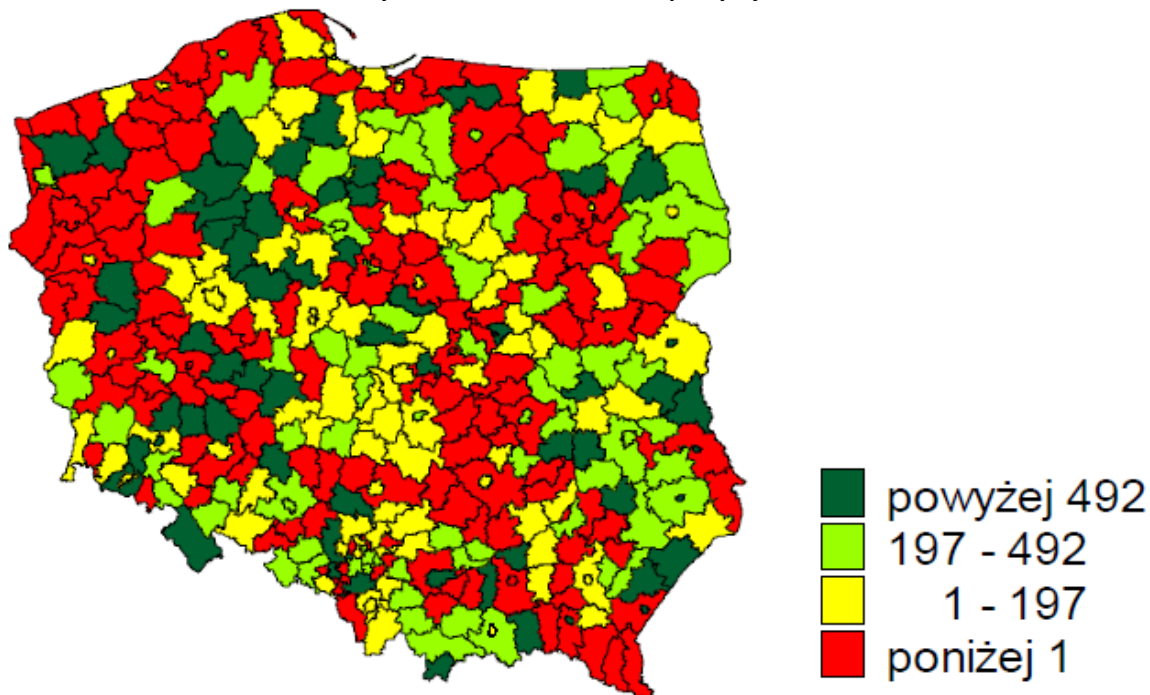


Źródło: „Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego”, J. Ruszkowski, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa, wrzesień 2010

Poniższy wykres obrazuje liczbę łóżek szpitalnych przypadającą na 10 tys. mieszkańców w wieku powyżej 85 lat - łącznie na oddziałach geriatrycznych i opieki długoterminowej. Choć z pomocy tych oddziałów korzystają także osoby młodsze, to właśnie osoby, które przekroczyły granicę 85 lat są ich pacjentami najczęściej. Jak pokazują przedstawione wcześniej prognozy, odsetek ludności w takim wieku w społeczeństwie będzie coraz większy, a zatem ich potrzeby stanowiąc będą coraz większe wyzwanie. Wiele powiatów w Polsce nie jest przygotowanych do tego, by w pełni zaspokoić wymagania zdrowotne ludzi starszych, gdyż liczba łóżek przypadających w tych oddziałach na 10 tys. osób w wieku 85+ wynosi poniżej jednego. W województwie śląskim w najlepszej sytuacji są: powiat lubliniecki, gliwicki, pszczyński oraz Rybnik, gdzie wskaźnik wynosi powyżej 492. Najmniej łóżek szpitalnych na oddziałach geriatrycznych oraz opieki długoterminowej przypadających na osoby w wieku 85+ jest w powiecie cieszyńskim, rybnickim, bieruńsko-łędzińskim, kłobuckim, częstochowskim, a także w miastach: Jastrzębie Zdrój, Żory, Jaworzno oraz Dąbrowa Górnicza.



Wykres 2.26. Liczba łóżek szpitalnych - łącznie na oddziałach geriatrycznych i opieki długoterminowej - na 10 tys. mieszkańców w wieku powyżej 85 lat



Źródło: „Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego”, J. Ruszkowski, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa, wrzesień 2010

Z przeprowadzonych badań można wyprowadzić następujące wnioski:

Wnioski	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Do najpopularniejszych dolegliwości Polaków należą obecnie bóle pleców oraz wysokie ciśnienie krwi. W województwie śląskim mieszkańcom doskwierają te same choroby. 2. Według prognoz, w 2020 roku w regionach rozwiniętych mężczyźni cierpieć będą głównie na chorobę niedokrwienną serca oraz na chorobę naczyń mózgowych. W tym samym czasie do najczęstszych dolegliwości kobiet trzeba będzie zaliczyć depresję jednobiegunową oraz, podobnie jak w przypadku mężczyzn - chorobę niedokrwienną serca. 3. Najczęstszą przyczyną zgonów są w Polsce (w tym także w województwie śląskim) choroby układu krążenia. Następne w kolejności są w tym zakresie choroby nowotworowe. Zarówno w województwie śląskim, jak i w całym kraju zauważalny jest systematyczny wzrost odsetka zgonów spowodowanych nowotworami. 4. Prognozy pokazują, że głównymi przyczynami zgonów w 2020 roku w regionach rozwiniętych będą: choroba niedokrwienna serca, choroba naczyń mózgowych oraz nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc. 5. W Polsce, w latach 2006-2008 systematycznie malała ilość łóżek w szpitalach ogólnych przypadających na 10 tys. ludności. W 2006 roku było ich 46,3, a w 2008 roku 45,3. W województwie śląskim sytuacja pod tym względem wyglądała najlepiej w kraju. W 2006 r. było to 57,0, w 2007 r. - 56,3 a w 2008r. - 55. Obecnie (2012 r.) wynosi 56,1. 6. W 2010 roku najwięcej pacjentów w szpitalach województwa śląskiego leżało



na oddziałach chirurgicznych. Na uwagę zasługuje fakt, iż z roku na rok przybywa pacjentów na oddziałach onkologicznych. W ciągu 5 lat nastąpił dwukrotny wzrost ilości osób chorych, korzystających z pomocy tych oddziałów.

7. Palącym problemem staje się obecnie dostosowanie liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych oraz opieki długoterminowej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Województwo śląskie jest w tym zakresie bardzo zróżnicowane. W 3 powiatach w regionie śląskim ilość miejsc wynosi 0,1%. W 3 powiatach sytuacja jest bardzo dobra i wskaźnik wynosi 5,7%.

2.4. Finansowanie usług medycznych ze środków publicznych



Głównym problemem badawczym na tym etapie była:

Analiza struktury i wielkości wydatków na ochronę zdrowia w województwie śląskim na tle kraju. Istotne elementy tego zadania to:

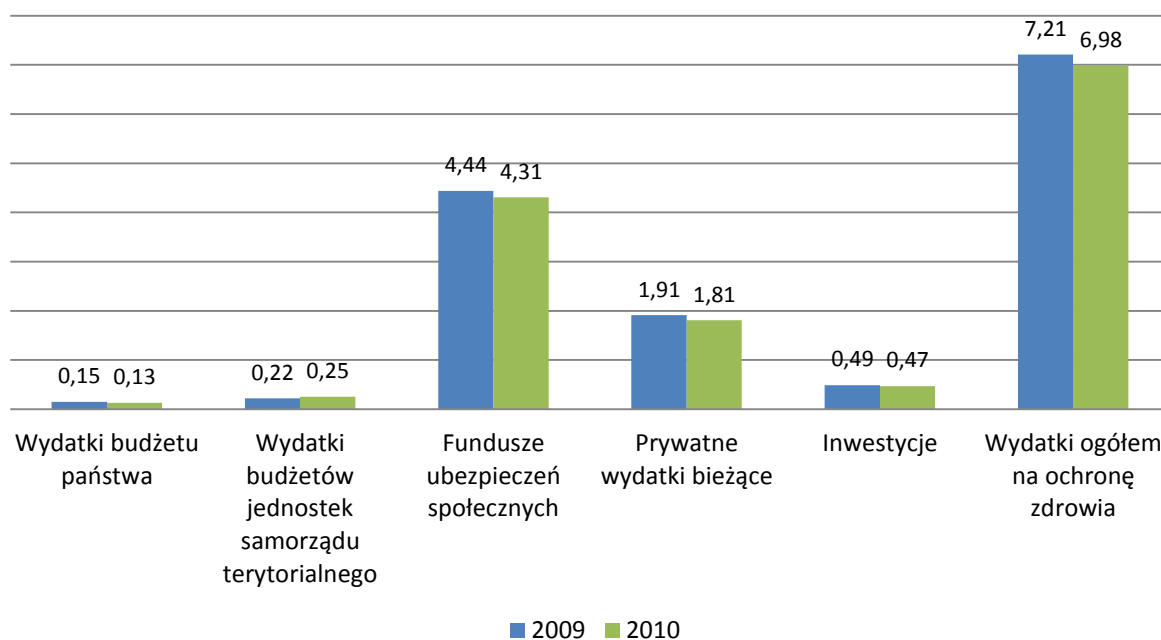
1. Ustalenie wydatków na ochronę zdrowia, w tym przedstawienie wydatków budżetu państwa na ten cel w ostatnich latach.
2. Przedstawienie wydatków wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. Zaprezentowanie prognoz związanych z wysokością wydatków na ochronę zdrowia oraz zmianami w ich strukturze.
4. Zobrazowanie struktury wydatków na ochronę zdrowia jednostek samorządu terytorialnego w województwie śląskim.
5. Ustalenie wydatków budżetów jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia.
6. Przedstawienie wyników prognoz dotyczących finansowania ochrony zdrowia w Polsce.
7. Wykazanie kosztów świadczeń szpitalnych udzielanych w szpitalach w konkretnych województwach pacjentom, którzy są ubezpieczeni poza danym regionem.
8. Zaprezentowanie wysokości finansowania ochrony zdrowia przez Narodowy Fundusz Zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca we wszystkich województwach.
9. Ustalenie struktury wydatków ubezpieczeniowych na świadczenia zdrowotne w Polsce obecnie i w przyszłości.

Ochrona zdrowia w Polsce jest finansowana ze środków publicznych na poziomie krajowym, wojewódzkim oraz powiatowym. Wydatki te w sposób bezpośredni wiążą się z sytuacją demograficzną oraz epidemiologiczną kraju.

Wśród wydatków na służbę zdrowia w latach 2009 i 2010 wzrosły jedynie wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego - z 0,22% PKB do 0,25% PKB. Wydatki budżetu państwa, funduszy ubezpieczeń społecznych, środki prywatne i inwestycje przeznaczane na ten cel zmniejszyły się. Ogólnie wydatki na ochronę zdrowia w 2009 roku w wyniosły 7,21% PKB w porównaniu z 6,98% PKB w 2010 rokiem.



Wykres 2.27. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w Polsce w 2009 i 2010 r. (% PKB)



Źródło: „Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2010. Notatka informacyjna”, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Materiał na konferencję prasową w dniu 26 lipca 2012 r., dostęp: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2010.pdf



Tabela 2.8. Wydatki na wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia

Oddział wojewódzki NFZ	Plan na 2010 obowiązujący dn. 25-08-2010 (zatwierdzony przez MZ dn. 6-07-2010)	Plan na 2011 obowiązujący w dniu 10.10.2011 r. (zarządzenie prezesa NFZ 45/2011/DEF z dnia 16-09-2011)	% z roku 2010	Różnica między 2011 a 2010 rokiem	Plan na 2012 pierwotny (zatwierdzony przez MZ w dniu 16-08-2011)	% z roku 2011	Różnica między 2012 a 2011 rokiem	Plan na 2013 rok (zatwierdzony przez MZ dn. 14-08-2012)	% z roku 2012	Różnica między 2013 a 2012 rokiem
Dolnośląski	4 334 119	4 397 974	101,47	63 855	4 616 563	104,97	218 589	4 764 948	103,21	148 385
Kujawsko-pomorski	2 979 975	3 060 584	102,71	80 609	3 304 086	107,96	243 502	3 414 407	103,34	110 321
Lubelski	3 095 416	3 227 282	104,26	131 866	3 444 191	106,72	216 909	3 547 815	103,01	103 624
Lubuski	1 429 173	1 474 098	103,14	44 925	1 594 101	108,14	120 003	1 660 371	104,16	66 270
Łódzki	3 898 070	3 947 906	101,28	49 836	4 157 210	105,30	209 304	4 260 059	102,47	102 849
Małopolski	4 669 375	4 742 248	101,56	72 873	5 116 173	107,88	373 925	5 301 676	103,63	185 503
Mazowiecki	8 762 582	8 910 458	101,69	147 876	8 493 462	95,32	-416 996	8 788 251	103,47	294 789
Opolski	1 416 765	1 445 789	102,05	29 024	1 532 024	105,96	86 235	1 578 162	103,01	46 138
Podkarpacki	2 741 571	2 971 982	108,40	230 411	3 214 365	108,16	242 383	3 328 089	103,54	113 724
Podlaski	1 696 072	1 743 477	102,79	47 405	1 859 611	106,66	116 134	1 918 181	103,15	58 570
Pomorski	3 332 683	3 372 794	101,20	40 111	3 482 955	103,27	110 161	3 623 614	104,04	140 659
Śląski	7 019 467	7 108 032	101,26	88 565	7 354 331	103,47	246 299	7 590 652	103,21	236 321
Świętokrzyski	1 827 575	1 938 467	106,07	110 892	2 073 303	106,96	134 836	2 131 241	102,79	57 938
Warmińsko-mazurski	1 945 043	2 018 544	103,78	73 501	2 170 936	107,55	152 392	2 252 858	103,77	81 922
Wielkopolski	4 907 055	4 978 595	101,46	71 540	5 362 692	107,71	384 097	5 538 956	103,29	176 264
Zachodniopomorski	2 508 464	2 546 918	101,53	38 454	2 695 857	105,85	148 939	2 786 282	103,35	90 425
Razem	56 563 405	57 885 148	102,34	1 321 743	60 471 860	104,47	2 586 712	62 485 562	103,33	2 013 702

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z niz.gov.pl oraz http://www.nfz-warszawa.pl/download/swiadcze/komunikat_2_537mln.pdf

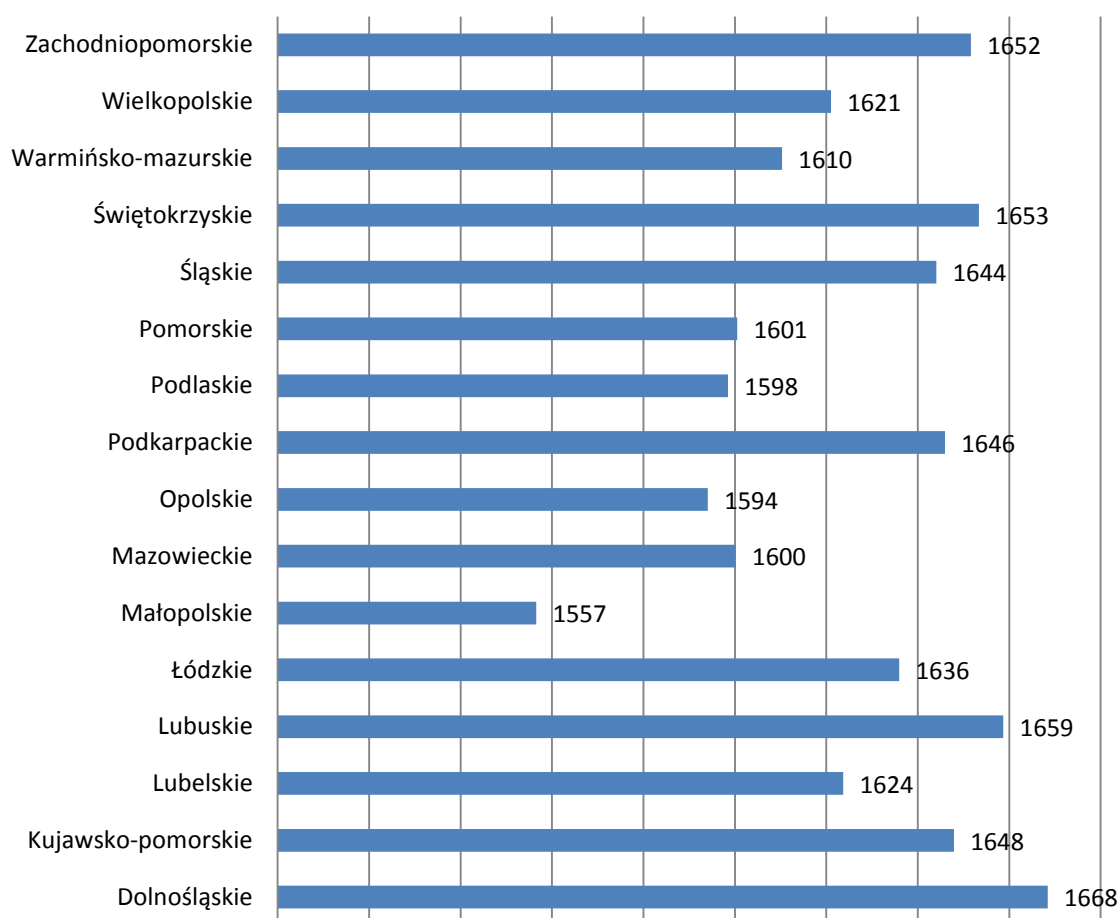
Śląski oddział NFZ otrzymał w 2010 roku z budżetu państwa 7 019 476 zł. Taki wynik sytuuje go na 2 miejscu wśród wszystkich oddziałów wojewódzkich pod względem wysokości uzyskanych środków (ustąpił miejsca jedynie oddziałowi mazowieckiego NFZ). Wysokość ta zależy oczywiście od liczby ludności zamieszkującej teren danego województwa. W 2010 roku ogółem wszystkie oddziały otrzymały więcej środków niż w roku poprzedzającym.

W 2011 roku Śląski NFZ otrzymał 7 108 032 zł, o 88 565 zł więcej niż w roku 2010. Pod względem procentowego porównania budżetów z roku 2010 i 2011, oddział śląski znalazł się na przedostatnim miejscu w kraju. Wzrost budżetu wyniósł jedynie 1,26%.

W 2012 roku wszystkie oddziały poza mazowieckim otrzymały większe stawki. Śląski NFZ otrzymał jedynie 103,47% budżetu z 2011 roku, a tym samym procentowy wzrost finansowania był w jego przypadku po raz kolejny jednym z najmniejszych spośród wszystkich innych województw, które zanotowały wzrost. Na ostatnim miejscu znalazł się oddział województwa pomorskiego.

Według planów na 2013 rok, zwiększą się ogólne wydatki na oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia o 3,33%, co da sumę 2 013 702 zł. Zwiększenie budżetu będzie widoczne w każdym oddziale wojewódzkim NFZ. Procentowo, w porównaniu z 2012 rokiem, województwo śląskie otrzyma więcej o 3,21% - czyli mniej niż wynosi średnia krajowa. Będzie to jednak stanowiło kwotę o 236 321 zł większą niż w roku 2011.

Wykres 2.28. Budżet NFZ przypadający na jednego mieszkańca (w zł) w poszczególnych województwach

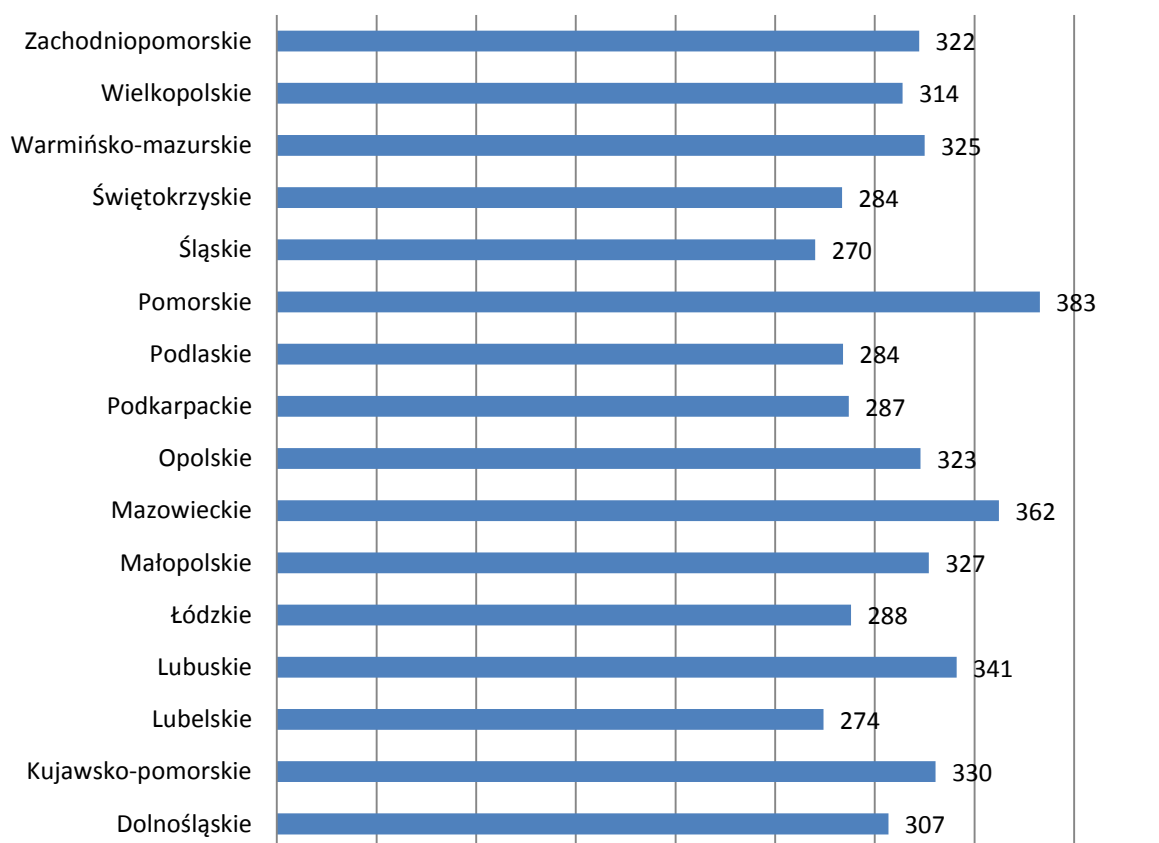


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Małego Rocznika Statystycznego Polski 2012 r. oraz http://www.nfz-warszawa.pl/download/swiadcze/komunikat_2_537mln.pdf

Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca jest największy w województwie dolnośląskim - wynosi 1668 zł. Na drugim miejscu znajduje się pod tym względem województwo lubuskie z wynikiem 1659 zł. Najmniejsza kwota przypada na mieszkańca województwa małopolskiego – 1557 zł. Mazowiecki oddział NFZ, który dysponuje największym budżetem w skali kraju, może przeznaczyć na jednego mieszkańca województwa jedynie 1600 zł i znajduje się pod tym względem na 13 miejscu w kraju. Śląski oddział NFZ posiada drugi, co do wielkości budżet, jednak na mieszkańca przypada tutaj 1644 zł i w tym względzie aż 6 województw dysponuje większą ilością pieniędzy w przeliczeniu na jednego mieszkańca.

Budżet szpitalny, przypadający na jedno łóżko jest najwyższy w województwie pomorskim i wynosi 383 tys. zł. Na drugim miejscu znajduje się województwo mazowieckie, gdzie wynosi on 362 zł. Województwo śląskie dysponuje najniższym budżetem NFZ na jedno łóżko w szpitalu w kraju – 270 tys. zł. Jest to wynik o ponad 110 tys. niższy niż w regionie pomorskim i o 92 tys. zł niższy niż w regionie mazowieckim.

Wykres 2.29. Budżet NFZ przypadający na jedno łóżko szpitalne (w tys.)

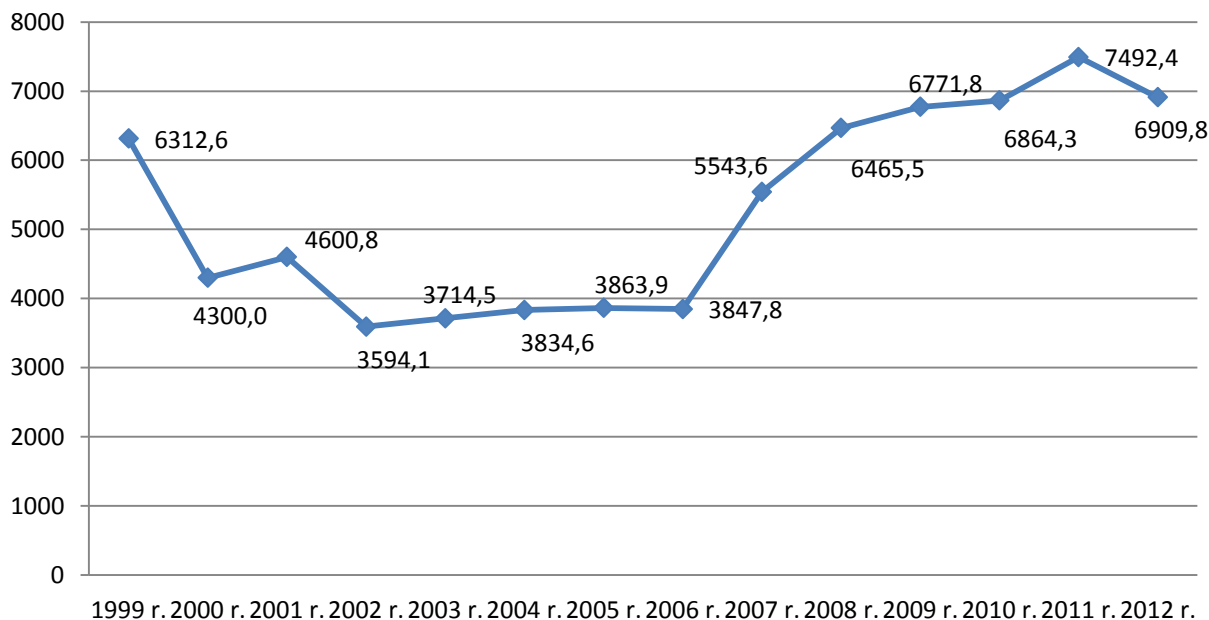


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej 2011 r. oraz http://www.nfz-warszawa.pl/download/swiadcze/komunikat_2_537mln.pdf

Po 1999 r. nastąpiło zmniejszenie wydatków budżetowych w dziedzinie ochrony zdrowia. W 1999 r. na ten cel przeznaczono 6 312,6 mln zł, rok później - tylko 4300 mln zł. W latach 2002 – 2006 wydatki budżetu Polski, w omawianym zakresie, utrzymywały się na podobnym poziomie i oscylowały wokół 3,6 – 3,8 mld zł. W 2008 roku zwiększono wydatki na zdrowie – wydano na ten cel 6 465,5 mln zł. Według danych ze sprawozdania z wykonania budżetu w 2011 roku, ochrona zdrowia została zasilona

kwotą 7 492,4 mln zł. Zatwierdzone plany na 2012 rok przynoszą zmniejszenie wydatków na zdrowie w Polsce. Mają one wynieść 6 909,8 mln zł.

Wykres 2.30. Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia w latach 1999-2012 (w mln zł)



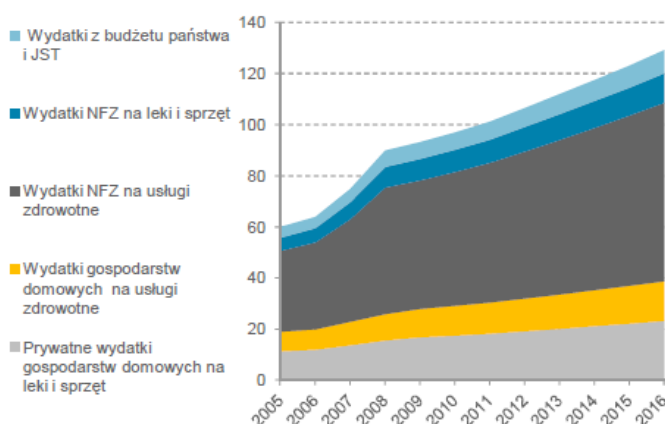
*1999-2011 wykonane; 2012-plan

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z www.mf.gov.pl

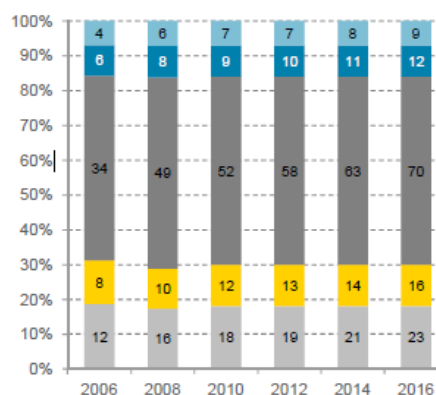
Analizy pokazują, że w najbliższym czasie w Polsce wydatki na ochronę zdrowia będą rosły. Bieżące wydatki na ten cel wynoszą ok. 102 mld zł. W 2005 roku było to niespełna 60 mld, a w 2016 roku, wg prognoz, zapotrzebowanie na nie osiągnie poziom 130 mld zł. Zmieni się także struktura wydatków. W 2012 roku wydatki z budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego stanowią 7% ogólnych wydatków, a według prognoz, w 2016 ich udział wzrośnie do 9%.

Wykres 2.31. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce

Bieżące wydatki na ochronę zdrowia w Polsce (mld PLN)



Struktura bieżących wydatków na ochronę zdrowia w Polsce (wielkości w mld PLN)



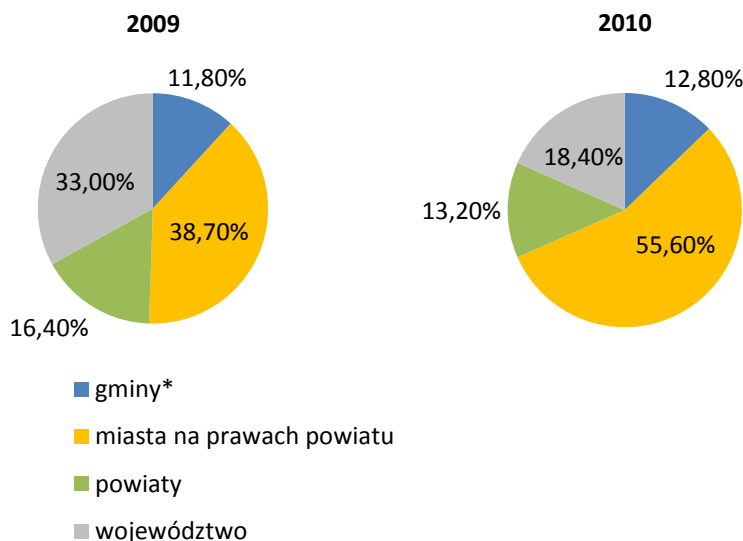
Źródło: Opracowanie własne E & Y; „Przyszłość zabezpieczeń zdrowotnych”, Ł. Zalicki, Konferencja – Legislacja 2012, Warszawa, 12 stycznia 2012, dostęp:

http://www.infozdrowie.org/attachments/legislacja2012_01_12/zalicki.pdf



W 2010 roku w porównaniu z rokiem wcześniejszym znacząco wzrosło finansowanie ochrony zdrowia przez miasta na prawach powiatu. Wydatki tych jednostek stanowiły 55,6% (rok wcześniej – 38,7%). Mniej na ochronę zdrowia wydało województwo – w 2010 roku jego wkład (18,4%) wyniósł prawie o połowę mniej niż w 2009 roku (33%).

Wykres 2.32. Struktura wydatków na ochronę zdrowia według jednostek samorządu terytorialnego w województwie śląskim w 2009 i 2010 roku



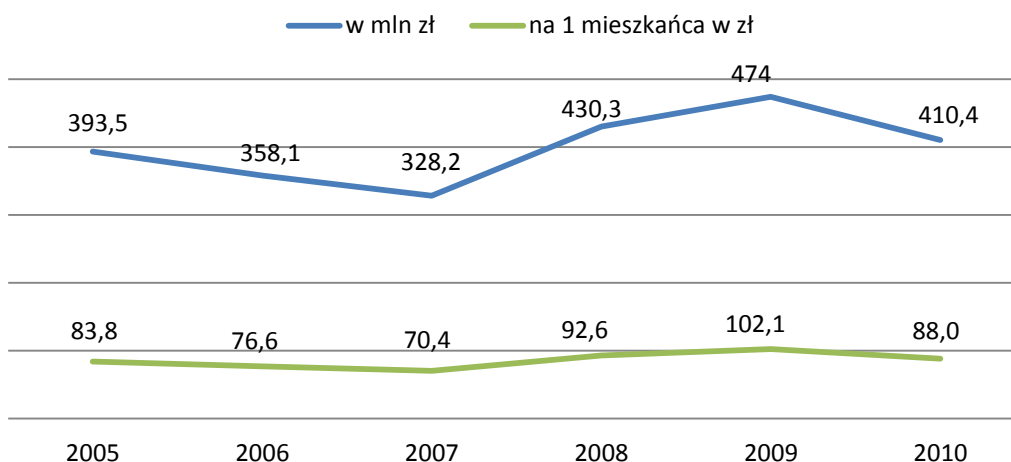
*Bez wydatków gmin mających również status miasta na prawach powiatu.

Źródło: „Ochrona zdrowia i pomoc społeczna w województwie śląskim w 2010 roku”, Urząd Statystyczny w Katowicach, Informacje i opracowania statystyczne, Katowice 2011 r., 978-83-89641-03-8

Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w województwie śląskim przedstawia poniższy wykres.

W 2010 roku wydatki na jednego mieszkańca były niższe o 14,10 zł w porównaniu z rokiem wcześniejszym i o 4,60 zł niższe niż w 2008 roku.

Wykres 2.33. Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w województwie śląskim



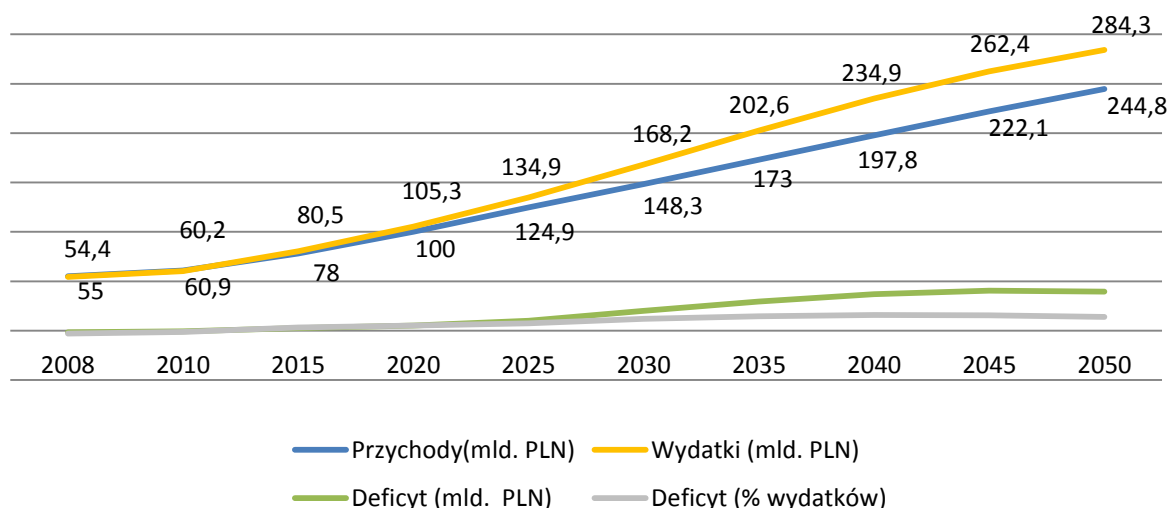
Źródło: „Ochrona zdrowia i pomoc społeczna w województwie śląskim w 2010 roku”, Urząd Statystyczny w Katowicach, Informacje i opracowania statystyczne, Katowice 2011 r., 978-83-89641-03-8



Ogólne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w 2010 roku były wyższe niż w 2009 roku, co obrazuje poniższy wykres. Różnica pomiędzy ogólnokrajowym trendem a sytuacją w województwie śląskim, może wynikać z tego, że zmniejszyły się wydatki na ten cel z budżetu państwa, a znacząco zwiększyły wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Ochrona zdrowia to dziedzina wymagająca bardzo dużych nakładów finansowych. Środki na ten cel pochodzą z różnych źródeł. Pierwszym, a zarazem dominującym są składki na ubezpieczenie - 60% wszystkich przychodów. Kolejnym źródłem są podatki ogólne, dystrybuowane później przez rząd i jednostki samorządu terytorialnego. Oczywiście, wśród przychodów należy też wymienić indywidualne wydatki mieszkańców oraz środki zakładów pracy. W związku z programami międzynarodowymi, w tym unijnymi – m.in. Programem Operacyjnym Kapitał Ludzki, wzrasta udział środków pochodzących spoza naszego kraju.

Wykres 2.34. Prognoza finansowanie ochrony zdrowia w Polsce

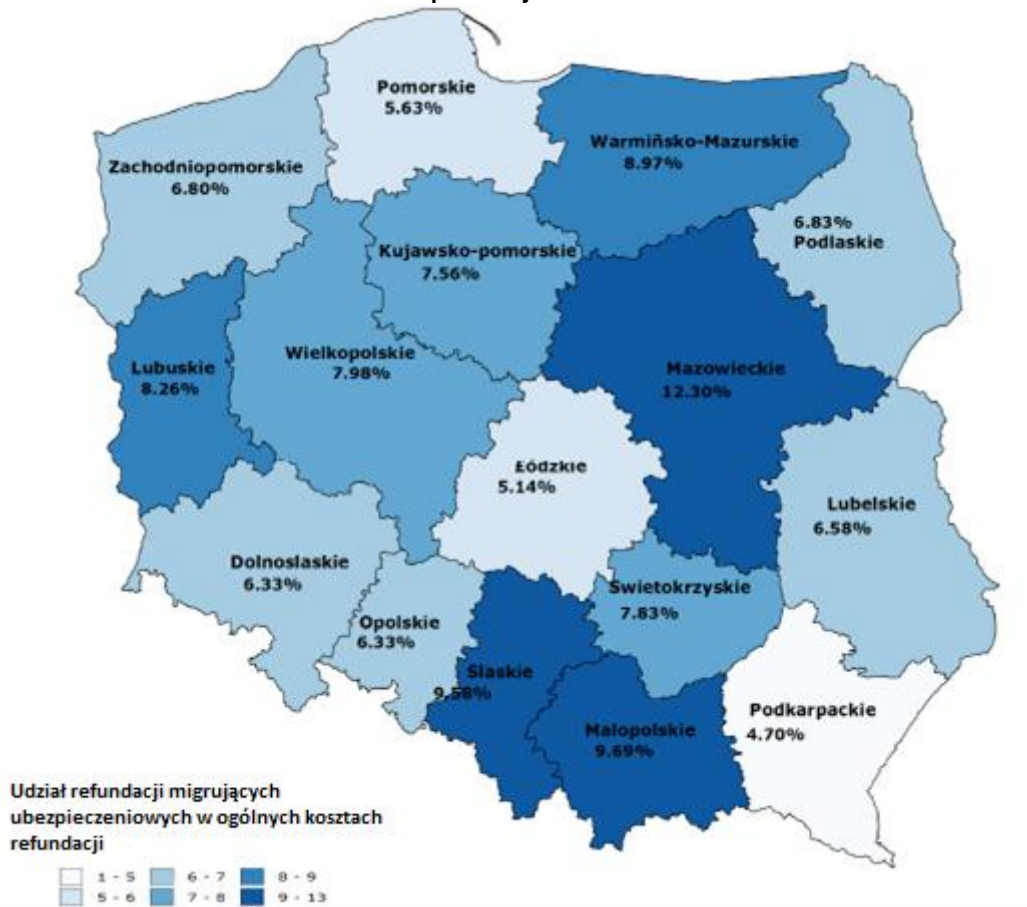


Źródło: „Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona księga II. Wersja trzecia.”, Warszawa, 29 sierpnia 2008 r.

Poniższy wykres przedstawia alokację przestrzenną środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Zobrazowane jest na nim ponoszenie kosztów, które wynika z **migracji pacjentów**. Najwięcej osób nienależących do danego oddziału wojewódzkiego NFZ korzystało z usług medycznych w województwie mazowieckim – aż 12,3%. Kolejnym województwem jest małopolskie, gdzie odsetek takich osób wyniósł 9,69%, a na trzecim miejscu znajduje się województwo śląskie z wynikiem 9,58%. Najmniejsza ilość pacjentów – „imigrantów” korzystała z usług służby zdrowia w województwie podkarpackim – 4,70%, łódzkim – 5,14% oraz pomorskim – 5,63%.



Wykres 2.35. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń szpitalnych udzielonych ubezpieczonym spoza województwa



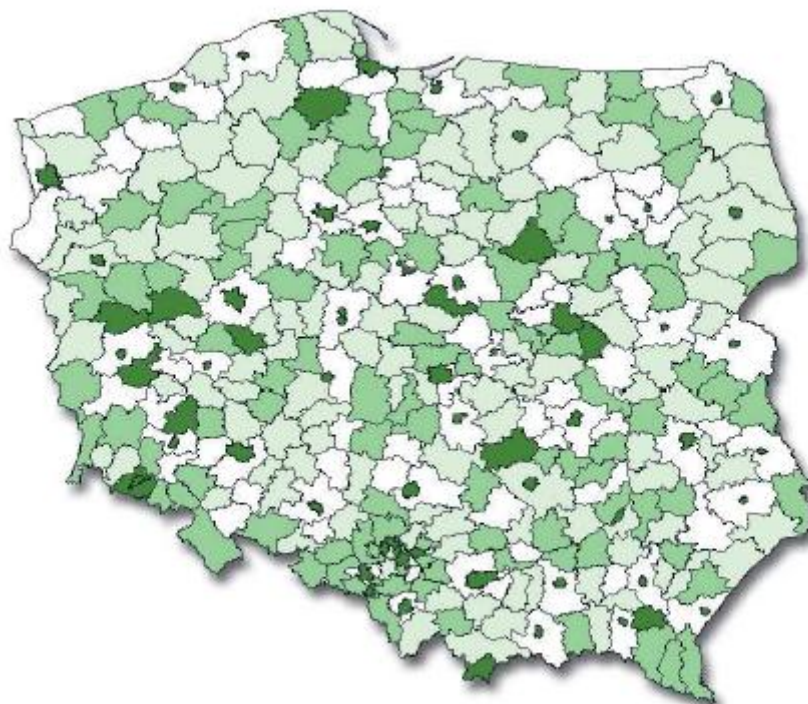
Źródło: „Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego”, J. Ruszkowski, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa, wrzesień 2010

Najwyższy poziom wydatków na jednego mieszkańca w województwie śląskim osiągają większe ośrodki miejskie. Dochodzi w nich do koncentracji usług medycznych, których świadczeniobiorcami są osoby z wszystkich województw (np. szpitale kliniczne w Katowicach, Zabrze, Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich).

Najniższy poziom finansowania ochrony zdrowia w województwie jest w powiatach: częstochowskim, kłobuckim, bielskim, rybnickim oraz bieruńsko-łędzimskim. Najwyższy natomiast, w Bielsku-Białej, Częstochowie, Katowicach, Sosnowcu, Chorzowie, Piekarach, Zabrze, Rybniku i Jastrzębiu Zdroju.



Wykres 2.36. Finansowanie przez NFZ na jednego mieszkańca.

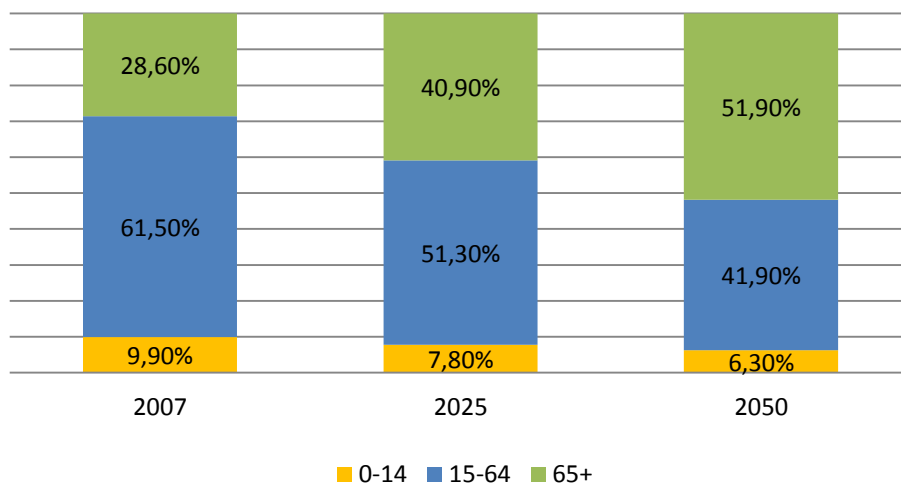


Źródło: „Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego”, J. Ruszkowski, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa, wrzesień 2010
(Im większe nasycenie koloru, tym większy poziom finansowania na jednego mieszkańca)

W 2007 roku 9,9% wszystkich wydatków ubezpieczeniowych na świadczenia zdrowotne przeznaczono na leczenie osób w wieku do 14 roku życia. Zgodnie z prognozami wydatki te w 2025 roku będą stanowiły 7,8%, a 25 lat później – 6,3%. Z kolei najwięcej wydano na leczenie osób w wieku 15-64 lat - 61,5% wszystkich wydatków. W 2025 roku fundusze na ten cel wyniosą 51,3%, a w 2050 roku – 41,9%. **Zmiany nastąpią także w procentowym udziale wydatków ubezpieczeniowych na świadczenia zdrowotne osób w wieku 65+. W 2007 roku stanowiły one 28,6%, w 2025 roku będą wynosiły już 40,9%, a w 2050 - ponad połowę wydatków (51,9%).**



Wykres 2.37. Struktura wydatków ubezpieczeniowych na świadczenia zdrowotne w zależności od wieku w latach 2007, 2025, 2050



Źródło: „Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona księga II. Wersja trzecia.”, Warszawa, 29 sierpnia 2008 r.

Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

Wnioski
<ol style="list-style-type: none"> 1. Jeśli chodzi o zmiany w zakresie finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, to w latach 2009 i 2010 wzrosły jedynie wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego - z 0,22% PKB do 0,25% PKB. 2. W tym samym czasie wydatki budżetu państwa, funduszy ubezpieczeń społecznych, środki prywatne i inwestycje przeznaczane na ten cel zmniejszyły się. 3. Śląski oddział NFZ otrzymał w 2010 roku z budżetu państwa 7 019 476 zł. W 2011 roku było to już 7 108 032 zł (o 88 565 zł więcej). Z kolei w 2012 roku 7 354 331 zł, co stanowi 103,47% poprzedniej kwoty. 4. Śląski oddział NFZ posiada drugi, co do wielkości budżet spośród wszystkich województw. Jednak na mieszkańca przypada tutaj 1 644 zł (co oznacza 7 miejsce w rankingu). 5. Budżet na łóżko szpitalne jest w województwie śląskim najniższy wg średniej krajowej (270 tys. zł). 6. Prognozowane zmiany w strukturze demograficznej populacji Polski będą powodować dalszy wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Sytuacja ta dotknie także – i to w znacznym stopniu – teren województwa śląskiego.

2.5. Analiza liczby lekarzy w Polsce i w regionie



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

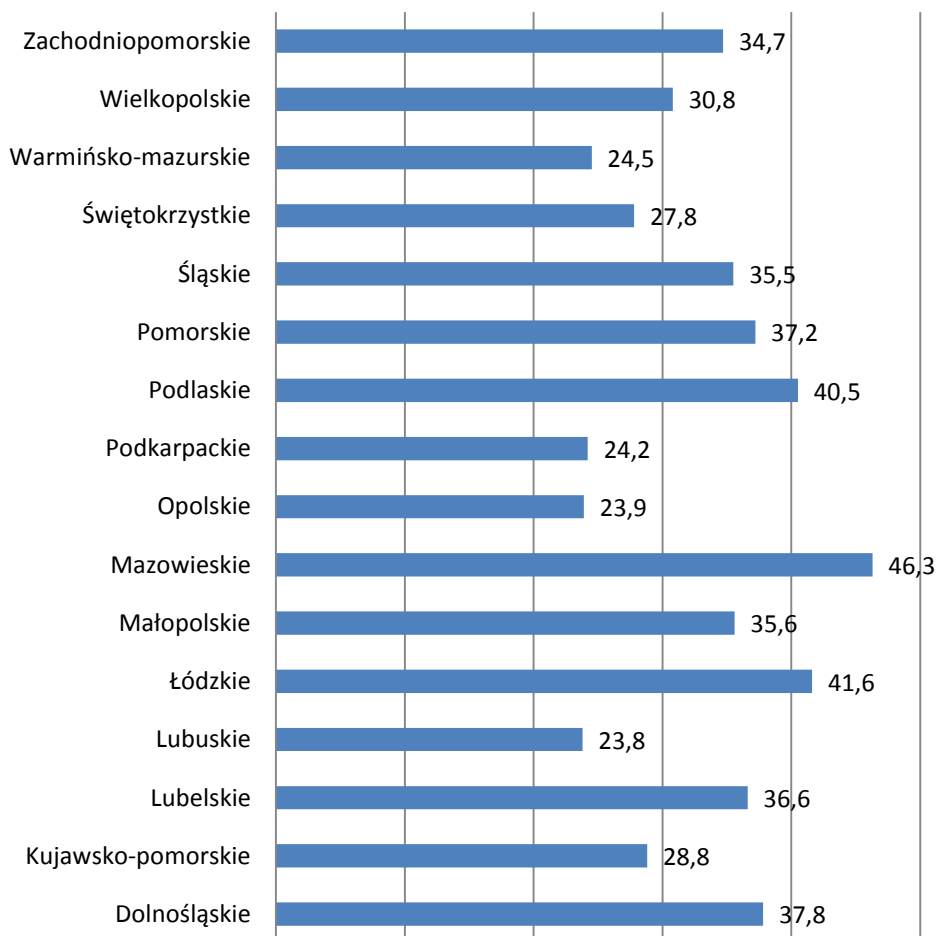
1. Zbadanie ilości lekarzy w województwie śląskim i odniesienie tej liczby do sytuacji w Polsce.
2. Przedstawienie liczby personelu medycznego uprawnionego do wykonywania zawodu w Polsce z wyszczególnieniem województwa śląskiego.
3. Zobrazowanie udziału osób w wieku 65+ wśród lekarzy ogólnych.
4. Ustalenie struktury specjalizacji lekarskich w kraju, a szczególnie w województwie śląskim.

Według danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, w 2010 roku liczba lekarzy przypadających na 10 tys. ludności wyniosła w województwie śląskim 35,5, co decyduje o 8. miejscu w kraju. Wskaźnik ten jest wyższy niż średnia krajowa o 0,3 punktu procentowego.

4 lata wcześniej, w 2006 roku, najwięcej lekarzy przypadało na 10 tys. mieszkańców w województwie łódzkim - 23,8. Na drugim miejscu znalazło się pod tym względem województwo mazowieckie - 22,8, a na trzecim podlaskie - 22,3. Województwo śląskie uzyskało 5 miejsce w skali kraju - 22. Najmniej zatrudnionych lekarzy było w województwach opolskim i warmińsko-mazurskim – 16,2 oraz w wielkopolskim - 16,5.



**Wykres 2.38. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu według regionów.
Stan w dniu 31.12.2010 r. Wskaźnik na 10 tys. ludności**



Źródło: „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2011



Według danych Śląskiej Izby Lekarskiej z 2012 roku, w województwie jest 12 842 lekarzy – członków Izby.

Tabela 2.9. Liczba aktualnych członków izb lekarskich

Okręgowa Izba Lekarska	Data ostatniej replikacji	Lekarze
OIL w Białymstoku	2012-06-29	4 816
Beskidzka OIL w Bielsku-Białej	2012-06-29	2 588
Bydgoska IL w Bydgoszczy	2012-06-29	3 346
OIL w Gdańsku	2012-07-02	9 036
OIL w Gorzowie Wielkopolskim	2012-06-29	846
Dolnośląska IL we Wrocławiu	2012-06-29	10 694
Świętokrzyska IL w Kielcach	2012-06-29	3 530
OIL w Krakowie	2012-07-02	11 801
OIL w Lublinie	2012-06-29	7 798
OIL w Łodzi	2012-06-29	9 914
Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie	2012-06-29	2 696
OIL w Opolu	2012-06-29	2 396
OIL w Płocku	2012-06-29	1 055
Wielkopolska IL w Poznaniu	2012-06-29	10 550
OIL w Rzeszowie	2012-06-29	3 106
OIL w Szczecinie	2012-06-29	4 402
OIL w Tarnowie	2012-06-29	1 227
Kujawsko-Pomorska OIL w Toruniu	2012-07-02	2 395
OIL w Warszawie	2012-06-30	22 718
Śląska IL w Katowicach	2012-06-29	12 842

Źródło: http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0007/56563/Zestawienie-nr-01.pdf

W związku ze zmianami demograficznymi, w nadchodzących latach może zaistnieć poważny problemem zmniejszania się liczby lekarzy. Poniższy wykres przedstawia udział osób w wieku 65 lat i więcej wśród w populacji lekarzy ogólnych w Polsce.

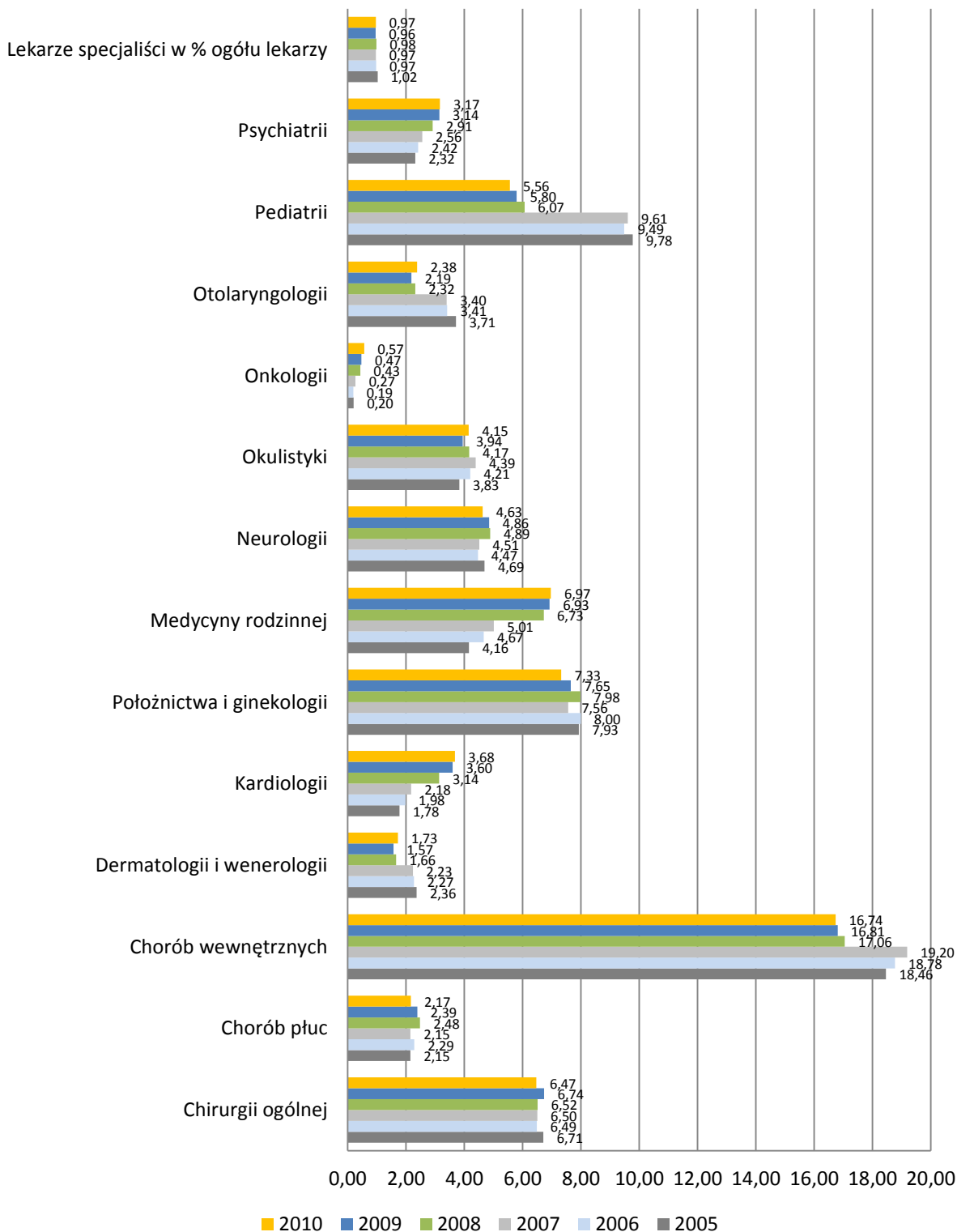
W województwie śląskim 16,6% lekarzy ogólnych to osoby w wieku 65 lat lub starsze. Mniejszy odsetek lekarzy w tej kategorii wiekowej jest w województwach podkarpackim i lubelskim. Stażyści stanowią 2% lekarzy ogólnych. Jest to wynik zbliżony do tego, jaki osiągają w tym zakresie inne województwa.

W latach 2005-2010 najczęściej wybieraną w województwie śląskim była specjalizacja leczenia chorób wewnętrznych. Znacząco zmniejszyła się liczba pediatrów – w 2005 roku było ich 819, a w 2010 roku już tylko 390. Na uwagę zasługuje liczebność onkologów – w 2005 roku było ich w województwie śląskim tylko 17, zaś pięć lat później już 40. „Rozrastającymi się” specjalizacjami są także medycyna rodzinna, kardiologia oraz psychiatria. Odsetek lekarzy specjalistów w ogóle lekarzy w województwie śląskim pomiędzy 2005 a 2010 roku uległ znaczącemu spadkowi. W 2005 roku stanowili oni 85,6% lekarzy, a pięć lat później już tylko 67,7%. Zwiększeniu uległa ogólna ilość praktyk



lekarskich – z roku na rok jest ich coraz więcej. W 2010 roku odnotowano ich w województwie śląskim 2 437.

Wykres 2.39. Lekarze specjaliści w województwie śląskim



Źródło: „Ochrona zdrowia i pomoc społeczna w województwie śląskim w 2010 roku”, Urząd Statystyczny w Katowicach, Informacje i opracowania statystyczne, Katowice 2011 r., 978-83-89641-03-8

Ogółem, w Polsce było w 2010 roku 16,7 lekarzy specjalistów na 10 tys. ludności. Najwięcej wśród nich było lekarzy zajmujących się chorobami wewnętrznymi – wskaźnik na 10 tys. mieszkańców wynosił 2,6. Na drugim miejscu znajdowała się chirurgia z wynikiem 2 specjalistów na 10 tys. ludności. Wśród wszystkich specjalistów w Polsce więcej było specjalistów z II stopniem specjalizacji – 43 038. Najmniejsza różnica pomiędzy ilością osób z I i II stopniem specjalizacji była wśród pediatrów. Grupy te wynosiły odpowiednio 2 438 i 2 812 osób.

Ogółem, w województwie śląskim w 2010 r. było 19 lekarzy specjalistów na 10 tys. ludności. Najwięcej wśród nich lekarzy zajmowało się chorobami wewnętrznymi – na 10 tysięcy mieszkańców wskaźnik ten wynosił 3,6. Na drugim miejscu znajdowała się chirurgia – na 10 tys. ludności przypadało 2,3 specjalistów.

Tabela 2.10. Lekarze specjaliści w Polsce i w województwie śląskim

Specjaliści		Ogółem w Polsce	Z tego			Ogółem w woj. śląskim
			I stopnia	II stopnia	Specjalności*	
Ogółem	A	63 859	11 154	43 038	9 677	8 827
	B	16,7	2,9	11,3	2,5	19
Radiologia	A	2 314	364	1 447	503	339
	B	0,6	0,1	0,4	0,1	0,7
Choroby wewnętrzne	A	9 918	2 887	5 054	1 977	1 670
	B	2,6	0,8	1,3	0,5	3,6
Pediatria	A	5 654	2 438	2 812	404	774
	B	1,5	0,6	0,7	0,1	1,6
Choroby płuc	A	1 375	104	1 189	82	173
	B	0,4	0	0,3	0	0,3
Psychiatria	A	235	323	1 474	528	262
	B	0,6	0,1	0,4	0,1	0,5
Dermatologia i wenerologia	A	1 206	325	806	75	176
	B	0,3	0,1	0,2	0	0,3
Neurologia	A	2 458	419	1 756	293	406
	B	0,6	0,1	0,5	0,1	0,8
Chirurgia	A	7 509	881	5 548	1 080	1 102
	B	2	0,2	1,5	0,3	2,3
Położnictwo i ginekologia	A	4 665	793	3 542	330	612
	B	1,2	0,2	0,9	0,1	1,3
Otolaryngologia i otorynolaryngologia	A	1 744	492	1 127	125	282
	B	0,5	0,1	0,3	0	0,6
Okulistyka	A	2 288	535	1 470	283	381
	B	0,6	0,1	0,4	0,1	0,8

A - liczby bezwzględne


B - wskaźnik na 10 tys. ludności

* - lekarze, którzy uzyskali specjalizację na nowych zasadach, tj. jednostopniową

Źródło: „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2011



Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

	Wnioski
	<ol style="list-style-type: none"> 1. W 2010 roku w województwie śląskim wskaźnik lekarzy przypadających na 10 tys. ludności wynosił 35,5. Uplasował on województwo śląskie na 8 miejscu pod tym względem w skali kraju i był wyższy od średniej krajowej o 0,3. 2. Dużym problemem może stać się w przyszłości proces starzenia się kadry medycznej. W województwie śląskim obecnie 16,6% lekarzy ogólnych stanowią osoby w wieku 65 lat i więcej. Stażyści to 2% wszystkich lekarzy ogólnych – jest to wynik przeciętny, jeśli weźmiemy pod uwagę sytuację w pozostałych województwach. 3. W latach 2005-2010 najwięcej lekarzy w kraju posiadało specjalizację z chorób wewnętrznych. Obecnie możemy zaobserwować zmiany zachodzące w strukturze specjalizacji lekarskich - zmniejsza się ilość pediatrów, a wzrasta onkologów, kardiologów, psychiatrów, czy też lekarzy medycyny rodzinnej. Może to być powiązane z prognozami demograficznymi dla naszego kraju – społeczeństwo ma być coraz starsze, mniejszy udział mają mieć w nim dzieci. Również choroby onkologiczne stają z roku na rok coraz większym problemem. 4. Co ważne zmniejsza się sam udział lekarzy specjalistów wśród lekarzy w ogóle. W 2005 roku stanowili oni 85,6% wszystkich lekarzy, a pięć lat później już tylko 67,7%. 5. Największa ilość specjalistów w Polsce związana jest z chorobami wewnętrznymi oraz chirurgią.

2.6. Kształcenie na kierunkach medycznych



Głównymi problemami badawczymi na tym etapie były:

1. Ustalenie liczby absolwentów kierunków medycznych w Polsce oraz ich udziału procentowego spośród wszystkich absolwentów uczelni wyższych.
2. Ustalenie rodzaju specjalizacji wybieranych i realizowanych przez młodych lekarzy w województwie śląskim.

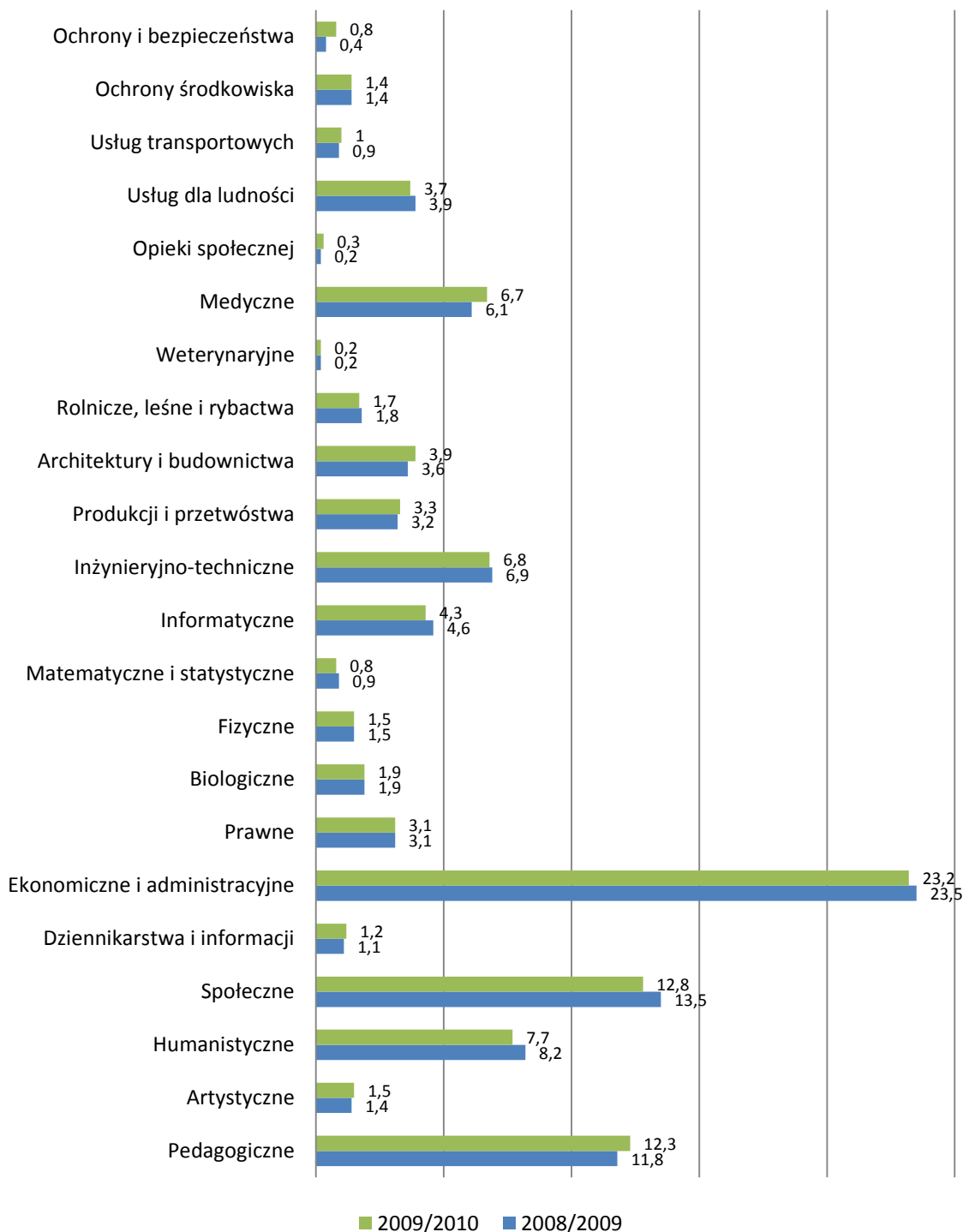
W roku akademickim 2008/2009 studiowało w Polsce 1 900 tys. osób. Rok później studentów było więcej o niespełna 30 tys. Studenci kierunków medycznych stanowili w roku 2008/2009 6,1% wszystkich studentów (117,6 tys.), a w roku następnym 6,7% (127,3 tys.). Szczegółowe dane na ten temat znajdują się na wykresie poniżej.



Wykres 2.40. Studenci szkół wyższych w latach akademickich 2008/2009 oraz 2009/2010 (w %)

2008/2009 n = 1 900,0 tys.

2009/2010 n = 1 927,8 tys.



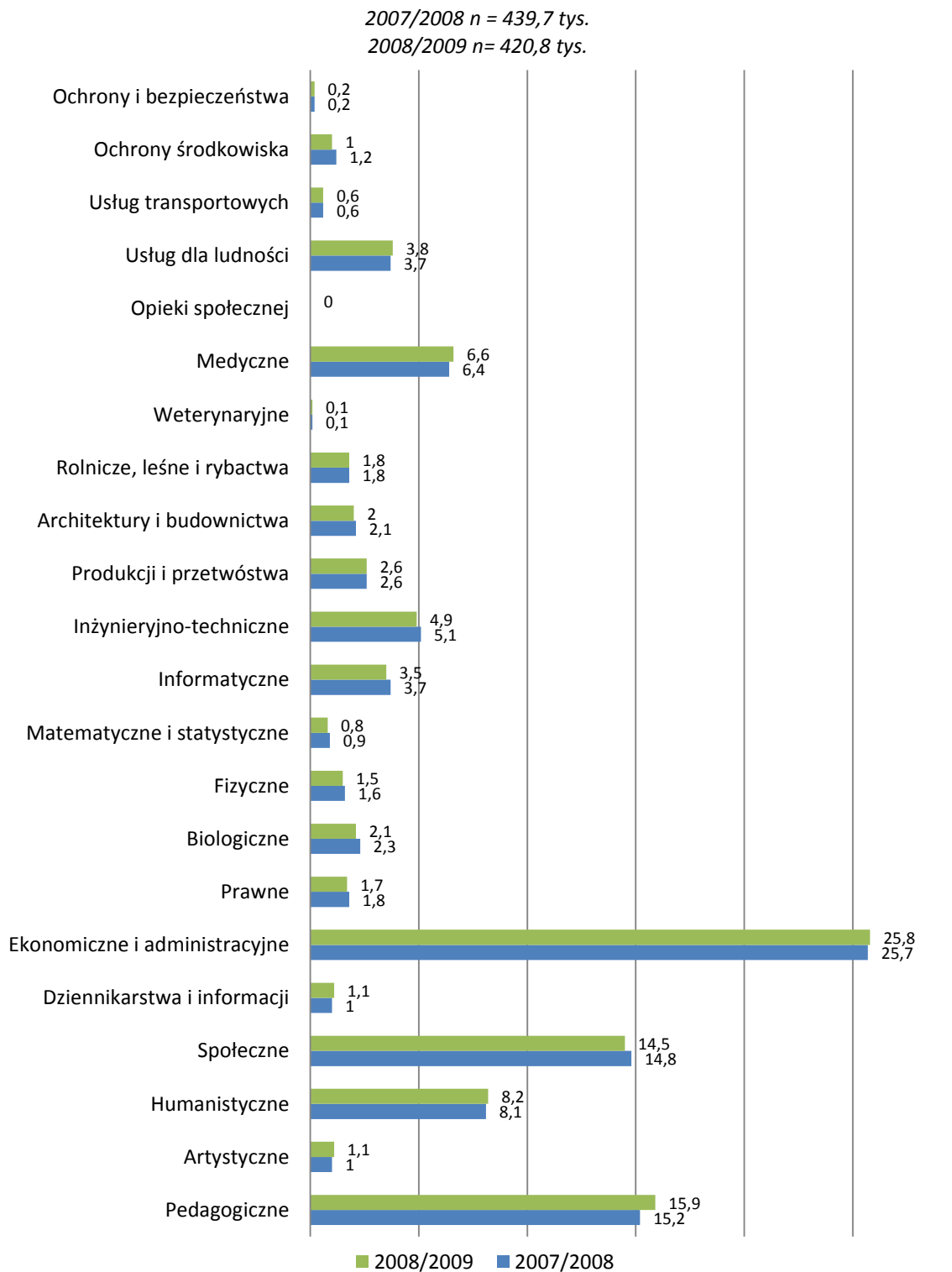
Źródło: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/e_not_nt_szkol_wyzszych_w_Polsce.pdf

W roku akademickim 2007/2008 studia ukończyło w Polsce 439,7 tys. osób, przy czym absolwenci kierunków medycznych stanowili 6,6% ogółu. W 2008/2009 liczba absolwentów uczelni wyższych



wyniosła 420,8 tys., a liczba osób kończących kierunki medyczne nieznacznie spadła do poziomu 6,4% wszystkich absolwentów.

Wykres 2.41. Absolwenci szkół wyższych w latach akademickich 2007/2008 oraz 2008/2009 (w %)



Źródło: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/e_not_nt_szkol_wyzszych_w_Polsce.pdf

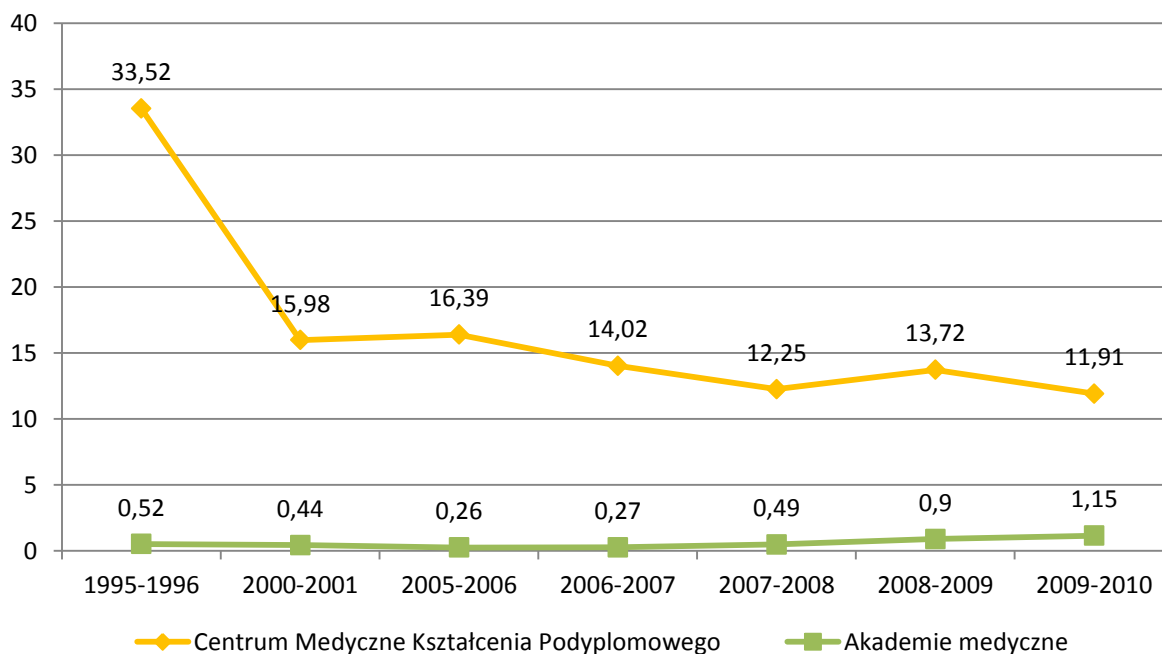


Dwa poniższe wykresy przedstawiają liczbę słuchaczy studiów podyplomowych na kierunkach medycznych w Polsce w latach akademickich 1995/1996 – 2009/2010.

Na pierwszym wykresie zobrazowano ich udział w liczbie słuchaczy studiów podyplomowych ogółem. W tym przypadku odnotowano duży spadek liczby słuchaczy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w stosunku do ogólnej liczby słuchaczy studiów podyplomowych w latach 1995 - 2001, jednak kolejny wykres pokazuje, że liczba bezwzględna studentów Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wzrosła, ale nie w takim stopniu, jak liczba studentów podyplomowych ogółem.

Przyczyną spadku udziału słuchaczy kierunków medycznych w liczbie słuchaczy studiów podyplomowych ogółem, jest wzrost popularności i oferty studiów podyplomowych na kierunkach niemedycechnych uczelni wyższych. W przypadku akademii medycznych, od roku akademickiego 2005/2006 obserwuje się wzrost liczby studentów w liczbie studentów ogółem.

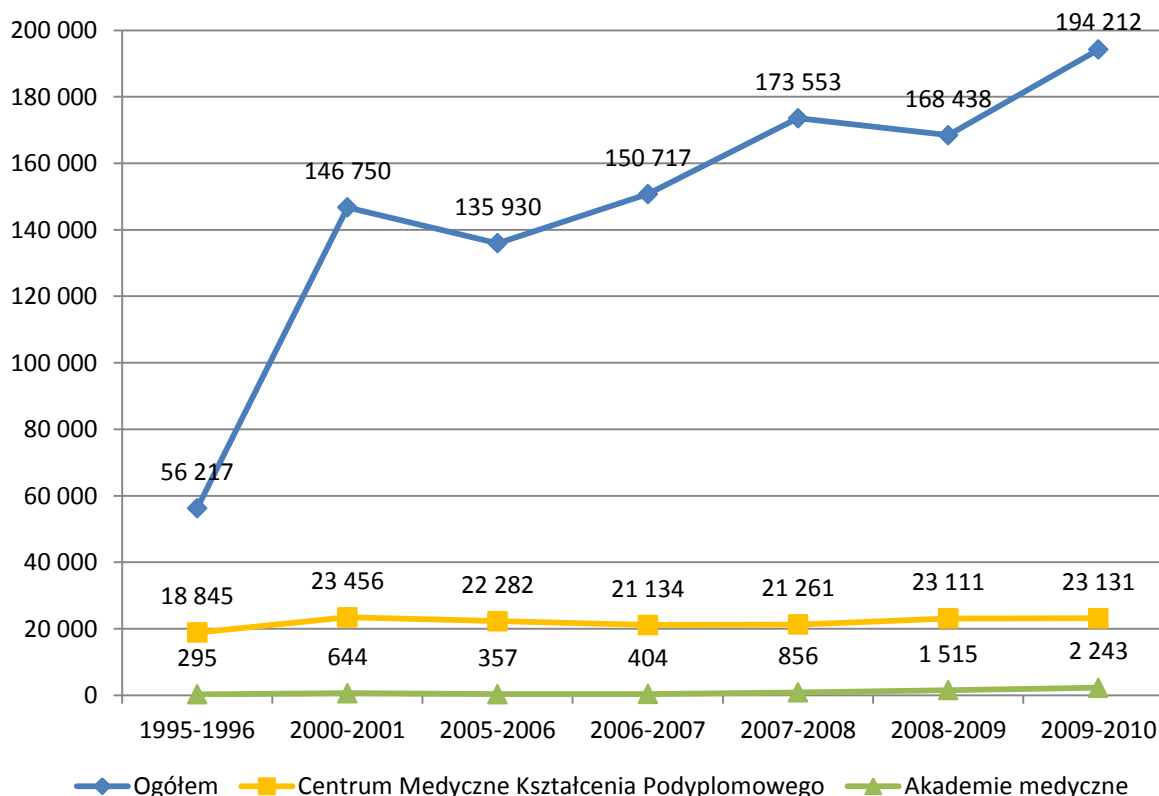
Wykres 2.42. Słuchacze studiów podyplomowych na kierunkach medycznych (w %) w latach 1995/1996 – 2009/2010 do ogółu słuchaczy studiów podyplomowych



Źródło: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/e_not_nt_szkol_wyzszych_w_Polsce.pdf



Wykres 2.43. Słuchacze studiów podyplomowych ogółem oraz na kierunkach medycznych w latach 1995/1996 – 2009/2010 – dane w liczbach bezwzględnych



Źródło: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/e_not_nt_szkol_wyzszych_w_Polsce.pdf

Według danych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, uczelnia ta prowadzi zajęcia dla 8 660 studentów (stan na 30 grudnia 2011 roku), w tym:

1. na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze – 1 794 studentów,
2. na wydziale Lekarskim w Katowicach – 1 811 studentów (w tym na studiach stacjonarnych anglojęzycznych - 327 studentów),
3. na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu – 1 666 studentów,
4. na Wydziale Zdrowia Publicznego w Bytomiu – 1 019 studentów,
5. na Wydziale Opieki Zdrowotnej w Katowicach – 2 370 studentów.

Na wydziałach lekarskich Śląskiego Uniwersytetu Medycznego studiuje 3 605 osób. Jest to zdecydowanie najbardziej liczny kierunek kształcenia młodych ludzi na tej uczelni. Niespełna 10% studentów stanowią studenci z zagranicy – śląska szkoła medyczna jest wysoko ocenianą placówką, a tym samym bardzo popularną, nie tylko wśród polskich studentów.

Poniższa tabela szczegółowo pokazuje ilość lekarzy, którzy w latach 2012-2014 ukończą w województwie śląskim poszczególne specjalizacje. Najbardziej liczna jest specjalizacja chorób wewnętrznych – w przywołanym okresie ukończy ją 139 osób. Druga pod tym względem jest kardiologia – 124 osoby, trzecia - anestezjologia i intensywne terapię – w latach 2012-2014 ukończy ją w województwie śląskim 112 osób. Co ciekawe, w latach 2012-2014 można wyszczególnić kilka specjalizacji, których nie ukończy ani jedna osoba. Wśród nich są: diagnostyka laboratoryjna, genetyka kliniczna, medycyna sądowa, mikrobiologia lekarska, angiologia, balneologia i medycyna fizyki, chirurgia onkologiczna, diabetologia, farmakologia kliniczna, gastroenterologia, geriatryka, hematologia, immunologia kliniczna, onkologia i hematologia dziecięca, toksykologia kliniczna,

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



stomatologia dziecięca, hipertensjologia, otolaryngologia dziecięca, urologia dziecięca oraz neurologia dziecięca.

Specjalizacje, które ukończy tylko jedna osoba to: zdrowie publiczne, chirurgia naczyniowa, transfuzjologia kliniczna, ortodoncja, periodontologia, chirurgia plastyczna, choroby płuc, medycyna paliatywna, medycyna sportowa.

Zaskakujący jest fakt, iż wśród młodych lekarzy może zabraknąć specjalistów związanych z tymi chorobami, które w najbliższych latach – jak pokazały to prezentowane wcześniej prognozy - będą stanowiły coraz większe wyzwanie dla ochrony zdrowia, np. onkologów, a także geriatrów.

Tabela 2.11. Zestawienie liczby lekarzy, którzy w latach 2012-2014 ukończą daną specjalizację w województwie śląskim

Nazwa specjalizacji	2012	2013	2014	Razem
Anestezjologia i intensywne terapię	36	26	50	112
Chirurgia dziecięca	1	2	2	5
Chirurgia ogólna	19	21	20	60
Chirurgia szczękowo-twarzowa	1	2	3	6
Choroby wewnętrzne	37	87	15	139
Choroby zakaźne	2	3	0	5
Dermatologia i wenerologia	3	0	0	3
Diagnostyka laboratoryjna	0	0	0	0
Genetyka kliniczna	0	0	0	0
Medycyna pracy	2	2	0	4
Medycyna ratunkowa	3	4	0	7
Medycyna rodzinna	41	10	0	51
Medycyna sądowa	0	0	0	0
Mikrobiologia lekarska	0	0	0	0
Neurochirurgia	0	1	2	3
Neurologia	9	25	10	44
Okulistyka	11	20	8	39
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	16	16	33	65
Otolaryngologia	6	3	4	13
Patomorfologia	2	1	1	4
Pedagogia	14	26	11	51
Położnictwo i ginekologia	18	21	16	55
Psychiatria	10	29	7	46
Radiologia i diagnostyka obrazowa	16	27	11	54
Radioterapia onkologiczna	2	6	4	12
Rehabilitacja medyczna	6	6	4	16
Urologia	2	3	1	6
Zdrowie publiczne	1	0	0	1
Alergologia	2	0	0	2
Angiologia	0	0	0	0
Balneologia i medycyna fizykalna	0	0	0	0
Chirurgia klatki piersiowej	1	2	1	4




Nazwa specjalizacji	2012	2013	2014	Razem
Chirurgia naczyniowa	1	0	0	1
Chirurgia onkologiczna	0	0	0	0
Chirurgia plastyczna	1	0	0	1
Choroby płuc	1	0	0	1
Diabetologia	0	0	0	0
Endokrynologia	3	0	0	3
Farmakologia kliniczna	0	0	0	0
Gastroenterologia	0	0	0	0
Geriatrya	0	0	0	0
Hematologia	0	0	0	0
Immunologia kliniczna	0	0	0	0
Kardiocirurgia	2	4	5	11
Kardiologia	44	33	47	124
Medycyna nuklearna	4	2	0	6
Medycyna paliatywna	1	0	0	1
Medycyna sportowa	1	0	0	1
Nefrologia	2	0	0	2
Neonatologia	1	4	2	7
Onkologia kliniczna	4	5	4	13
Onkologia i hematologia dziecięca	0	0	0	0
Psychiatria dzieci i młodzieży	2	1	0	3
Reumatologia	4	0	0	4
Toksykologia kliniczna	0	0	0	0
Transfuzjologia kliniczna	0	0	1	1
Transplantologia kliniczna	0	0	0	0
Kardiologia dziecięca	2	0	0	2
Neurologia dziecięca	0	0	0	0
Chirurgia stomatologiczna	2	3	3	8
Ortodoncja	0	1	0	1
Periodontologia	1	0	0	1
Protetyka stomatologiczna	7	3	0	10
Stomatologia dziecięca	0	0	0	0
Stomatologia zachowawcza z endodoncją	6	0	0	6
Ginekologia onkologiczna	6	0	0	6
Hipertensjologia	0	0	0	0
Otolaryngologia dziecięca	0	0	0	0
Urologia dziecięca	0	0	0	0

Źródło: „Kierunek restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest województwo śląskie na lata 2009-2013”, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, Katowice, grudzień 2009



Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

	Wnioski
	<ol style="list-style-type: none">1. Studenci kierunków medycznych stanowią każdego roku ok. 6-7% wszystkich studentów w Polsce, absolwenci – ok. 6.5%.2. Na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w 2011 roku kształciło się ponad 8,5 tysiąca studentów. Trudno jednak prognozować, jaka część z nich podejmie pracę na terenie województwa.3. Liczba słuchaczy studiów podyplomowych w Polsce wzrasta z roku na rok. Dotyczy to w równym stopniu akademii medycznych. W ciągu 14 lat zanotowały one wzrost słuchaczy z 295 do 2243 osób. Centra Medyczne Kształcenia Podyplomowego każdego roku prowadzą zajęcia dla ok. 21-23 tys. osób.4. Prognozuje się, że latach 2012-2014 w województwie śląskim młodzi lekarze (dokładnie 1 020 osób) ukończą łącznie 48 specjalizacji. Ponad 10% z nich będzie się w przyszłości zajmowało chorobami wewnętrznymi. Może jednak zabraknąć geriatrów, a także onkologów dziecięcych.



3. Analiza i ocena jakości świadczeń medycznych w zakresie dostępności, skuteczności i bezpieczeństwa pacjentów

3.1. Zakres świadczonych usług



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Dokonanie analizy zakresu usług świadczonych przez poszczególne placówki, obejmującej opis potencjału szpitali (pod względem kadr oraz liczby łóżek) w ramach poszczególnych specjalizacji.

W przebadanych 21 placówkach SPZOZ w województwie śląskim funkcjonuje łącznie 249 oddziałów szpitalnych. W największej placówce poddanej badaniu – Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Marii Panny w Częstochowie – jest 39 oddziałów, natomiast w najmniejszej – Szpitalu Chorób Wewnętrznych w Częstochowie funkcjonuje tylko 1 oddział, podzielony na 3 specjalizacje.

Najliczniejsze spośród wszystkich oddziałów były oddziały psychiatryczne ogólne, chirurgii ogólnej, neurologii, anestezjologii i intensywnej terapii, okulistyczne, rehabilitacyjne, reumatologiczne oraz ginekologiczno-położnicze. Wśród 249 funkcjonujących oddziałów można wyróżnić 32 specjalizacje. Zestawienie oddziałów poszczególnych placówek jest zawarte w Załączniku nr 9 niniejszego raportu.

W szpitalach objętych badaniem, na oddziałach o **specjalizacji dziecięcej** pracuje łącznie 363 lekarzy, z czego 275 to kobiety a 88 to mężczyźni. Najwięcej lekarzy tej specjalizacji pracuje w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach – 97, a najmniej, tj. 1 osoba w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach. Ogółem w oddziałach o specjalizacji dziecięcej znajduje się 1 067 łóżek, z czego 954 stanowią łóżka zwykłe, 46 wzmożonego nadzoru a 67 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek – 173 – znajduje się w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu, a najmniej, bo tylko 6, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu.

Oddziały o specjalizacji dziecięcej posiada 15 spośród wszystkich objętych badaniem placówek medycznych. Są to:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu:

1. Oddział Okulistyki Dziecięcej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku:

1. Oddział Chirurgii Dziecięcej
2. Oddział Noworodków i wcześniaków
3. Oddział Pediatryczny

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie:

1. Oddział Chirurgii i traumatologii dziecięcej



2. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej
3. Oddział Neonatologiczny
4. Oddział Noworodków i wcześniaków
5. Oddział Patologii i intensywnej terapii noworodka
6. Oddział Pediatriczny
7. Oddział Pediatriczny z pododdziałem dziennym pediatricznym, nefrologii dziecięcej i hematologii

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej:

1. Oddział Noworodkowy
2. Oddział Patologii noworodka i niemowląt

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju:

1. Oddział Intensywnej terapii dziecięcej
2. Oddział Neonatologiczny
3. Oddział Pediatriczny

Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach:

1. Oddział Dermatologiczny dziecięcy
2. Oddział Neonatologiczny

Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich:

1. Oddział Chirurgii Dziecięcej

Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu:

1. Oddział Chirurgii Dziecięcej
2. Oddział Katedra i Oddział Kliniczny Pediatrii
3. Oddział Laryngologiczny dla dzieci
4. Oddział Noworodkowy

Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach:

1. Oddział Neonatologiczny

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu:

1. Oddział Patologii noworodka i niemowląt
2. Oddział Pediatriczny

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu:

1. Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Intensywnej terapii Noworodka
2. Oddział Intensywnej terapii Dziecięcej
3. Oddział Nefrologii Dzieci
4. Oddział Patologii Noworodka
5. Oddział Pediatriczny
6. Oddział Pododdział Dializoterapii Dzieci

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach:



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



1. Oddział Neonatologiczny

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5 w Katowicach ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Okulistyki Dziecięcej

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka
2. Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej
3. Oddział Kardiologii Dziecięcej
4. Oddział Pediatrii Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej
5. Oddział Pediatrii i Neurologii Wieków Rozwojowego
6. Oddział Pediatriczny

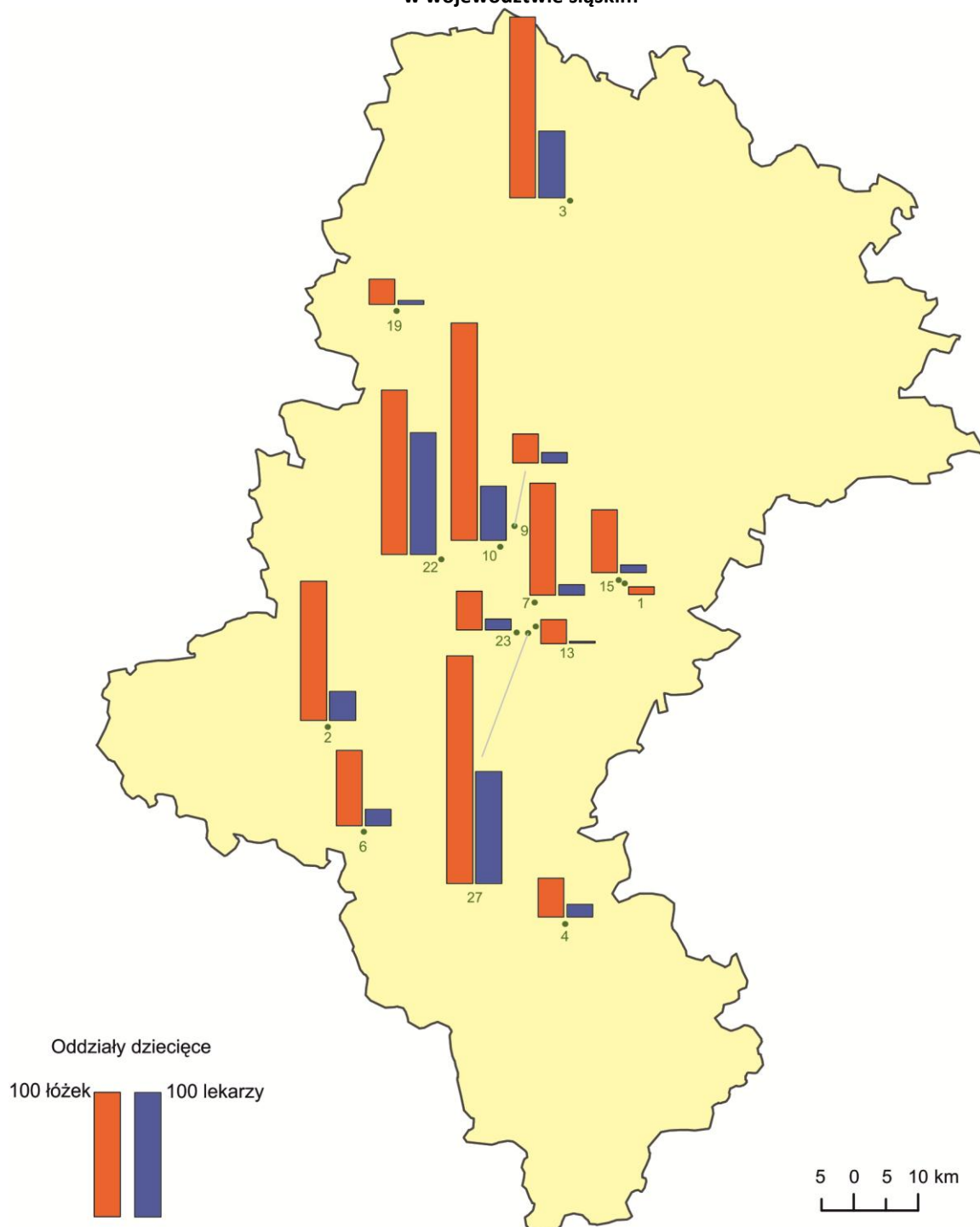
Przestrzenne rozmieszczenie poszczególnych specjalizacji przedstawione jest na poniższej mapie.⁷

⁷Mapy przedstawione w niniejszym podrozdziale stanowią opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z przeprowadzenia ankiety wielomodułowej badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ oraz w szpitalach klinicznych województwa śląskiego, na próbie odpowiednio N=21 oraz N=6 w okresie: lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Rysunek 3.1. Liczba łóżek i lekarzy w oddziałach dziecięcych w placówkach SPZOZ i szpitalach klinicznych w województwie śląskim



Legenda:

Lp.	Miasto	Szpital
1.	Sosnowiec	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
2.	Rybnik	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
3.	Częstochowa	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
4.	Bielsko-Biała	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
6.	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Lp.	Miasto	Szpital
7.	Katowice	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
9.	Piekary Śląskie	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
10.	Bytom	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
15.	Sosnowiec	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
19.	Lubliniec	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
22.	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach
23	Katowice	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof.. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
27	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach

Spośród szpitali objętych badaniem, na oddziałach o **specjalizacji neurologicznej i neurochirurgicznej** pracuje łącznie 218 lekarzy, w tym 118 mężczyzn i 100 kobiet. Najwięcej lekarzy tej specjalizacji zatrudnionych jest w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach – łącznie 38 osób. Najmniej, bo tylko 4, pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu. łącznie na wszystkich oddziałach o specjalizacji neurologicznej i neurochirurgicznej dostępnych jest 906 łóżek, w tym 801 łóżek zwykłych, 40 łóżek wzmożonego nadzoru i 65 łóżek intensywnej opieki. Najwięcej łóżek znajduje się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu (116), a najmniej – 14w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 6 ŚUM w Katowicach.

Oddziały o specjalizacji neurologicznej i neurochirurgicznej znajdują się w 15 szpitalach objętych badaniem. Są to:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu:

1. Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny
2. Oddział Neurologiczny
3. Oddział Udarowy

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku:

1. Oddział Neurologiczny

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie:

1. Oddział Neurochirurgiczny z pododdziałem Chirurgii szczękowo-twarzowej
2. Oddział Neurologiczny
3. Oddział Neurologiczny
4. Oddział Udarowy
5. Oddział Udarowy

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej:

1. Oddział Neurochirurgiczny
2. Oddział Neurologiczny
3. Oddział Udarowy

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu:

1. Oddział Neurochirurgiczny i neurotraumatologiczny
2. Oddział Neurologiczny z pododdziałem udarowym



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju:

1. Oddział Neurochirurgiczny
2. Oddział Neurologiczny

Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku:

1. Oddział Neurologiczny

Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich:

1. Oddział Urazów i schorzeń kręgosłupa i paraplegii urazowej

Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach:

1. Oddział Neurologiczny

Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej:

1. Oddział Neurologiczny z pododdziałem udarowym

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu:

1. Oddział Neurologiczny z pododdziałem udarowym

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Neurologiczny
2. Oddział Udarowy

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Neurochirurgiczny
2. Oddział Neurologiczny
3. Oddział Udarowy

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Neurochirurgiczny

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca:

1. Oddział Neurologiczny
2. Oddział Udarowy

Na oddziałach o **specjalizacji psychiatrycznej i psychoterapeutycznej** pracuje łącznie 167 lekarzy (zatrudnionych na umowę o pracę oraz na kontrakt), z czego 64 stanowią mężczyźni a 103 – kobiety. Najwięcej spośród nich zatrudnionych jest w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku – pracuje tam 55 lekarzy. Najmniej – 5w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu. Dla pacjentów dostępnych jest 1 838 łóżek, spośród których 1 782 to łóżka zwykłe, a 56 łóżka wzmożonego nadzoru. Najwięcej łóżek(882), znajduje się w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, natomiast najmniej w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu – 23 łóżka.

Oddziały o specjalizacji psychiatrycznej i psychoterapeutycznej znajdują się w 7 szpitalach objętych badaniem. Są to:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie:

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



1. Oddział Psychiatryczny
2. Oddział Psychiatryczny dzienny

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu:

1. Oddział Psychiatryczny

Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku:

1. Oddział Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu
2. Oddział Psychiatryczny dla chorych somatycznie
3. Oddział Psychiatryczny I
4. Oddział Psychiatryczny II
5. Oddział Psychiatryczny III
6. Oddział Psychiatryczny IV
7. Oddział Psychiatryczny V
8. Oddział Psychiatryczny dla chorych na gruźlicę i inne choroby zakaźne
9. Oddział Psychiatryczny dla chorych z zaburzeniami afektywnymi
10. Oddział Psychiatryczny ogólny z pododdziałem leczenia zaburzeń osobowości
11. Oddział Psychiatryczny sądowy o podstawowym zabezpieczeniu I
12. Oddział Psychiatryczny sądowy o podstawowym zabezpieczeniu II
13. Oddział Psychiatryczny sądowy o podstawowym zabezpieczeniu III
14. Oddział Psychiatryczny sądowy o podstawowym zabezpieczeniu IV
15. Oddział Psychiatryczny-odwykowy dla uzależnionych od alkoholu
16. Oddział Zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny

Szpital Specjalistyczny w Chorzowie:

1. Oddział Psychiatryczny
2. Oddział Psychiatryczny dzienny

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu:

1. Oddział Kliniczny Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowego

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu:

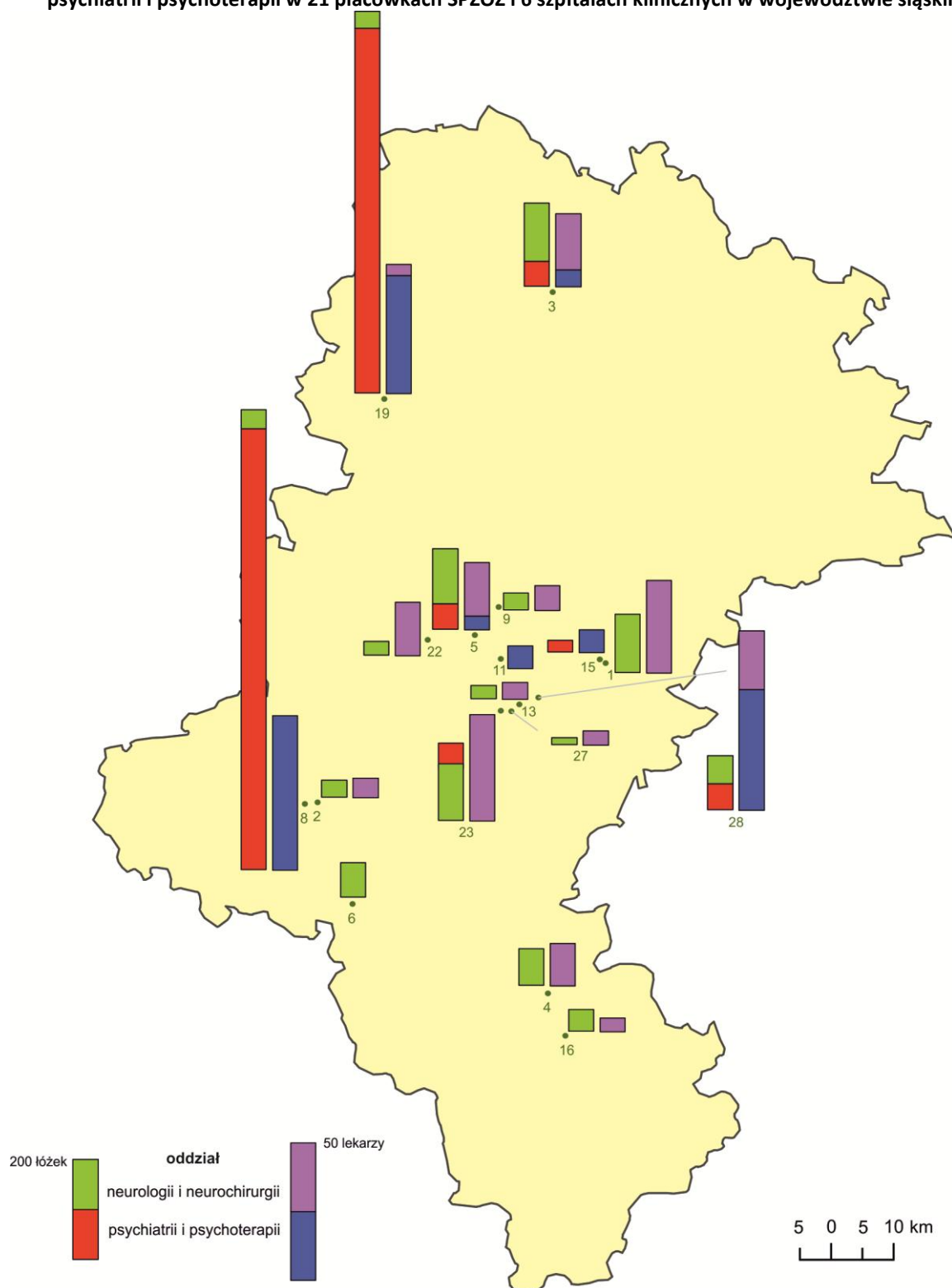
1. Oddział Leczenia Zaburzeń Afektywnych
2. Oddział Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu
3. Oddział Psychiatryczny
4. Oddział Psychiatryczny
5. Oddział Psychiatryczny
6. Oddział Psychiatryczny
7. Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjny
8. Oddział Psychiatryczny z pododdziałem Detoksykacyjnym
9. Oddział Psychiatryczny z pododdziałem Leczenia Zaburzeń Schizofrenicznych
10. Oddział Terapii uzależnienia od alkoholu z pododdziałem dla kobiet
11. Oddział Zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca:

1. Oddział Dzienny dla osób z zaburzeniami nerwicowymi
2. Oddział Psychiatrii i psychoterapii
3. Oddział Psychiatryczny rehabilitacyjny dzienny



Rysunek 3.2. Liczba łóżek i liczba lekarzy na oddziałach na specjalizacjach neurologii i neurochirurgii oraz psychiatrii i psychoterapii w 21 placówkach SPZOZ i 6 szpitalach klinicznych w województwie śląskim



Legenda:

Lp.	Miasto	Szpital
1	Sosnowiec	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
2	Rybnik	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Lp.	Miasto	Szpital
3	Częstochowa	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
4	Bielsko-Biała	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
5	Bytom	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
6	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
7	Katowice	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
8	Rybnik	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
9	Piekary Śląskie	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
10	Bytom	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
11	Chorzów	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
12	Zabrze	Szpital specjalistyczny w Zabrzu
13	Katowice	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
14	Siemianowice Śląskie	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
15	Sosnowiec	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
16	Wilkowice	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
17	Częstochowa	Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
18	Bystra	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
19	Lubliniec	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
20	Ustroń	Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
21	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju
22	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrzu ŚUM w Katowicach
23	Katowice	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
24	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrzu ŚUM w Katowicach
25	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
26	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5 w Katowicach ŚUM w Katowicach
27	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach
28	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca

Spośród szpitali objętych badaniem na oddziałach o specjalizacji **chorób wewnętrznych** pracuje łącznie 205 lekarzy, z czego 65 to mężczyźni, a 140 to kobiety. Największa grupa, tj. 32 lekarzy, jest zatrudniona w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej, a najmniejsza – 4 osoby- w Szpitalu Kolejowym w Wilkowicach-Bystrej. Razem na wszystkich oddziałach o opisywanej specjalizacji dostępnych jest 794 łóżka, z czego 748 to łóżka zwykłe, 13 to łóżka wzmożonego nadzoru, natomiast 34 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek (131), znajduje się w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej, a najmniej, czyli 15, w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrzu ŚUM w Katowicach.

Oddziały o specjalizacji chorób wewnętrznych znajdują się w 16 szpitalach objętych badaniem. Są to:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu:

1. Oddział Chorób Wewnętrznych

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku:

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



1. Oddział Wewnętrzny
2. Oddział Wewnętrzny

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie:

1. Oddział Chorób Wewnętrznych
2. Oddział Gastroenterologiczny i chorób wewnętrznych

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej:

1. Oddział Gastroenterologiczny i chorób wewnętrznych
2. Oddział Nefrologiczny i chorób wewnętrznych
3. Oddział Wewnętrzny
4. Oddział Wewnętrzny

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju:

1. Oddział Gastrologiczno-wewnętrzny
2. Oddział Kardiologiczno-wewnętrzny
3. Oddział Nefrologiczno-wewnętrzny

Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach:

1. Oddział Onkologiczny z pododdziałem chorób wewnętrznych
2. Oddział Radioterapii z pododdziałem chorób wewnętrznych i pododdziałem gastroenterologii

Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu:

1. Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej

Szpital specjalistyczny w Zabrze:

1. Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii

Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach:

1. Oddział Chorób Wewnętrznych

Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej:

1. Oddział Wewnętrzny

Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie:

1. Oddział Wewnętrzny z Ośrodkiem Intensywnej Opieki Kardiologicznej i Ośrodkiem Stacjonarnej Rehabilitacji Kardiologicznej

Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej:

1. Oddział Chorób Wewnętrznych

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Chorób Wewnętrznych i diabetologii

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Chorób wewnętrznych i farmakologii klinicznej
2. Oddział Chorób wewnętrznych, autoimmunologicznych i metabolicznych

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach:

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



1. Oddział Chorób wewnętrznych i chemioterapii onkologicznej

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca:

1. Oddział Chorób wewnętrznych i metabolicznych

Spośród szpitali objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji kardiologicznej i kardiochirurgicznej** pracuje łącznie 265 lekarzy, z czego 163 to mężczyźni, a 101 to kobiety. Najwięcej lekarzy – 177 zatrudnionych jest w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach – w Górnośląskim Centrum im. Prof. Leszka Gieca, a najmniej – tylko 3 lekarzy – w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu. Razem na wszystkich oddziałach o tej specjalizacji dostępnych jest 736 łóżek, z czego 616 to łóżka zwykłe, 44 to łóżka wzmożonego nadzoru, a 76 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek znajduje się w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach – w Górnośląskim Centrum im. Prof. Leszka Gieca – 387 łóżek, a najmniej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 6 ŚUM w Katowicach – 8 łóżek.

Oddziały o specjalizacji kardiologicznej i kardiochirurgicznej znajdują się w 11 szpitalach objętych badaniem. Są to:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

1. Oddział Kardiologii Ogólnej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

1. Oddział Kardiologii Ogólnej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

1. Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
2. Oddział Kardiologii Ogólnej

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

1. Oddział Kardiologiczny ze stanowiskami intensywnej opieki kardiologicznej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

1. Oddział Kardiologiczny ze stanowiskami intensywnej opieki kardiologicznej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

1. Oddział Kardiologiczno-wewnętrzny

Szpital specjalistyczny w Zabrze

1. Kliniczny Oddział Kardiologii

Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

1. Oddział Kardiologii Ogólnej

Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

1. Oddział Wewnętrzny z Ośrodkiem Intensywnej Opieki Kardiologicznej i Ośrodkiem Stacjonarnej Rehabilitacji Kardiologicznej

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach

1. Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca

1. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii kardiologicznej
2. Oddział Elektrokardiologii
3. Oddział Kardiologii Ogólnej
4. Oddział Kardiologii Ogólnej
5. Oddział Kardiologii Ogólnej
6. Oddział Strukturalnych chorób serca
7. Oddział Kardiochirurgii
8. Oddział Kardiochirurgii

Spośród szpitali objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji intensywnej terapii** pracuje łącznie 253 lekarzy, z czego 111 to mężczyźni, a 142 kobiety. Najwięcej lekarzy(44) jest w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, a najmniej, czyli 2 osoby, w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu. Razem na wszystkich oddziałach o tej specjalizacji dostępnych jest 220 łóżek, z czego 106 to łóżka zwykłe, 13 to łóżka wzmożonego nadzoru, a 101 - łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek (32), znajdują się w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskim Centrum im. Prof. Leszka Gieca, a najmniej, czyli 6, w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach.

Oddziały o specjalizacji intensywnej terapii znajdują się w 14 szpitalach objętych badaniem. Są to:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu:

1. Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku:

1. Oddział Intensywnej terapii

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie:

1. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii
2. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej:

1. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu:

1. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju:

1. Oddział Intensywnej opieki medycznej

Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich:

1. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii

Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich:

1. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu:



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



1. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii

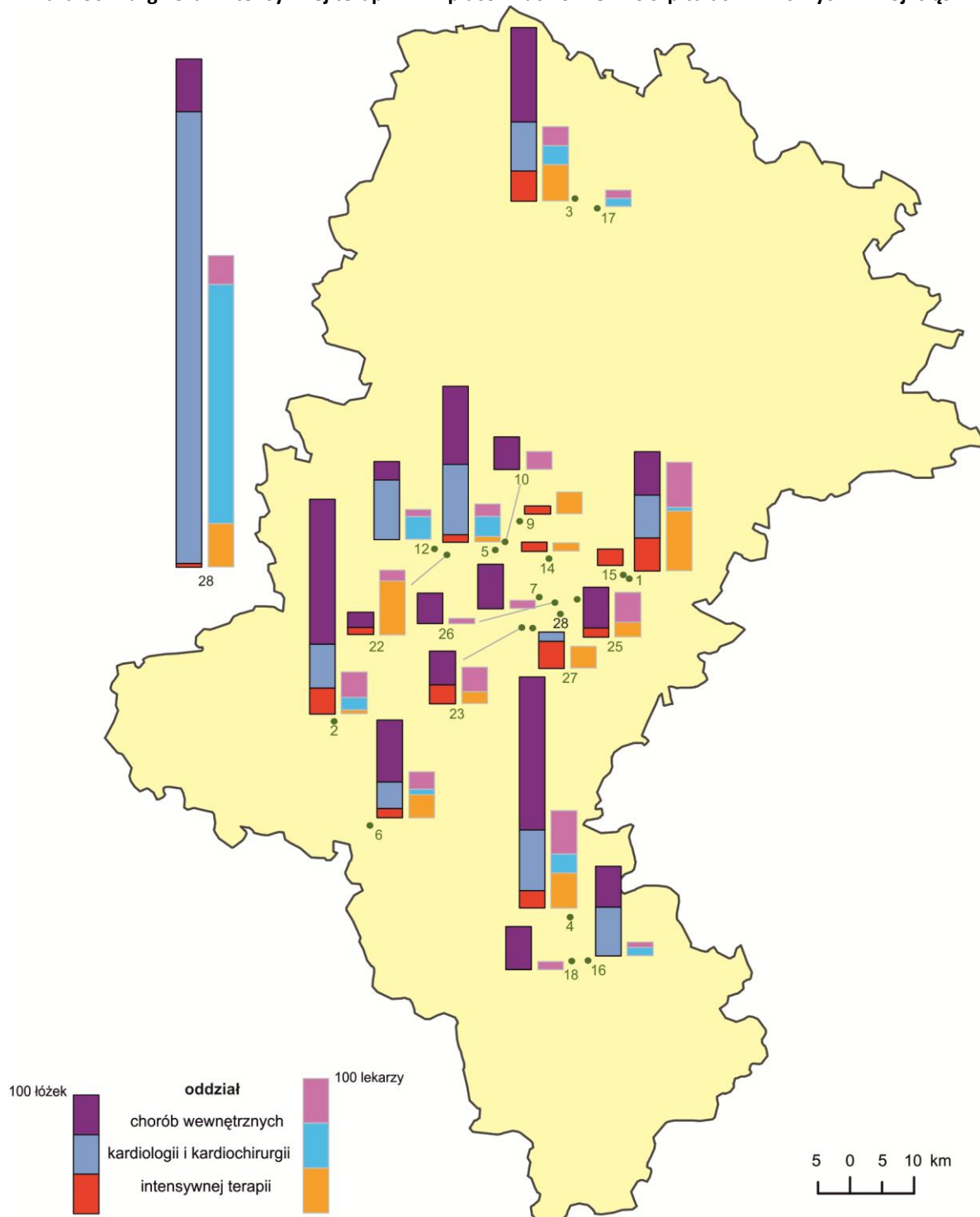
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca:

1. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii kardiologicznej
2. Oddział Anestezjologii i intensywnej terapii

Rysunek 3.3. Liczba łóżek i liczba lekarzy na oddziałach na specjalizacjach chorób wewnętrznych, kardiologii i kardiochirurgii oraz intensywnej terapii w 21 placówkach SPZOZ i 6 szpitalach klinicznych w woj. śląskim



Legenda:

Lp.	Miasto	Szpital
1	Sosnowiec	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
2	Rybnik	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
3	Częstochowa	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
4	Bielsko-Biała	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Lp.	Miasto	Szpital
5	Bytom	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
6	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
7	Katowice	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
8	Rybnik	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
9	Piekary Śląskie	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
10	Bytom	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
11	Chorzów	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
12	Zabrze	Szpital specjalistyczny w Zabrzu
13	Katowice	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
14	Siemianowice Śląskie	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
15	Sosnowiec	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
16	Wilkowice	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
17	Częstochowa	Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
18	Bystra	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
19	Lubliniec	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
20	Ustroń	Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
21	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju
22	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrzu ŚUM w Katowicach
23	Katowice	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
24	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrzu ŚUM w Katowicach
25	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
26	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5 w Katowicach ŚUM w Katowicach
27	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach
28	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca

W szpitalach objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji chirurgicznej** pracuje łącznie 83 lekarzy, z czego 62 to mężczyźni, a 21 to kobiety. Najwięcej lekarzy (20) jest w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach. Najmniej, po 4 lekarzy, jest w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich oraz w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie. Razem na wszystkich oddziałach o danej specjalizacji dostępnych jest 261 łóżek, z czego 247 to łóżka zwykłe, 7 to łóżka wzmożonego nadzoru, a 7 to łóżka intensywnej opieki. Najmniej łóżek znajduje się w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich – 10, a najwięcej – 64, w Specjalistycznym Zespole Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej.

Oddziały o innej specjalizacji chirurgicznej znajdują się w 8 szpitalach objętych badaniem. Są to:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu:

1. Oddział Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej
2. Oddział Chirurgii Szczękowej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie:



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



1. Oddział Neurochirurgiczny z pododdziałem Chirurgii szczękowo-twarzowej

Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich:

1. Oddział Chirurgii rekonstrukcyjnej kończyny górnej

Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich:

1. Oddział Chirurgii Plastycznej

Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej:

1. Oddział Chirurgii Klatki piersiowej

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Torakochirurgiczny

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Chirurgii przewodu pokarmowego

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Chirurgii szczękowo-twarzowej

Spośród szpitali objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji chirurgii naczyniowej** pracuje łącznie 41 lekarzy, z czego 35 to mężczyźni, a 5 to kobiety. Najwięcej, bo aż 10 spośród nich, pracuje w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej, a najmniej, 2 lekarzy, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu. Razem na wszystkich oddziałach o tej specjalizacji dostępnych jest 149 łóżek, z czego 138 to łóżka zwykłe, 5 - łóżka wzmożonego nadzoru a 7 to łóżka intensywnej opieki. Najmniej łóżek (20), znajduje się w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach, a najwięcej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu – znajduje się tam 31 łóżek.

Oddziały o specjalizacji chirurgii naczyniowej znajdują się w 6 szpitalach objętych badaniem. Są to:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu:

1. Oddział Chirurgii Naczyń

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie:

1. Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyń z pododdziałem Urazów Wielonarządowych

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej:

1. Oddział Chirurgii ogólnej i naczyniowej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu:

1. Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyń i Chirurgii Ogólnej

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Chirurgii ogólnej naczyniowej i transplantacyjnej

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gięca:

1. Oddział Chirurgii ogólnej, naczyń i angiologii

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Spośród szpitali objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji chirurgii urazowej oraz ortopedycznej** pracuje łącznie 140 lekarzy, z czego 134 to mężczyźni, a 6 to kobiety. Najwięcej lekarzy zatrudnionych jest w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich – pracuje tam 28 lekarzy, natomiast najmniej, bo tylko 3 osoby, w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 6 ŚUM w Katowicach. Łącznie na wszystkich oddziałach o tej specjalizacji dostępne są 572 łóżka, z czego 553 to łóżka zwykłe, 2 to łóżka wzmożonego nadzoru, a 17 to łóżka intensywnej opieki. Najmniejszą liczbą łóżek (13) dysponuje Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach.

Oddziały o specjalizacji chirurgii urazowej i ortopedycznej znajdują się w 10 szpitalach objętych badaniem. Są to:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu:

1. Kliniczny Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku:

1. Oddział Chirurgii Urazowej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie:

1. Oddział Ortopedyczny i chirurgii urazowej

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej:

1. Oddział Chirurgii urazowo – ortopedycznej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu:

1. Oddział Ortopedyczno-urazowy

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju:

1. Chirurgii urazowo – ortopedycznej

Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach:

1. Oddział Chirurgii urazowo – ortopedycznej

Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich:

1. Oddział Ortopedyczno-urazowy
2. Oddział Ortopedyczno-urazowy
3. Oddział Ortopedyczno-urazowy z pododdziałem artroskopii chirurgii kolana

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Chirurgii urazowo – ortopedycznej

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca:

1. Oddział Ortopedii i traumatologii narządów ruchu

W szpitalach objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji chirurgii ogólnej** pracuje łącznie 161 lekarzy, z czego 135 to mężczyźni, a 24 to kobiety. Najwięcej lekarzy (21), pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, a najmniej, bo tylko 3 osoby, są zatrudnione w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu. Razem na wszystkich oddziałach o tej



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



specjalizacji dostępnych jest 588 łóżek, z czego 553 to łóżka zwykłe, 14 to łóżka wzmożonego nadzoru a 22 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek znajduje się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu – 81, a najmniej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach – 5 łóżek.

Oddziały o specjalizacji chirurgii ogólnej znajdują się w 15 szpitalach objętych badaniem. Są to:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu:

1. Oddział Chirurgii Ogólnej
2. Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku:

1. Oddział Chirurgii Ogólnej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie:

1. Chirurgii Ogólnej i Naczyń z pododdziałem Urazów Wielonarządowych
2. Chirurgii Ogólnej

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej:

1. Oddział Chirurgii ogólnej i naczyniowej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu:

1. Oddział Chirurgii Ogólnej
2. Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyń i Chirurgii Ogólnej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju:

1. Oddział Chirurgii Ogólnej

Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu:

1. Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Endokrynologicznej

Szpital specjalistyczny w Zabrze:

1. Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej

Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach:

1. Oddział Chirurgii Ogólnej

Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich:

1. Oddział Chirurgii Ogólnej

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu:

1. Oddział Chirurgii Ogólnej

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Chirurgii Ogólnej

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach:

1. Oddział Chirurgii ogólnej naczyniowej i transplantacyjnej

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach:

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



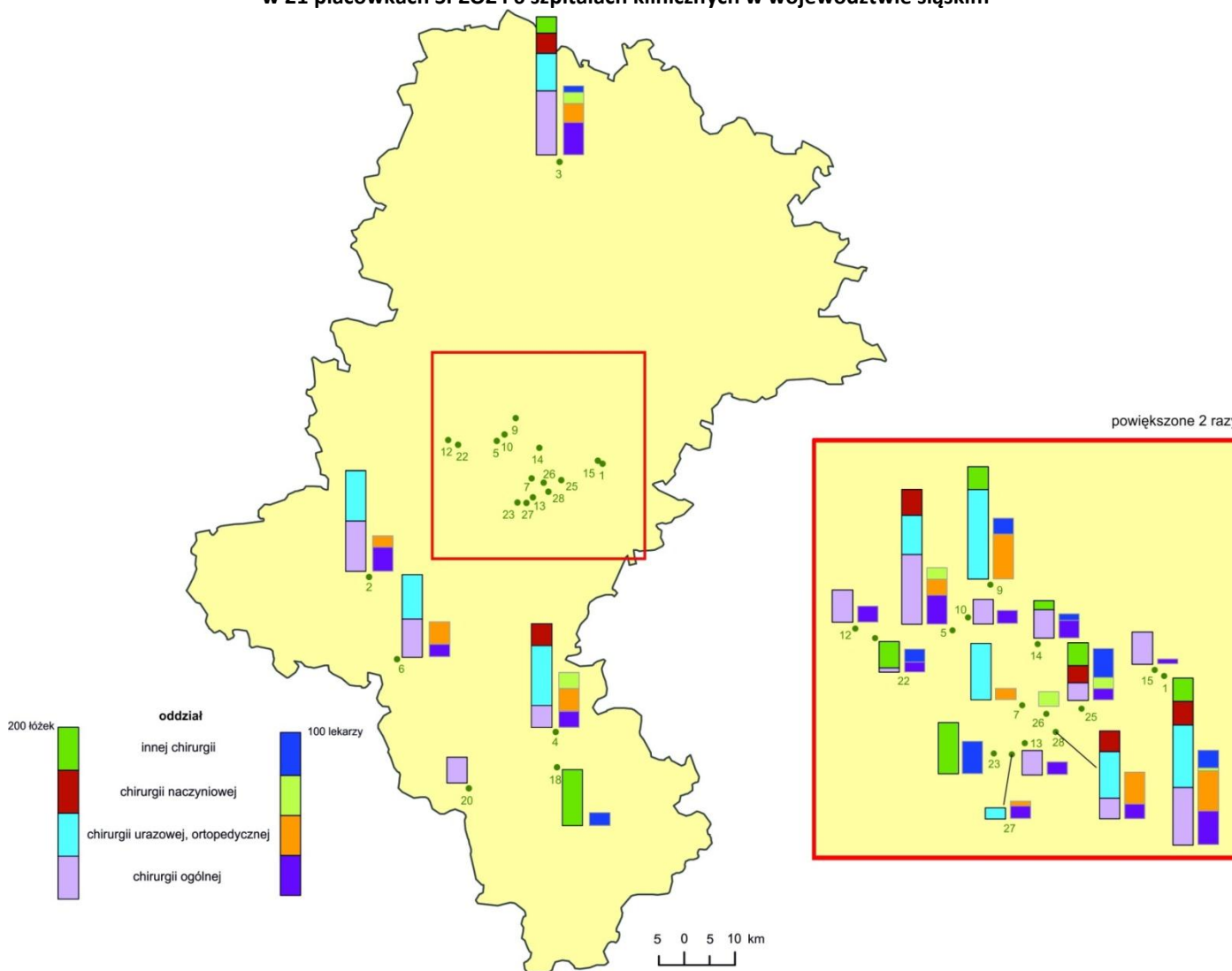
1. Oddział Chirurgii i Urologii

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca:

1. Oddział Chirurgii ogólnej, naczyń i angiologii



Rysunek 3.4. Liczba łóżek i liczba lekarzy na oddziałach o specjalizacjach: chirurgii, chirurgii naczyniowej, chirurgii urazowej, ortopedycznej oraz chirurgii ogólnej w 21 placówkach SPZOZ i 6 szpitalach klinicznych w województwie śląskim



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Legenda:

Lp.	Miasto	Szpital
1	Sosnowiec	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
2	Rybnik	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
3	Częstochowa	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
4	Bielsko-Biała	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
5	Bytom	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
6	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
7	Katowice	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
8	Rybnik	Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
9	Piekary Śląskie	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
10	Bytom	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
11	Chorzów	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
12	Zabrze	Szpital specjalistyczny w Zabrzu
13	Katowice	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
14	Siemianowice Śląskie	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
15	Sosnowiec	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
16	Wilkowice	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
17	Częstochowa	Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
18	Bystra	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
19	Lubliniec	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
20	Ustroń	Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
21	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju
22	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrzu ŚUM w Katowicach
23	Katowice	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
24	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrzu ŚUM w Katowicach
25	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
26	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5 w Katowicach ŚUM w Katowicach
27	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach
28	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca

W szpitalach objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji pulmonologicznej** pracuje łącznie 57 lekarzy, z czego 21 to mężczyźni, a 34 to kobiety. Najwięcej spośród nich (14) pracuje w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej. Łącznie na wszystkich oddziałach o tej specjalizacji dostępnych jest 721 łóżek, z czego 698 to łóżka zwykłe, 9 to łóżka wzmożonego nadzoru, a 14 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek znajduje się w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej (178).

W ramach **specjalizacji onkologicznej** pracuje łącznie 78 lekarzy, w tym 34 mężczyzn oraz 41 kobiet. Największa grupa (12) pracuje w Szpitalu im. St. Leszczyńskiego w Katowicach. Łącznie na wszystkich oddziałach onkologicznych dostępnych jest 429 łóżek, z czego 415 to łóżka zwykłe, 2 to łóżka wzmożonego nadzoru, zaś 13 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek znajduje się w Szpitalu im. St. Leszczyńskiego w Katowicach (103).

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

W szpitalach objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji ginekologicznej oraz położniczej** pracuje łącznie 113 lekarzy, z czego 69 to mężczyźni, a 43 to kobiety. Najwięcej spośród nich (22), pracuje w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu. Łączna liczba łóżek to 599, z czego 580 to łóżka zwykłe, 9 to łóżka wzmożonego nadzoru, 10 zaś to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek z tej specjalizacji posiada Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie (187).

W regionie w ramach **specjalizacji laryngologicznej** zatrudnionych jest 56 lekarzy, z czego 31 to mężczyźni, a 35 to kobiety. Najwięcej spośród nich (po 14), zatrudniają Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej oraz Szpital Specjalistyczny w Zabrze. Łącznie na wszystkich oddziałach o tej specjalizacji dostępnych jest 323 łóżek, z czego 304 to łóżka zwykłe, 6 to łóżka wzmożonego nadzoru, zaś 13 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek znajduje w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze (50).

W badanych placówkach na oddziałach o **specjalizacji urologicznej** pracuje łącznie 35 lekarzy - są to wyłącznie mężczyźni. Najwięcej spośród nich (po 9), zatrudniają Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu. Łącznie na wszystkich oddziałach urologicznych znajduje się 236 łóżek, z czego 229 to łóżka zwykłe, 1 łóżko wzmożonego nadzoru, a 6 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek oferuje Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie (49).

Jeśli chodzi o **specjalizację reumatologiczną** to w badanych placówkach przyjmuje 23 lekarzy, z czego 10 to mężczyźni, a 13 to kobiety. Najwięcej spośród nich (13 osób), pracuje w Śląskim Szpitalu Reumatologiczno - Rehabilitacyjnym w Ustroniu. Razem na wszystkich oddziałach tej specjalizacji dostępnych jest 251 łóżek, z czego 245 to łóżka zwykłe a 6 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek oferuje Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu (156).

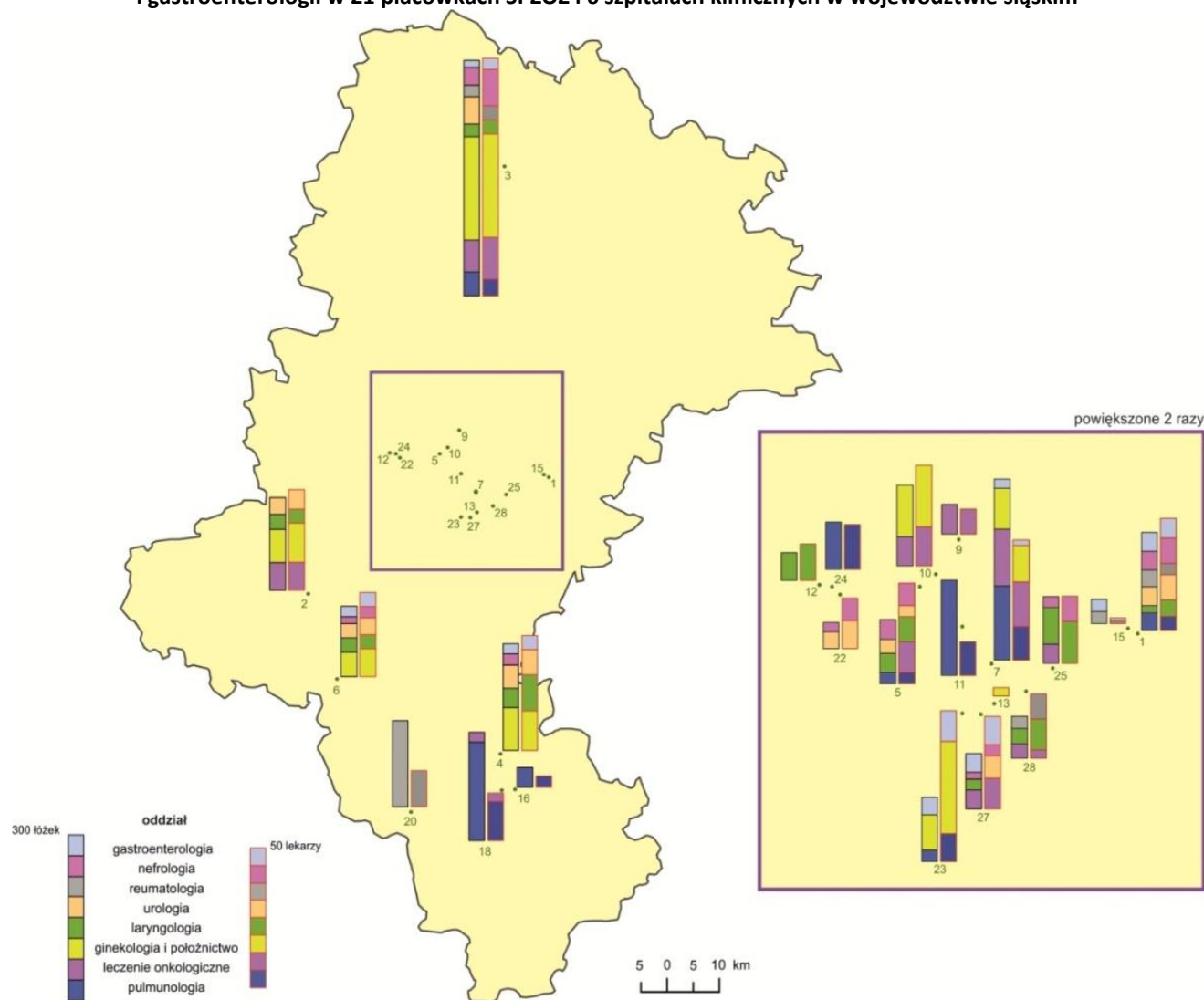
W szpitalach objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji nefrologicznej** pracuje łącznie 34 lekarzy, w tym 15 mężczyzn i 19 kobiet. Największa grupa, to jest 13 osób pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie. Razem na wszystkich oddziałach nefrologicznych dostępnych jest 183 łóżek, z czego 175 to łóżka zwykłe, 3 to łóżka wzmożonego nadzoru zaś 5 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej spośród nich znajduje się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu Katowicach (34).

W szpitalach objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji gastroenterologicznej** pracuje łącznie 24 lekarzy, z czego 11 to mężczyźni, a 13 to kobiety. Najwięcej spośród nich (7) pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu. Razem na wszystkich oddziałach o tej specjalizacji dostępnych jest 187 łóżek, z czego 176 to łóżka zwykłe, 2 to łóżka wzmożonego nadzoru, zaś 9 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek znajduje się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu i Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 5 w Katowicach ŚUM w Katowicach (po 34).

Przestrzenne rozmieszczenie poszczególnych specjalizacji prezentuje poniższa mapa.



Rysunek 3.5. Liczba łóżek i liczba lekarzy na oddziałach o specjalizacjach pulmonologii, onkologii, ginekologii i położnictwa, laryngologii, urologii, reumatologii, nefrologii i gastroenterologii w 21 placówkach SPZOZ i 6 szpitalach klinicznych w województwie śląskim



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Legenda:

Lp.	Miasto	Szpital
1	Sosnowiec	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
2	Rybnik	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
3	Częstochowa	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
4	Bielsko-Biała	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
5	Bytom	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
6	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
7	Katowice	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
8	Rybnik	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
9	Piekary Śląskie	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
10	Bytom	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
11	Chorzów	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
12	Zabrze	Szpital specjalistyczny w Zabrzu
13	Katowice	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
14	Siemianowice Śląskie	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
15	Sosnowiec	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
16	Wilkowice	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
17	Częstochowa	Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
18	Bystra	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
19	Lubliniec	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
20	Ustroń	Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
21	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju
22	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrzu ŚUM w Katowicach
23	Katowice	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
24	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrzu ŚUM w Katowicach
25	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
26	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5 w Katowicach ŚUM w Katowicach
27	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach
28	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

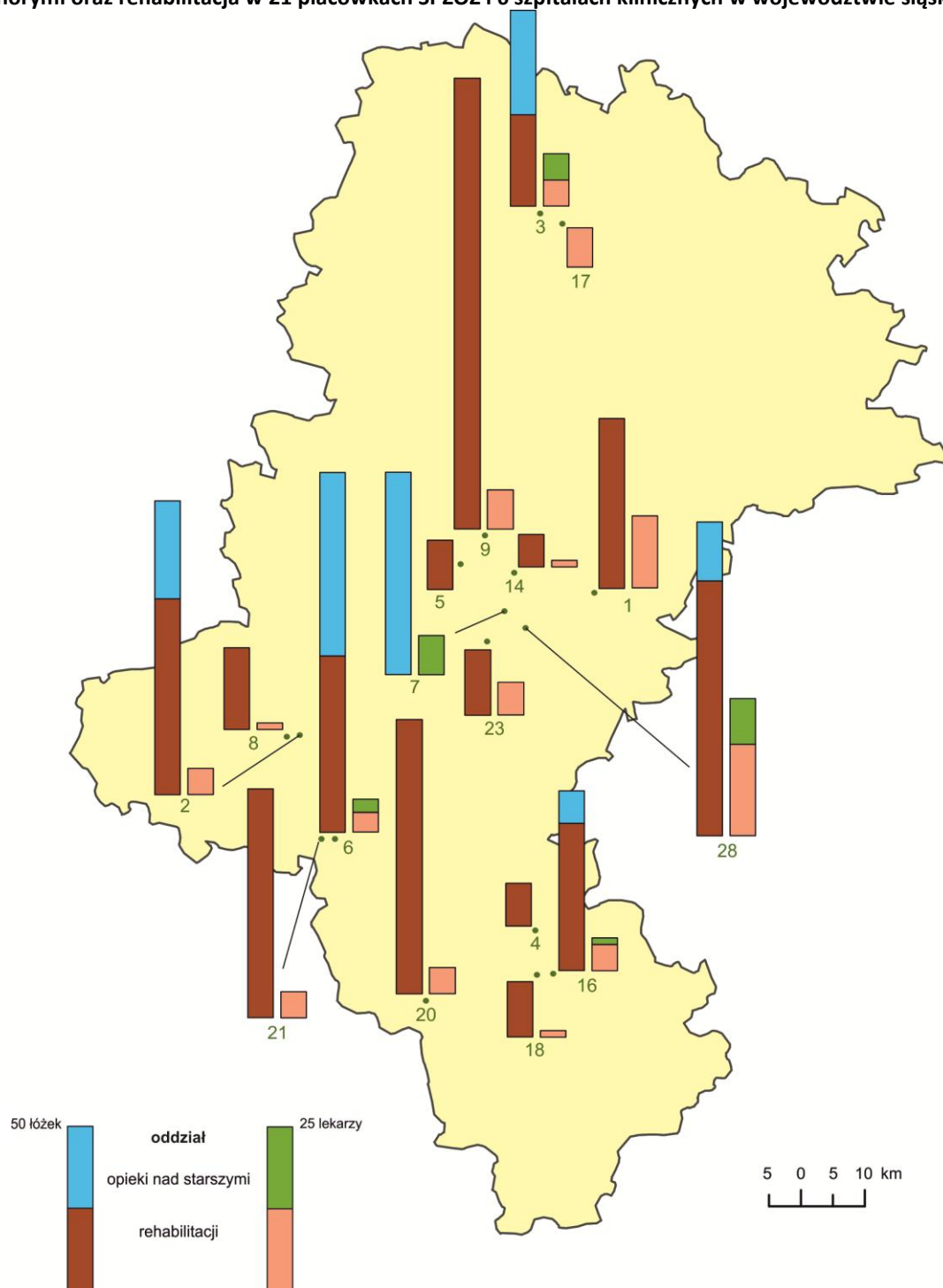


Zmiany demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństwa wymagają od szpitali dostosowania oferty usług medycznych do rosnącego odsetka osób w wieku poprodukcyjnym oraz ich specyficznych potrzeb.

W szpitalach objętych badaniem na oddziałach specjalizujących się **w opiece nad starszymi i przewlekle chorymi** pracuje łącznie 13 lekarzy, wśród których zdecydowania przeważają kobiety (11). Prawie połowa z nich (6 osób) pracuje w Szpitalu im. St. Leszczyńskiego w Katowicach. Razem na wszystkich oddziałach o tej specjalizacji dostępnych jest 208 łóżek, z czego 204 to łóżka zwykłe, a 4 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek w ramach jednej placówki znajduje się w Szpitalu im. St. Leszczyńskiego w Katowicach (62).

Jeśli chodzi o oddziały w ramach **specjalizacji rehabilitacyjnej** to w badanych placówkach zatrudniają one 49 lekarzy, w tym 34 kobiety. Największa grupa pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu (11). Wszystkie szpitale dysponują łącznie 709 łózkami dla pacjentów o tej specjalizacji, z czego 703 to łóżka zwykłe, zaś 6 to łóżka intensywnej terapii. Największa ilość łóżek jest w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (138).

Rysunek 3.6. Liczba łóżek i liczba lekarzy na oddziałach o specjalizacjach: opieka nad starszymi i przewlekle chorymi oraz rehabilitacja w 21 placówkach SPZOZ i 6 szpitalach klinicznych w województwie śląskim



Legenda:

Lp.	Miasto	Szpital
1	Sosnowiec	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
2	Rybnik	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
3	Częstochowa	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
4	Bielsko-Biała	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej



Lp.	Miasto	Szpital
5	Bytom	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
6	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
7	Katowice	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
8	Rybnik	Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
9	Piekary Śląskie	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
10	Bytom	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
11	Chorzów	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
12	Zabrze	Szpital specjalistyczny w Zabrzu
13	Katowice	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
14	Siemianowice Śląskie	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
15	Sosnowiec	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
16	Wilkowice	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
17	Częstochowa	Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
18	Bystra	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
19	Lubliniec	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
20	Ustroń	Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
21	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju
22	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrzu ŚUM w Katowicach
23	Katowice	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
24	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrzu ŚUM w Katowicach
25	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
26	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5 w Katowicach ŚUM w Katowicach
27	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach
28	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca

W szpitalach objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji okulistycznej** pracuje łącznie 69 lekarzy, wśród których znacząco przeważają kobiety (57). Najwięcej okulistów (14) pracuje w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej. Razem na wszystkich oddziałach o tej specjalizacji dostępnych jest 212 łóżek, z czego 206 to łóżka zwykłe, 2 to łóżka wzmoczonego nadzoru, a 4 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek tej specjalizacji znajduje się w Wojewódzkim Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu (43).

Jeśli chodzi o **specjalizację dermatologiczną**, w badanych placówkach medycznych województwa śląskiego pracuje 24 lekarzy, z czego tylko 3 mężczyzn i aż 21 kobiet. Najliczniejsza grupa dermatologów jest zatrudniona w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu (8 osób). Łączna liczba łóżek to 196, z czego wszystkie poza jednym to łóżka zwykłe (zaś to 1 łóżko jest łóżkiem intensywnej terapii). Największa liczba łóżek przypada na Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach (64).

W ramach **specjalizacji chorób metabolicznych i dietetyki** placówki województwa śląskiego zatrudniają 3 lekarzy (2 kobiety i mężczyznę). Wszyscy oni pracują w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku. Łącznie placówki dysponują 85 łóżkami, wśród których 83 to łóżka

zwykłe a 2 intensywnej opieki. Najwięcej spośród nich ma do dyspozycji Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca (23).

Na oddziałach **endokrynologicznych** zatrudnionych jest łącznie 11 lekarzy, w tym 8 mężczyzn. Największa grupa specjalistów w tej dziedzinie zatrudnia Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu. Jeśli chodzi o liczbę dostępnych łóżek, to wynosi ona 78 (76 zwykłych i 2 intensywnej opieki), z czego największa część znajduje się w Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu (28).

W placówkach objętych badaniem pracuje 8 lekarzy o specjalności **alergologicznej**, wśród których większość stanowią kobiety (6). Aż 5 alergologów zatrudnia Szpital specjalistyczny w Zabrze. Łączna liczba łóżek na oddziałach tej specjalizacji wynosi 34 (33 zwykłe oraz 1 intensywnej terapii), przy czym aż 18 z nich funkcjonuje w ramach Specjalistycznego Zespołu Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej.

Na oddziałach o **specjalizacji choroby zakaźne w tym HIV** pracuje 19 lekarzy (8 mężczyzn i 11 kobiet). Najliczniejsza grupa, 7 osób jest zatrudniona przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie. Jeśli chodzi o ilość łóżek to ramach tej specjalizacji, ich łączna liczba wynosi 85. W tym 81 to łóżka zwykłe, 3 wzmożonego nadzoru oraz 1 intensywnej opieki. Największa liczba łóżek w jednej placówce to 30 (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie).

W badanych placówkach pracuje 6 lekarzy specjalizujących się w dziedzinie **hepatologii**, w tej grupie są 4 kobiety. Wszyscy oni są pracownikami Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie. Łączna liczba łóżek dostępnych dla pacjentów w ramach tej specjalizacji to 60, w tym 56 to łóżka zwykłe, 3 wzmożonego nadzoru oraz 1 intensywnej opieki. Najwięcej z nich jest w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach (61).

W szpitalach objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji transplantologicznej** nie są zatrudnieni żadni lekarze. Dostępne jest natomiast 113 łóżek (86 zwykłych i 27 intensywnej opieki), wszystkie w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. A. Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach.

W szpitalach objętych badaniem na oddziałach o **specjalizacji angiologicznej** pracuje łącznie 13 lekarzy: 7 kobiet i 6 mężczyzn, wszyscy oni są zatrudnieni w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu. Razem na wszystkich oddziałach o tej specjalizacji dostępnych jest 69 łóżek, z czego 67 to łóżka zwykłe, 2 to łóżka intensywnej opieki. Najwięcej łóżek znajduje się właśnie w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu (45).

Jeśli chodzi o **dializy**, na oddziałach zatrudniono 3 lekarzy (w tym 2 kobiety), wszystkich w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie. Liczba łóżek przeznaczonych dla pacjentów dializowanych wynosi 36 (wszystkie zwykłe), większość z nich (28) znajduje się również w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.

W ramach **specjalizacji wenerologicznej** zatrudnione są 2 lekarki (obie w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu). Liczba łóżek dla pacjentów z chorobami wenerologicznymi to 6 (wszystkie łóżka zwykłe, w Szpitalu Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu).

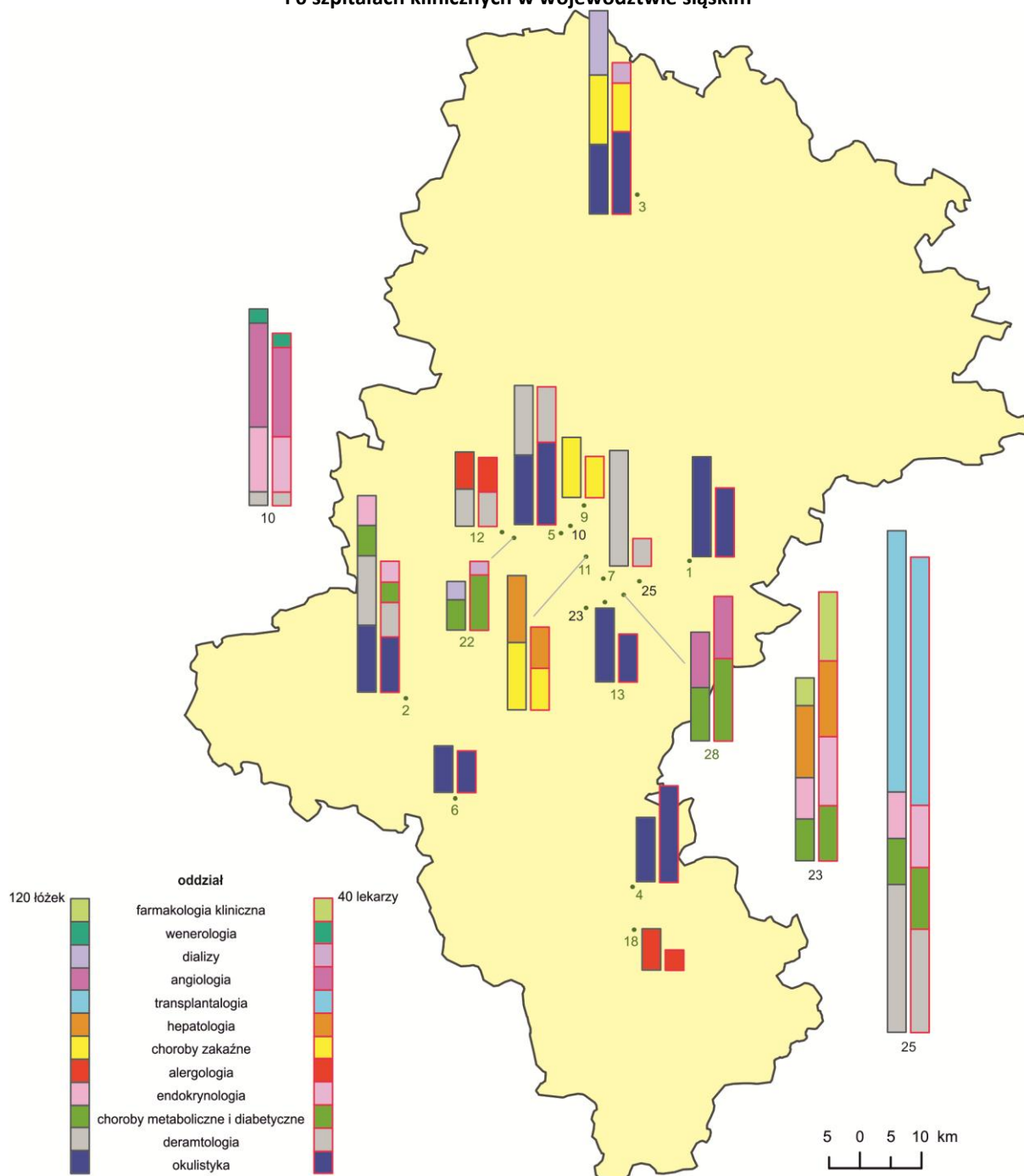
W regionie nie ma zatrudnionych pracowników w ramach **specjalizacji farmakologia kliniczna**. Placówki posiadają natomiast 12 łóżek zwykłych przeznaczonych dla pacjentów tej specjalizacji. Wszystkie one są w Samodzielnym Publicznym Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach.

Przestrzenne rozmieszczenie poszczególnych specjalizacji jest przedstawione na poniższej mapie.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Rysunek 3.7. Liczba łóżek i liczba lekarzy na oddziałach na specjalizacjach dermatologicznej, okulistycznej, chorób metabolicznych i dietetyki, endokrynologicznej, alergologicznej, chorób zakaźnych, hepatologicznej, transplantologii, angiologicznej, dializ, wenerologicznej oraz farmakologii klinicznej w 21 placówkach SPZOZ i 6 szpitalach klinicznych w województwie śląskim



Legenda:

Lp.	Miasto	Szpital
1	Sosnowiec	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
2	Rybnik	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
3	Częstochowa	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
4	Bielsko-Biała	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej



Lp.	Miasto	Szpital
5	Bytom	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
6	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
7	Katowice	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
8	Rybnik	Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
9	Piekary Śląskie	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
10	Bytom	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
11	Chorzów	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
12	Zabrze	Szpital specjalistyczny w Zabrzu
13	Katowice	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
14	Siemianowice Śląskie	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
15	Sosnowiec	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
16	Wilkowice	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
17	Częstochowa	Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
18	Bystra	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
19	Lubliniec	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
20	Ustroń	Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
21	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju
22	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrzu ŚUM w Katowicach
23	Katowice	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
24	Zabrze	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrzu ŚUM w Katowicach
25	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach
26	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5 w Katowicach ŚUM w Katowicach
27	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach
28	Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca

W 6 przebadanych szpitalach klinicznych województwa śląskiego istnieje 88 oddziałów podzielonych pomiędzy 30 specjalizacje. Najliczniej występującymi są oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii – znajdują się w 5 z 6 badanych placówek. W więcej niż jednym szpitalu występują również oddziały Kardiologii Ogólnej, Laryngologii, Neurologii, Udarowe (w 3 placówkach); oddziały Kardiochirurgii, Nefrologii, Neurochirurgii, Pediatrii, Pulmonologii (w 2 placówkach). Pozostałe oddziały w szpitalach klinicznych są zróżnicowane. Ich pełne zestawienie zostało zaprezentowane w Załączniku nr 9 do raportu, razem z zestawieniem dla placówek SPZOZ.

Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

Wnioski
<ol style="list-style-type: none"> 1. W ramach 21 placówek SPZOZ w województwie śląskim funkcjonuje łącznie 249 oddziałów szpitalnych. 2. Placówki te znacznie różnią się od siebie pod względem szerokości zakresu świadczonych usług. W największym z nich - Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Marii Panny w Częstochowie jest 39 oddziałów, a w najmniejszym - Szpitalu Chorób Wewnętrznych w Częstochowie tylko 1 oddział, podzielony na 3 specjalizacje.



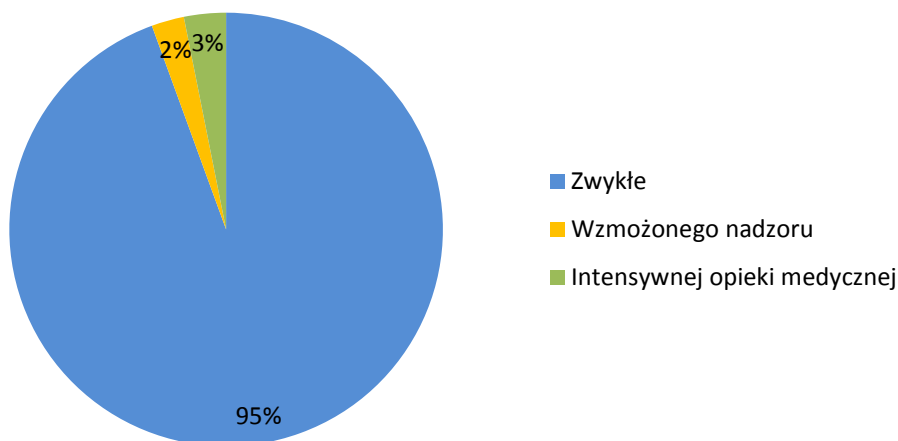
3. 249 wszystkich oddziałów szpitalnych podzielonych jest pomiędzy 32 specjalizacje.
4. Specjalizacje, w ramach których działa największa liczba oddziałów to: psychiatria ogólna, chirurgia ogólna, neurologia, anestezjologia i intensywne terapie, okulistyka, rehabilitacja, reumatologia oraz ginekologia położnicza.
5. W 6 szpitalach klinicznych na terenie województwa śląskiego działa 88 oddziałów podzielonych pomiędzy 30 specjalizacje.
6. W ramach tej samej specjalizacji funkcjonuje więcej niż jeden oddział w przypadku anestezjologii i intensywnej terapii, kardiologii ogólnej, laryngologii, neurologii, specjalizacji udarowej kardiochirurgii, nefrologii, neurochirurgii, pediatrii oraz pulmonologii.

3.2. Liczba i wykorzystanie łóżek w badanej grupie szpitali województwa śląskiego

W przebadanych 21 placówkach SPZOZ znajduje się ogółem 9 345 łóżek, z czego 95% stanowią łóżka zwykłe, 3% łóżka intensywnej opieki medycznej, a 2% to łóżka wzmożonego nadzoru – podział ten jest zaprezentowany na wykresie 3.1. Najwięcej łóżek znajduje się na specjalizacjach: psychiatria i psychoterapia (1 786), oddziały dziecięce (726) oraz neurologia i neurochirurgia (694) (pozostałe dane znajdują się w tabeli 3.1). Specjalizacje te posiadają również największą część łóżek wzmożonego nadzoru. Największa liczba łóżek intensywnej opieki medycznej znajduje się na specjalizacjach: intensywnej terapii (57), kardiologii i kardiochirurgii (38) oraz neurologii i neurochirurgii (37). Pełne zestawienie rozkładu łóżek w poszczególnych placówkach z podziałem na poszczególne specjalizacje znajduje się w Załączniku nr 10 do raportu.



Wykres 3.1. Rodzaje łóżek w placówkach SPZOZ – w %



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Tabela 3.1. Liczba łóżek w podziale na specjalizacje

Specjalizacje	Liczba łóżek zwykłych	Liczba łóżek wzmoczonego nadzoru	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Ogółem
Oddziały dziecięce	691	17	18	726
Psychiatria i psychoterapia	1730	56	0	1786
Neurologia i neurochirurgia	617	40	37	694
Chorób wewnętrznych	628	13	33	674
Kardiologia i kardiocirurgia	291	12	38	341
Intensywna terapia	65	13	57	135
Chirurgia ogólna	509	14	17	539
Chirurgia urazowa, ortopedyczna, traumatologia	496	2	8	506
Inna chirurgia	135	7	4	146
Chirurgia naczyniowa	97	5	4	105
Pulmonologia	594	9	12	615
Leczenie onkologiczne	325	2	8	335
Ginekologia i położnictwo	520	9	6	535
Laryngologia	197	6	6	209
Urologia	201	1	4	206
Reumatologia	223	0	6	229
Nefrologia	128	5	1	134
Gastroenterologia	111	2	9	122
Opieka nad starszymi i przewlekle chorymi	186	0	4	190
Rehabilitacja	605	0	6	611
Okulistyka	206	2	4	212
Dermatologia	131	0	1	132
Choroby metaboliczne i diabetyczne	13	0	0	13
Endokrynologia	40	0	0	40



Specjalizacje	Liczba łóżek zwykłych	Liczba łóżek wzmożonego nadzoru	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Ogółem
Alergologia	33	0	1	34
Choroby zakaźne, w tym HIV	81	3	1	85
Hepatologia	25	3	1	29
Transplantologia	0	0	0	0
Angiologia	45	0	0	45
Dializy	28	0	0	28
Wenerologia	6	0	0	6
Farmakologia kliniczna	0	0	0	0

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Poniższa tabela przedstawia rozkład poszczególnych rodzajów łóżek w 21 przebadanych placówkach SPZOZ. Największy z przebadanych szpitali – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie dysponuje ponad 1 100 łóżkami. W kolejnym pod względem wielkości - Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku znajduje się 945 łóżek. Najmniejsze szpitale - Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju i Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie mają odpowiednio 61, 70 i 75 łóżek.

Tabela 3.2. Zasoby łóżek statutowych w placówkach SPZOZ

Placówka SPZOZ	Liczba łóżek zwykłych	Liczba łóżek wzmożonego nadzoru	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Ogółem
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	646	14	52	712
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	775	0	31	806
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	1081	72	26	1179
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	597	0	38	635
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	585	31	15	631
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	545	33	24	602
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	500	0	20	520
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	898	45	2	945
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	377	0	7	384
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	482	0	0	482
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	170	21	3	194
Szpital specjalistyczny w Zabrze	172	0	14	186
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	146	0	7	153
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	54	0	7	61
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	163	0	16	179

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Placówka SPZOZ	Liczba łóżek zwykłych	Liczba łóżek wzmożonej o nadzoru	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Ogółem
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	198	5	7	210
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	70	0	5	75
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	258	8	2	268
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	779	0	4	783
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	264	0	6	270
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	70	0	0	70
Razem	8830	229	286	9345

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Jedno z pytań ankiety wielomodułowej, dotyczyło kwestii wykorzystania łóżek szpitalnych. W poniższej tabeli sporządzono zestawienie procentowe wykorzystania łóżek szpitalnych w poszczególnych placówkach SPZOZ. Są to uśrednione odsetki wykorzystania łóżek na wszystkich oddziałach w danej placówce. Wyróżnia się tu Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, gdzie średni odsetek wykorzystania łóżek dla szpitala jest wyższy niż 100%. Może to być spowodowane tym, że z jednego łóżka dziennie na danym oddziale korzysta więcej niż jedna osoba, przychodząc na krótki zabieg. Najniższy odsetek wykorzystania łóżek szpitalnych odnotowano w największym szpitalu im. NMP w Częstochowie, należy jednak mieć na uwadze fakt, że jest to średnia dla wszystkich oddziałów.

Tabela 3.3. Odsetek wykorzystania łóżek szpitalnych w badanych 21 SPZOZ w 2011 roku

Placówka SPZOZ	% wykorzystania łóżek szpitalnych
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	75
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	61
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	45
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	71
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	62
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	69
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	83
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	89
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	72
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	52
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	51
Szpital specjalistyczny w Zabrze	55
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	46
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	111
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	59
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	80
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	92

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Placówka SPZOZ	% wykorzystania łóżek szpitalnych
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	69
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	88
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	66
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	71

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

W poniższej tabeli zaprezentowano wzrost lub spadek wykorzystania łóżek na oddziałach placówek SPZOZ. Można zauważyć, że w porównaniu z rokiem poprzednim następuje zmiana w zakresie wykorzystania łóżek na różnych oddziałach. Zmiany występują zarówno w odniesieniu do wzrostu, jak i spadku wykorzystania łóżek. Najwięcej spadków, jak i wzrostów można odnotować w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie. Natomiast w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju zanotowano najwięcej oddziałów gdzie nie doszło do zmian w zakresie wykorzystania łóżek.

Tabela 3.4. Liczba oddziałów, w których odnotowano wzrost, spadek lub nie odnotowano zmian wykorzystania łóżek w stosunku do roku poprzedniego w placówkach SPZOZ (2010)

Placówka SPZOZ	Wzrost lub spadek wykorzystania łóżek w stosunku do roku poprzedniego n-1 w oddziałach	
	Liczba oddziałów, na których odnotowano wzrost liczby łóżek	Liczba oddziałów, na których odnotowano spadek liczby łóżek
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	11	11
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	9	11
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	17	16
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	12	4
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	4	12
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	7	6
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	3	7
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	13	5
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	3	9
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	6	5
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	1	2
Szpital specjalistyczny w Zabrze	3	1
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	3	2
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	3	1
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	2	4
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	1	5
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	1	0
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	2	5
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	5	7

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

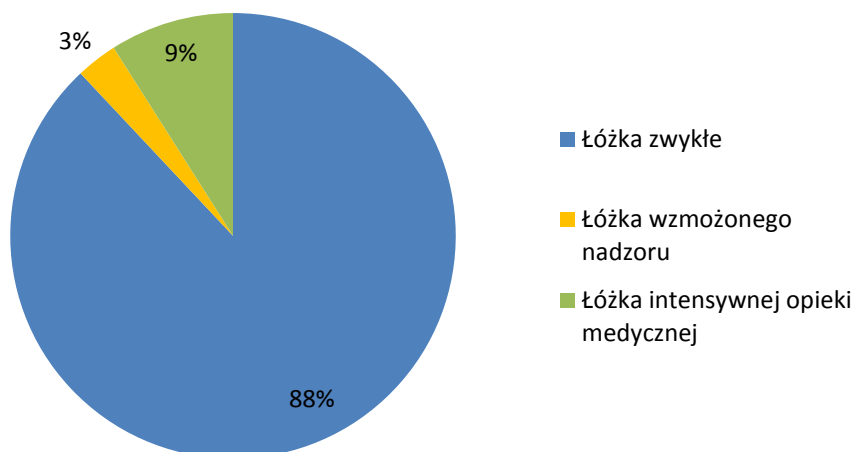


Placówka SPZOZ	Wzrost lub spadek wykorzystania łóżek w stosunku do roku poprzedniego n-1 w oddziałach	
	Liczba oddziałów, na których odnotowano wzrost liczby łóżek	Liczba oddziałów, na których odnotowano spadek liczby łóżek
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	0	7
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	0	0

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

W przebadanych placówkach klinicznych zadeklarowano istnienie łącznie 2703 łóżek szpitalnych, z czego 88% stanowiły łóżka zwykłe, 9% łóżka intensywnej opieki medycznej, a 3% łóżka wzmożonego nadzoru.

Wykres 3.2. Rodzaje łóżek w szpitalach klinicznych – w %



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Największa liczba łóżek znajduje się na specjalizacjach kardiologia i kardiochirurgia (395) oraz na oddziałach dziecięcych (343) – dane pochodzą z poniższej tabeli. Na tych specjalizacjach znajduje się też najwięcej łóżek wzmożonego nadzoru oraz intensywnej opieki medycznej.

Tabela 3.5. Liczba łóżek w podziale na specjalizacje

Specjalizacje	Liczba łóżek zwykłych	Liczba łóżek wzmożonego nadzoru	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Ogółem
Oddziały dziecięce	264	30	49	343
Psychiatria i psychoterapia	52	0	0	52
Neurologia i neurochirurgia	184	0	28	212
Chorób wewnętrznych	120	0	1	121
Kardiologia i kardiochirurgia	325	32	38	395



Specjalizacje	Liczba łóżek zwykłych	Liczba łóżek wzmożonego nadzoru	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Ogółem
Intensywna terapia	41	0	44	85
Chirurgia ogólna	44	0	5	49
Chirurgia urazowa, ortopedyczna, traumatologia	57	0	9	66
Inna chirurgia	112	0	3	115
Chirurgia naczyniowa	41	0	3	44
Pulmonologia	104	0	2	106
Leczenie onkologiczne	90	0	5	95
Ginekologia i położnictwo	60	0	4	64
Laryngologia	107	0	7	114
Urologia	28	0	2	30
Reumatologia	22	0	0	22
Nefrologia	47	0	2	49
Gastroenterologia	65	0	0	65
Opieka nad starszymi i przewlekle chorymi	18	0	0	18
Rehabilitacja	98	0	0	98
Okulistyka	0	0	0	0
Dermatologia	64	0	0	64
Choroby metaboliczne i diabetologiczne	71	0	2	73
Endokrynologia	36	0	2	38
Alergologia	0	0	0	0
Choroby zakaźne, w tym HIV	0	0	0	0
Hepatologia	31	0	0	31
Transplantologia	86	0	27	113
Angiologia	22	0	2	24
Dializy	8	0	0	8
Wenerologia	0	0	0	0
Farmakologia kliniczna	12	0	0	12

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Najwięcej łóżek znajduje się w SPSK nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach, najmniej zaś w SPSK nr 3 w Zabrze. SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach, SPSK nr 3 w Zabrze, SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach nie dysponują łózkami wzmożonego nadzoru, wszystkie szpitale natomiast mają łóżka intensywnej opieki medycznej.

Tabela 3.6. Zasoby łóżek w szpitalach klinicznych w podziale na rodzaje

Szpital kliniczny	Liczba łóżek zwykłych	Liczba łóżek wzmożonego nadzoru	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	255	6	53
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	432	0	30
SPSK nr 3 w Zabrze	83	0	2
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	405	0	42



Szpital kliniczny	Liczba łóżek zwykłych	Liczba łóżek wzmożonego nadzoru	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	409	50	46
SPSK nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach	783	28	80

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Poniższa tabela prezentuje procent wykorzystania łóżek szpitalnych w poszczególnych szpitalach klinicznych – jest to uśredniona liczba ze wszystkich oddziałów danej placówki. W przypadku SPSK nr 3 w Zabrze łóżka były wykorzystane w 2011 roku w 155%. Być może do obliczeń wzięto pod uwagę również pacjentów, którzy korzystali z łóżka przez okres krótszy niż 1 dzień, np. podczas zabiegów. W pozostałych szpitalach % wykorzystania łóżek waha się między 58 a 88.

Tabela 3.7. Odsetek wykorzystania łóżek szpitalnych w roku 2011

Szpital kliniczny	% wykorzystania łóżek szpitalnych
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	88
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	82
SPSK nr 3 w Zabrze	155
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	62
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	58
SPSK nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach	68

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Kolejna tabela pokazuje wzrost lub spadek wykorzystania łóżek na oddziałach szpitali klinicznych. W szpitalu im. prof. S. Szyszko w Zabrze odnotowano wzrost w 12 z 19 oddziałów. Najmniejsze zmiany w wykorzystaniu łóżek wystąpiły w przypadku szpitala nr 3 w Zabrze. W szpitalu klinicznym nr 7 w Katowicach nastąpił spadek wykorzystania łóżek w największej liczbie oddziałów – 11.

Tabela 3.8. Liczba oddziałów, na których odnotowano wzrost, spadek lub nie odnotowano zmian wykorzystania łóżek w stosunku do roku poprzedniego w szpitalach klinicznych (2010)

Szpital kliniczny	Wzrost lub spadek wykorzystania łóżek w stosunku do roku poprzedniego n-1 w oddziałach	
	Liczba oddziałów, na których odnotowano wzrost liczby łóżek	Liczba oddziałów, na których odnotowano spadek liczby łóżek
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	12	3
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	8	5
SPSK nr 3 w Zabrze	1	0
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	3	5
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	9	6
SPSK nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach	8	11

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

W tabelach, znajdujących się w Załączniku nr 11 do raportu, pokazano wzrost, spadek lub brak zmian wykorzystania łóżek na poszczególnych oddziałach wszystkich badanych szpitali. Załącznik nr 12, zawiera informacje na temat zmian w wykorzystaniu łóżek w podziale na specjalizacje.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



W badanych szpitalach SPZOZ w roku 2011 hospitalizowanych było łącznie 288 383 pacjentów. Najwięcej z nich leczyło się na specjalizacji onkologia oraz na oddziałach dziecięcych. W szpitalach klinicznych w 2011 roku liczba hospitalizacji wyniosła 89315, z czego najwięcej odnotowano na specjalizacjach kardiologia i kardiochirurgia oraz na oddziałach dziecięcych.

Tabela 3.9. Liczba hospitalizowanych w placówkach SPZOZ i w szpitalach klinicznych w podziale na specjalizacje

Specjalizacje	Liczba hospitalizowanych w 21 SPZOZ	Liczba hospitalizowanych w 6 szpitalach klinicznych	Ogółem
Oddziały dziecięce	29999	15546	45545
Psychiatria i psychoterapia	13089	462	13551
Neurologia i neurochirurgia	18384	5060	23444
Chorób wewnętrznych	23969	4037	28006
Kardiologia i kardiochirurgia	13495	13463	26957
Intensywna terapia	1726	790	2516
Chirurgia ogólna	18764	2919	21683
Chirurgia urazowa, ortopedyczna, traumatologia	16112	2219	18331
Inna chirurgia	4750	3578	8328
Chirurgia naczyniowa	2877	1232	4109
Pulmonologia	10861	4007	14868
Leczenie onkologiczne	38444	3034	41478
Ginekologia i położnictwo	21834	3143	24977
Laryngologia	7907	3560	11467
Urologia	8473	2501	10974
Reumatologia	4921	585	5506
Nefrologia	3605	2946	6551
Gastroenterologia	4241	2982	7223
Opieka nad starszymi i przewlekle chorymi	1479	305	1784
Rehabilitacja	8480	873	9353
Okulistyka	11177	0	11177
Dermatologia	1880	990	2870
Choroby metaboliczne i diabetologiczne	250	2328	2578
Endokrynologia	905	1551	2456
Alergologia	763	0	763
Choroby zakaźne, w tym HIV	1657	0	1657
Hepatologia	683	1314	1997
Transplantologia	0	3752	3752
Angiologia	1359	750	2109
Dializy	16167	4121	20288
Wenerologia	133	0	133
Farmakologia kliniczna	0	1270	1270
Razem	288383	89315	377698

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ i klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 i N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



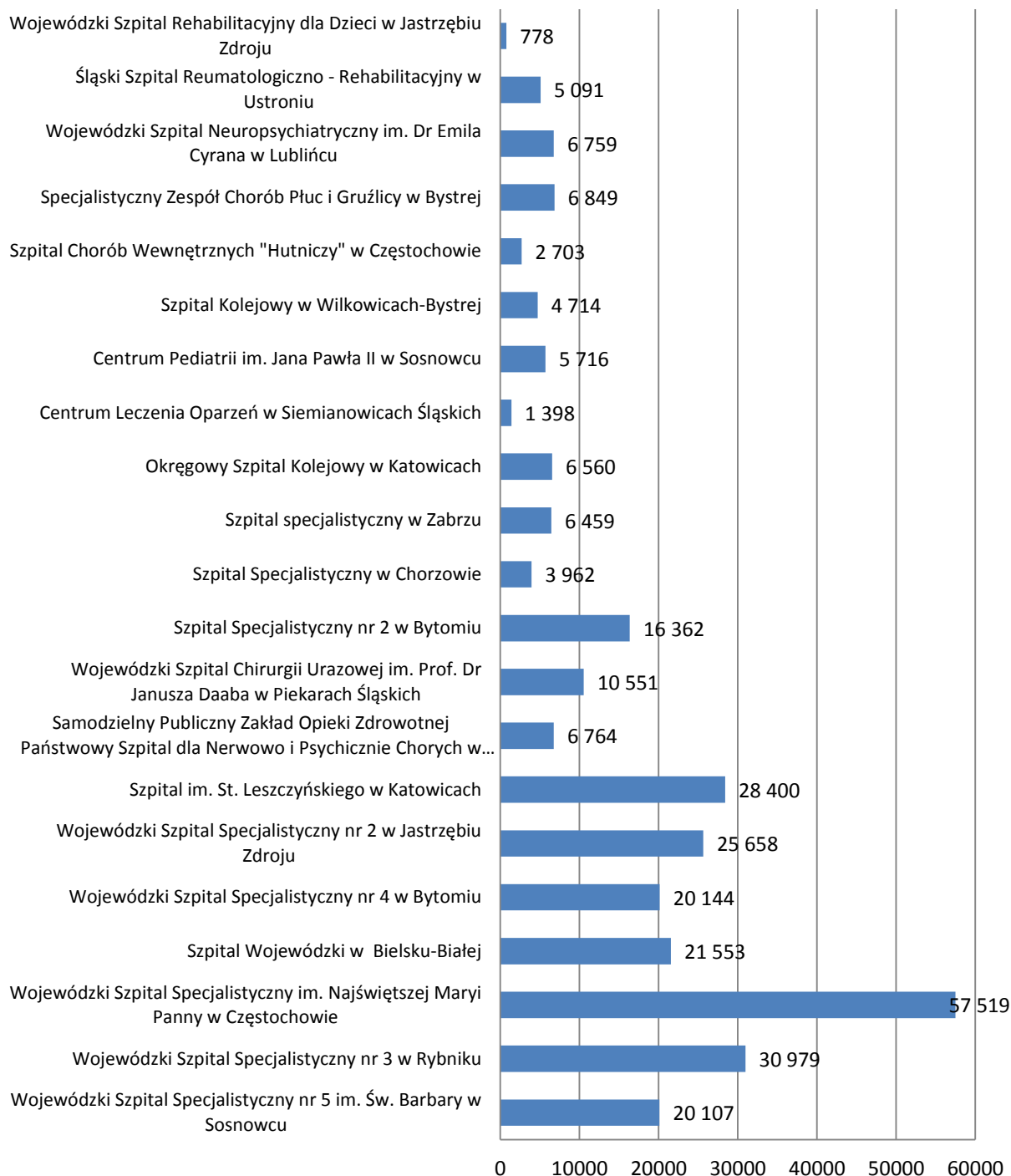
UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Najwięcej hospitalizowanych – 57 517 w roku 2011 odnotował Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Marii Panny w Częstochowie, najmniej Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju. Wśród placówek klinicznych najwięcej hospitalizowanych w roku 2011 (24 604) zadeklarował Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca, zaś najmniej Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrze (2809). Pełne zestawienie rozkładu hospitalizowanych w 2011 r. w poszczególnych placówkach z podziałem na oddziały znajduje się w Załączniku nr 13, zaś liczba hospitalizowanych w podziale na specjalizacje stanowi Załącznik nr 14 do raportu.



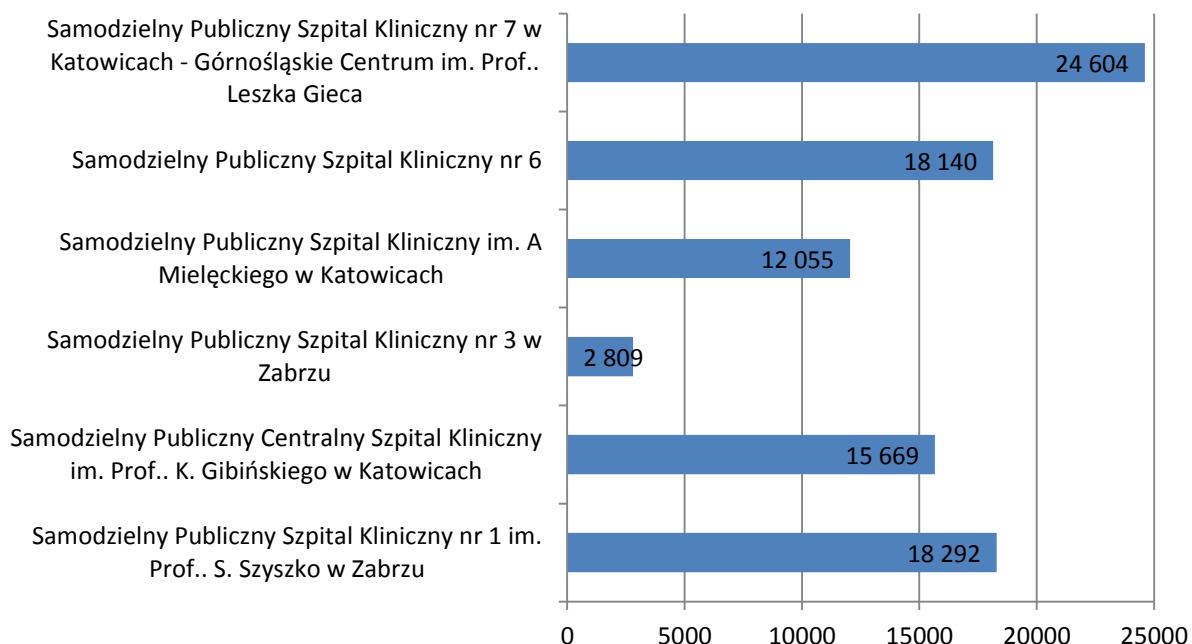
Wykres 3.3. Liczba hospitalizowanych w placówkach SPZOZ



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012



Wykres 3.4. Liczba hospitalizowanych w szpitalach klinicznych



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Średni czas hospitalizacji w poszczególnych szpitalach jest bardzo zróżnicowany, co wynika ze specjalizacji szpitala, a zwłaszcza odsetka oddziałów, na których pacjenci przebywają przez dłuższy okres czasu (np. specjalizacja psychiatria i psychoterapia).

Tabela 3.10. Średni czas hospitalizacji w 21 placówkach SPZOZ⁸

Placówka SPZOZ	Średni czas hospitalizacji [dni]
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	10,2
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	18,09
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	11,88
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	8,69
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	9,56
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	24,5
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	7,07
SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	106,88
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	11,7
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	5,67
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	17,96
Szpital specjalistyczny w Zabrze	5,9
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	5,33
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	15,96
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	12,29

⁸ Do średniego czasu hospitalizacji nie wliczono pobytu w zakładach opiekuńczo-leczniczych.



Placówka SPZOZ	Średni czas hospitalizacji [dni]
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	13,9
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	9,3
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	14,14
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	70
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	13,86
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	26

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Tak, jak w przypadku placówek SPZOZ, średni czas hospitalizacji jest różny również w szpitalach klinicznych, na co wpływ ma specyfika poszczególnych specjalizacji. Jednak, w szpitalach klinicznych czas ten jest znacznie mniej zróżnicowany i waha się między 6 a 18 dniami.

Tabela 3.11. Średni czas hospitalizacji w szpitalach klinicznych

Szpital kliniczny	Średni czas hospitalizacji [dni]
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach	9,32
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach	9,23
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrze ŚUM w Katowicach	17,81
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach	6,72
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach	6,17
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca	13,81

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Średnio, na jednego lekarza w placówkach SPZOZ przypada 135 pacjentów, zaś w klinicznych – 160 pacjentów. Natomiast, na jedną pielęgniarkę w SPZOZ – 55, w klinicznych – 79. Największa liczba pacjentów na lekarza, występuje w Specjalistycznym Zespole Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej (233), a spośród szpitali klinicznych - w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 3 w Zabrze (423). Najniższe obciążenie zanotowano w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (37) oraz w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskim Centrum im. Prof. Leszka Gieca – 62 pacjentów.

Tabela 3.12. Liczba hospitalizacji przypadających na pielęgniarkę i lekarza w badanych placówkach SPZOZ w 2011 roku

Placówka SPZOZ	Pielęgniarka [około]	Lekarz [około]
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	85	228
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	77	206
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	52	62
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	59	129
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	79	128
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	69	208
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	15	37



Placówka SPZOZ	Pielęgniarka [około]	Lekarz [około]
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	22	105
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	66	165
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	64	132
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	67	146
Szpital specjalistyczny w Zabrze	89	119
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	79	193
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	19	81
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	bd	bd
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	58	195
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	80	150
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	77	233
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	35	157
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	bd	bd
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	56	167
Średnia liczba hospitalizacji na pielęgniarkę/lekarza w placówkach SPZOZ	55	135

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Tabela 3.13. Liczba hospitalizacji przypadających na pielęgniarkę i lekarza w szpitalach klinicznych w 2011 roku

Placówka	Pielęgniarka [około]	Lekarz [około]
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	89	237
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	46	79
SPSK nr 3 w Zabrze	123	423
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	38	89
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	133	72
SPSK nr 7 w Katowicach	44	62
Średnia liczba hospitalizacji na pielęgniarkę/lekarza w szpitalach klinicznych	79	160

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Dwie poniższe tabele prezentują liczbę oddziałów w placówkach SPZOZ oraz w szpitalach klinicznych, na których odnotowano wzrosty, spadki lub brak zmian liczby hospitalizowanych w stosunku do roku poprzedniego. W największym z przebadanych szpitali (im. NMP w Częstochowie) odnotowano największy wzrost, jak i spadek liczby hospitalizowanych. Żadnych zmian nie odnotowano w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju.

Tabela 3.14. Liczba oddziałów w placówkach SPZOZ, na których odnotowano wzrost lub spadek liczby hospitalizowanych w stosunku do roku poprzedniego (2010)

Placówka SPZOZ	Liczba oddziałów, gdzie odnotowano wzrost liczby hospitalizowanych	Liczba oddziałów, gdzie odnotowano spadek liczby hospitalizowanych
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	12	10
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	14	6
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi	20	14



Placówka SPZOZ	Liczba oddziałów, gdzie odnotowano wzrost liczby hospitalizowanych	Liczba oddziałów, gdzie odnotowano spadek liczby hospitalizowanych
Panny w Częstochowie		
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	10	7
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	4	12
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	10	3
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	7	2
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	6	10
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	6	6
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	3	8
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	1	3
Szpital specjalistyczny w Zabrze	4	0
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	5	1
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	2	2
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	3	3
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	bd	bd
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	1	0
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	5	2
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	4	8
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	0	7
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	0	0

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

W szpitalu klinicznym nr 7 w Katowicach odnotowano spadek liczby hospitalizowanych aż na 11 oddziałach, a wzrost tylko na 2. Wzrost liczby hospitalizowanych na największej liczbie oddziałów (9) nastąpił w szpitalu klinicznym nr 6 w Katowicach.

Tabela 3.15. Liczba oddziałów w szpitalach klinicznych, na których odnotowano wzrosty lub liczby hospitalizowanych w stosunku do roku poprzedniego (2010)

Szpital kliniczny	Liczba oddziałów, gdzie odnotowano wzrost liczby hospitalizowanych	Liczba oddziałów, gdzie odnotowano spadek liczby hospitalizowanych
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	7	8
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	7	6
SPSK nr 3 w Zabrze	1	0
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	4	4
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	9	6
SPSK nr 7 w Katowicach	2	11

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Informacje dotyczące zmiany liczby hospitalizowanych (wzrost, spadek lub brak zmian) w poszczególnych specjalizacjach badanych szpitali, znajdują się w Załączniku nr 15 do raportu.



Wnioski

1. Specjalizacje o największej liczbie łóżek w ramach 21 przebadanych szpitali SPZOZ to: psychiatria i psychoterapia oddziały dziecięce oraz neurologia i neurochirurgia.
2. W szpitalach klinicznych największa liczba łóżek znajduje się na specjalizacjach: kardiologia i kardiochirurgia oraz na oddziałach dziecięcych.
3. Największy odsetek wykorzystania łóżek szpitalnych w badanych 21 szpitalach SPZOZ województwa śląskiego posiada Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, najmniejszy Szpital im. NMP w Częstochowie.
4. W 21 szpitalach SPZOZ województwa śląskiego nieznacznie przeważają oddziały, w których odnotowano spadek liczby łóżek. W szpitalach klinicznych województwa śląskiego przeważają oddziały szpitalne, w których odnotowano wzrost liczby łóżek.
5. Średni czas hospitalizacji w poszczególnych szpitalach jest różny i wiąże się ze specjalizacją szpitala, np. obecnością oddziałów, na których pacjenci przebywają przez dłuższy czas z powodu konkretnych chorób czy urazów.

3.3. Zatrudnienie i deficyt kadr placówek medycznych województwa śląskiego



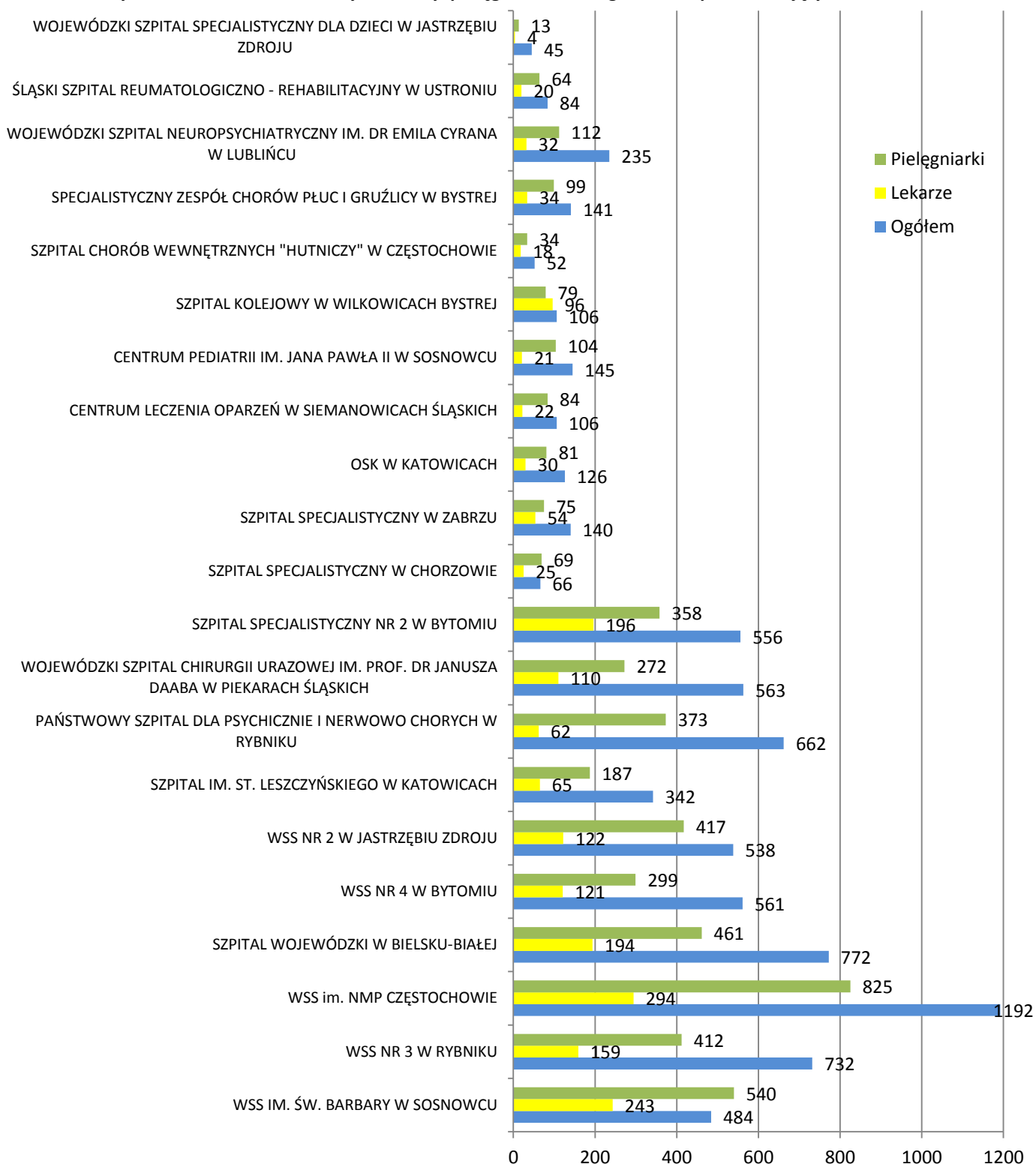
Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

1. Poznanie liczby zatrudnionych w badanych szpitalach oraz struktury zatrudnienia.
2. Poznanie trendów związanych z rotacją lekarzy i pielęgniarek.
3. Poznanie braków kadrowych dla poszczególnych szpitali.
4. Poznanie danych na temat produktywności pracowników i czynników na to wpływających.

W badanych placówkach medycznych województwa śląskiego zatrudnionych jest ogółem 7 648 osób, z czego 6 476 stanowią kobiety, a 1 172 mężczyźni. Najwięcej osób zatrudnia Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Częstochowie – 1 192 pracowników. Najmniej – Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju (45 osób). W 13 szpitalach zatrudnienie nie przekracza 500 osób, w 7 szpitalach liczba pracowników wynosi od 500 do 1 000 osób.



Wykres 3.5. Liczba zatrudnionych lekarzy, pielęgniarek oraz ogółem w szpitalach objętych badaniem⁹



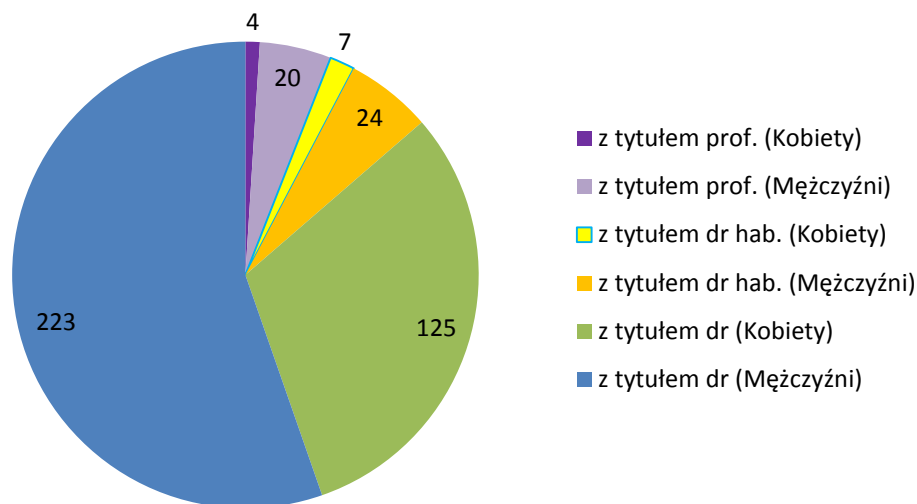
Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

⁹Przedstawione dane są deklaracją poszczególnych szpitali. W niektórych przypadkach mogą występować rozbieżności wynikające z zatrudnienia niektórych lekarzy czy pielęgniarek na część etatu, oraz z tego, że w niektórych szpitalach do zatrudnienia ogółem wliczono inne osoby zatrudnione na oddziale, ale nie będące lekarzem czy pielęgniarką.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

W badanych placówkach SPZOZ województwa śląskiego liczba zatrudnionych z tytułami profesora, doktora habilitowanego i doktora wynosi 403. Największy udział w tej liczbie mają mężczyźni (223) i kobiety (125) z tytułem doktora, następnie mężczyźni z tytułem profesora (20) oraz doktora habilitowanego (24). Najmniej zatrudnionych jest kobiet z tytułem doktora habilitowanego (7) oraz profesora (4).

Wykres 3.6. Liczba zatrudnionych z tytułem profesora, doktora habilitowanego oraz doktora w badanych SPZOZ województwa śląskiego



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Kobiety zdecydowanie przeważają w zatrudnieniu na posadach pielęgniarek, jest ich 4916, natomiast mężczyzn 42. Mężczyźni przeważają wśród zatrudnionych na stanowiskach lekarzy, zwłaszcza z tytułami prof., dr oraz dr hab.

Analiza zatrudnionego w placówkach medycznych personelu medycznego ze względu na doświadczenie pokazuje, iż w placówkach medycznych w województwie śląskim zatrudnionych jest 348 pracowników ze stopniem naukowym doktora, 31 ze stopniem doktora habilitowanego oraz 24 z tytułem profesora. Zdecydowaną przewagę wśród tych pracowników mają mężczyźni. Najwięcej osób z tytułem profesorskim jest zatrudnionych w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu oraz w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu. Największa liczba pracowników ze stopniem doktora jest w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu. Placówki te wyraźnie odznaczają się na tle ogółu badanej grupy szpitali.



Tabela 3.16. Liczba zatrudnionych w SPZOZ w podziale na płeć, wykonywany zawód i posiadany tytuł naukowy¹⁰

Placówka SPZOZ	Ogółem		Lekarze		Pielęgniarki		Z tytułem prof.		Z tytułem dr hab.		Z tytułem dr	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	318	166	101	142	539	1	0	4	0	7	13	34
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	640	92	74	85	411	1	0	1	0	3	5	18
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	1 046	146	156	138	823	2	0	0	0	0	7	30
Szpital Wojewódzki w Bielsku - Białej	647	125	96	98	453	8	0	0	0	2	11	12
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	482	79	56	65	299	bd	bd	1	1	bd	14	13
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	467	71	52	70	416	1	0	0	0	0	0	12
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	312	30	39	26	187	0	0	1	0	1	4	6
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	609	53	37	25	356	17	bd	bd	bd	bd	2	bd
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	432	131	19	91	268	4	0	2	0	0	6	27
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	458	98	100	96	358	0	3	4	4	6	34	41
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	56	10	16	9	68	1	0	0	0	1	2	3
Szpital specjalistyczny w Zabrze	122	18	36	18	75	0	1	3	0	2	15	7
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	97	29	10	20	80	1	0	1	1	1	6	6
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	86	20	4	18	82	2	0	2	0	1	1	1
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	139	6	16	5	104	0	0	0	1	0	1	2
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	97	9	17	79	79	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Szpital Chorób	48	4	14	4	34	0	0	0	0	0	1	0

¹⁰Przedstawione dane są deklaracją poszczególnych szpitali. W niektórych przypadkach mogą występować rozbieżności wynikające z zatrudnienia niektórych lekarzy czy pielęgniarek na część etatu, oraz z tego, że w niektórych szpitalach do zatrudnienia ogółem wliczono inne osoby zatrudnione na oddziale, ale nie będące lekarzem czy pielęgniarką.



Placówka SPZOZ	Ogółem		Lekarze		Pielęgniarki		Z tytułem prof.		Z tytułem dr hab.		Z tytułem dr	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie												
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	121	20	14	20	99	bd	bd	bd	bd	bd	bd	4
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	189	46	17	15	109	3	0	0	0	0	0	1
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	72	12	9	11	63	1	0	1	0	0	3	6
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	38	7	3	1	13	0	0	0	0	0	0	0
Razem	6 476	1 172	886	1 036	4 916	42	4	20	7	24	125	223

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Zatrudnienie w przebadanych 7 szpitalach klinicznych wynosiło 3368 pracowników. Jeden szpital zatrudnia poniżej 100 osób, 4 szpitale zatrudniają od 500 do 600 pracowników oraz jeden, największy szpital zatrudnia 1091 pracowników. W szpitalach klinicznych zatrudnianych jest więcej kobiet, dominują one zwłaszcza na stanowiskach pielęgniarki; liczba kobiet zatrudnionych na tych stanowiskach wynosi 1938, a mężczyzn tylko 19. Nieznacznie dominują również na stanowiskach lekarskich, liczba zatrudnionych kobiet wynosi 602, a mężczyzn 518.

W szpitalach klinicznych liczba pracowników z tytułem profesora, stopniem doktora habilitowanego czy doktora jest znacznie większa niż w szpitalach wojewódzkich. Kobiet z tytułem doktora jest 217, zaś mężczyzn 199. Mężczyzn natomiast, jest więcej wśród osób z tytułem profesora oraz doktora habilitowanego. Jest to więc odwrotna tendencja niż w szpitalach wojewódzkich.

Tabela 3.17. Liczba zatrudnionych w badanych szpitalach klinicznych województwa śląskiego w podziale na płeć, wykonywany zawód i posiadany tytuł naukowy¹¹

Szpital kliniczny	Ogółem		Lekarze		Pielęgniarki		Z tytułem prof.		Z tytułem dr hab.		Z tytułem dr	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	493	74	82	67	314	1	4	5	4	7	33	22
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	474	100	92	95	381	5	0	10	3	11	46	45
SPSK nr 3 w Zabrze	46	13	3	13	46	0	0	4	0	3	1	5
SPSK im. A. Mieleckiego w Katowicach	443	78	130	75	313	3	4	8	5	4	48	37

¹¹Przedstawione dane są deklaracją poszczególnych szpitali. W niektórych przypadkach mogą występować rozbieżności wynikające z zatrudnienia niektórych lekarzy czy pielęgniarek na część etatu, oraz z tego, że w niektórych szpitalach do zatrudnienia ogółem wliczono inne osoby zatrudnione na oddziale, ale nie będące lekarzem czy pielęgniarką.



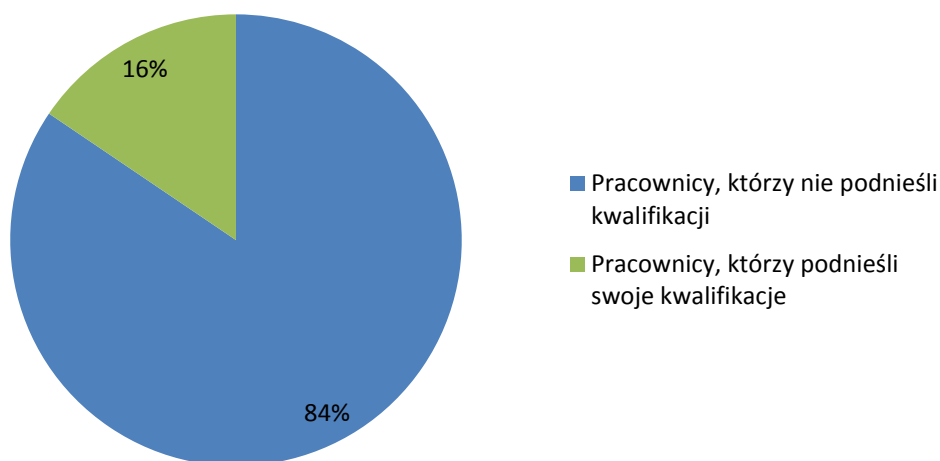
Szpital kliniczny	Ogółem		Lekarze		Pielęgniarki		Z tytułem prof.		Z tytułem dr hab.		Z tytułem dr	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	509	47	124	45	385	2	3	3	3	2	41	14
SPSK nr 7 w Katowicach	840	251	171	223	499	8	3	10	4	11	48	76
Razem	2805	563	602	518	1938	19	14	40	19	38	217	199

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Bardzo zróżnicowana jest liczba i odsetek pracowników poszczególnych placówek, którzy podnieśli swoje kwalifikacje w 2011 roku - procent pracowników, którzy podnieśli swoje kwalifikacje w roku 2011 wahał się od 0,5 do 53% ogółu zatrudnionych. Przez podniesienie kwalifikacji rozumiano: studia wyższe, specjalizacje, studia podyplomowe, kursy kwalifikacyjne.

W badanych szpitalach w ogólnym zestawieniu 84% pracowników nie podniosło swoich kwalifikacji. To niepokojący wskaźnik w kontekście starzenia się populacji lekarzy (znaczny procent lekarzy po 65 roku życia), oraz niedoborów w niektórych specjalizacjach.

Wykres 3.7. Podnoszenie kwalifikacji przez pracowników w 2011 roku - ogółem



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Niemal wszystkie badane placówki SPZOZ zadeklarowały, że ich pracownicy podnieśli swoje kwalifikacje, tylko jedna – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku nie zbiera tego typu danych. Odsetek pracowników, którzy podnieśli swoje kwalifikacje wyniósł od 0,45% w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie do 53,06% w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju.

Tabela 3.18. Liczba i odsetek pracowników SPZOZ, którzy podnieśli swoje kwalifikacje

Placówka SPZOZ	Liczba	%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	382	28
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	217	16,86
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	366	17,8
Szpital Wojewódzki w Bielsku – Białej	417	40,7
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	30	2,82

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Placówka SPZOZ	Liczba	%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	80	15
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	175	26
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	Brak danych	Brak danych
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	94	15
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	30	3,4
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	5	0,45
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	50	16,4
Szpital specjalistyczny w Zabrze		4
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	11	6,5
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	56	26
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	36	22
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	9	8,5
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	22	8
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	79	16
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	18	8
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	26	53,06

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

W przebadanych szpitalach klinicznych zadeklarowano, że 1 393 pracowników podniosło swoje kwalifikacje. Najwięcej pracowników (701, co stanowi 76% wszystkich pracowników), podniosło swoje kwalifikacje w SPSK nr 2 im. prof. S. Szyszko w Zabrze, najmniej pracowników podniosło swoje kwalifikacje w SPSK nr 3 w Zabrze. Największy odsetek pracowników podniósł swoje kwalifikacje w SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach.

Tabela 3.19. Liczba i odsetek pracowników szpitali klinicznych, którzy podnieśli swoje kwalifikacje w roku 2011

Szpital kliniczny	Liczba	%
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	701	76
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	359	33
SPSK nr 3 w Zabrze	8	9
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	Brak danych	Brak danych
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	182	18,2
SPSK nr 7 w Katowicach	143	7,8
Razem	1 393	28,8

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Personel pracujący na stanowiskach kierowniczych średniego i wyższego szczebla stanowi od 4,82% w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie do 18,56% w Szpitalu Kolejowym w Wilkowicach-Bystrej. Udział personelu medycznego w ogóle zatrudnionych wynosi od 26,04% w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu do 90,21% w Szpitalu Kolejowym w Wilkowicach-Bystrej. Poniższa tabela obrazuje liczbę zatrudnionych w wybranych jednostkach SPZOZ w województwie śląskim.



Tabela 3.20. Zatrudnienie (liczba osób) oraz udział pracowników na stanowiskach kierowniczych, średniego i wyższego szczebla w stosunku do personelu medycznego w badanych jednostkach SPZOZ w województwie śląskim

Placówka SPZOZ	Zatrudnienie bez pracowników kuchni, ochrony, pralni, utrzymania czystości	Pracujący na stanowiskach kierowniczych, średniego i wyższego szczebla	Udział personelu na stanowiskach kierowniczych w zatrudnieniu ogółem	Personel Medyczny	Udział personelu medycznego w ogóle zatrudnionych
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	1 369	105	7,66%	783	57,11%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	1 284	114	8,86%	571	44,37%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	1 889	99	4,82%	1119	54,43%
Szpital Wojewódzki w Bielsku - Białej	1 024	69	6,00%	655	56,96%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	1 002	95	8,35%	420	36,91%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	901	55	5,83%	539	57,16%
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	669	89	13,30%	252	37,00%
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	711	59	7,01%	435	51,66%
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	629	68	9,48%	382	53,27%
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	731	76	8,64%	554	62,95%
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	175	27	11,89%	94	41,41%
Szpital specjalistyczny w Zabrze	276	28	9,43%	129	41,41%
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	296	22	7,36%	111	56,68%
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	162	28	14,97%	106	56,68%
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	215	27	12,05%	125	55,80%
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	159	36	18,56%	175	90,21%



Placówka SPZOZ	Zatrudnienie bez pracowników kuchni, ochrony, pralni, utrzymania czystości	Pracujący na stanowiskach kierowniczych, średniego i wyższego szczebla	Udział personelu na stanowiskach kierowniczych w zatrudnieniu ogółem	Personel Medyczny	Udział personelu medycznego w ogóle zatrudnionych
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	105	13	10,48%	52	41,94%
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	271	32	10,46%	133	43,46%
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	525	37	6,69%	144	26,04%
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	169	29	13,94%	84	40,38%
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	49	7	10,94%	17	26,56%

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Całkowita liczba osób zatrudnionych w przebadanych szpitalach klinicznych wynosi w przybliżeniu 5 930 osób. Z tego 381 zajmuje stanowiska kierownicze, a 5 541 inne, wyłączając z tego pracowników kuchni, ochrony, pralni, utrzymania czystości itp. Najwyższe zatrudnienie zanotowano w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 7 w Katowicach - 1 863 osoby, najniższe w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 3 w Zabrze - 119 osób. Udział personelu medycznego w ogóle zatrudnionych wynosił od 4,94% w SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach do 15,97% w SPSK nr 3 w Zabrze. W dwóch placówkach nie przekracza on 5%, w 4 placówkach wynosi od 5% do 10%, w jednej placówce przekroczył 15%.

Tabela 3.21. Zatrudnienie (liczba osób) oraz udział pracowników na stanowiskach kierowniczych, średniego i wyższego szczebla w stosunku do personelu medycznego w szpitalach klinicznych woj. śląskiego

Szpital kliniczny	Zatrudnienie bez pracowników kuchni, ochrony, pralni, utrzymania czystości	Pracujący na stanowiskach kierowniczych, średniego i wyższego szczebla	Udział personelu na stanowiskach kierowniczych w zatrudnieniu ogółem	Personel medyczny	Udział personelu medycznego w ogóle zatrudnionych
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	924	80	8,66%	464	50,22%
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	1089	93	8,54%	573	52,63%
SPSK nr 3 w Zabrze	119	19	15,97%	62	52,10%
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	931	46	4,94%	521	55,96%



Szpital kliniczny	Zatrudnienie bez pracowników kuchni, ochrony, pralni, utrzymania czystości	Pracujący na stanowiskach kierowniczych, średniego i wyższego szczebla	Udział personelu na stanowiskach kierowniczych w zatrudnieniu ogółem	Personel medyczny	Udział personelu medycznego w ogóle zatrudnionych
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	1004	53	5,28%	556	55,38%
SPSK nr 7 w Katowicach	1863	90	4,83%	901	48,36%
Razem	5 930	381	6,43%	3077	48,36%

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Zebrane dane wskazują na ogólny trend, według którego więcej lekarzy odeszło z pracy w badanych placówkach niż zostało w nich zatrudnionych w 2011 roku. Tylko Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu wyłamuje się z tej tendencji – w 2011 roku odeszło z tej placówki 4 lekarzy, a zatrudnionych zostało 14 nowych. W poniższej tabeli przedstawiono rotację lekarzy w badanych jednostkach SPZOZ w województwie śląskim w 2011 roku.

W przypadku personelu pielęgniarskiego tendencje w polityce kadrowej są podobne. W większości badanych jednostek odnotowano więcej przypadków odejścia z pracy niż zatrudnienia nowych osób. Jednak w kilku placówkach w 2011 roku, przyjęto więcej nowego personelu pielęgniarskiego niż go zwolniono. Taka sytuacja miała miejsce w Szpitalu im. St. Leszczyńskiego w Katowicach, w Szpitalu specjalistycznym w Zabrze, w Szpitalu Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie, w Szpitalu Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej oraz w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich.



Tabela 3.22. Rotacja lekarzy w 2011 roku w wybranych jednostkach SPZOZ w województwie śląskim

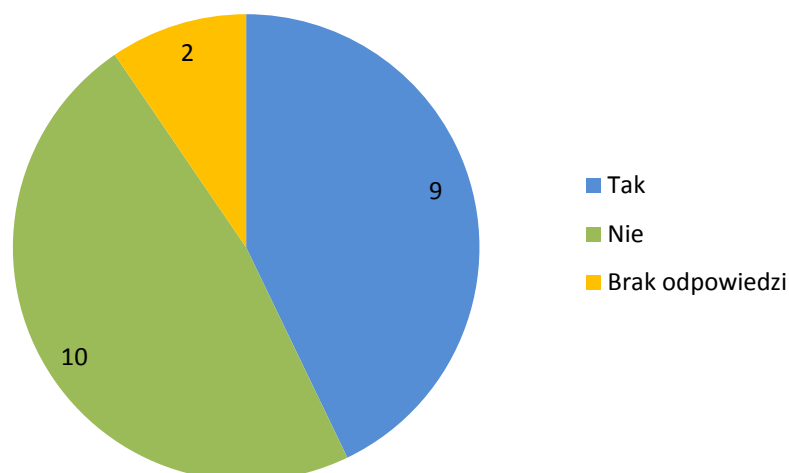
Placówka SPZOZ	Lekarki/Lekarze		Pielęgniarki/pielęgniarze	
	przychodzący	odchodzący	przychodzący	odchodzący
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	38	39	8	12
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	32	23	17	14
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	17	31	63	39
Szpital Wojewódzki w Bielsku – Białej	22	20	7	15
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	30	37	1	12
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	10	12	1	7
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	6	9	19	7
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	1	6	10	18
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	9	7	11	11
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	10	16	3	18
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	1	2	3	5
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	1	3	5	11
Szpital Specjalistyczny w Zabrze	6	12	4	13
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	1	1	5	2
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	2	2	3	4
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	3	3	2	1
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	5	6	4	0
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	3	1	0	1
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	14	4	4	4
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	1	1	1	3
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	1	0	0	0

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Spośród 21 badanych szpitali SPZOZ, 9 deklaruje braki kadrowe np. braki lekarzy o określonej specjalizacji, doświadczeniu, certyfikatach, rehabilitantów czy pielęgniarki. Takich problemów nie ma 10 placówek, natomiast 2 szpitale nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie (Patrz wykres i tabela poniżej).



Wykres 3.8. Braki kadrowe w szpitalach



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Braki kadrowe można zauważyć w następujących placówkach:

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu,
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku,
3. Szpital Wojewódzki w Bielsku – Białej,
4. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu,
5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju,
6. Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach,
7. Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku,
8. Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich,
9. Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu.

Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej oraz Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu nie udzielił informacji na ten temat.

W badaniu zebrano również dane dla każdego oddziału badanych placówek dotyczące orientacyjnej liczby deficytu kadrowego na dzień badania w trzech kategoriach:

1. lekarze o danej specjalizacji,
2. rehabilitanci,
3. pielęgniarki.

Spośród wymienionych brakuje przede wszystkim lekarzy specjalistów. Najmniejsze zapotrzebowanie zostało zgłoszone na rehabilitantów – tylko Szpital Specjalistyczny w Zabrze zadeklarował, że potrzebuje 2 rehabilitantów. Placówka ta ma również duże braki kadry pielęgniarskiej – deklarowany deficyt wynosi 110¹² osób; oraz lekarzy specjalistów – 57 brakujących pracowników. Deficytu lekarzy specjalistów nie zgłosiły następujące placówki: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu, Szpital

¹² Podana wartość jest deklaracją szpitala wskazaną w ankiecie wielomodułowej badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego.

Specjalistyczny w Chorzowie, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej, Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie, Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu, Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu oraz Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju. Braki kadry pielęgniarskiej zgłosiły następujące placówki: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (4 brakujących pracowników), Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu (1 brakujący pracownik), oraz Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie (4 brakujących pracowników).

Tabela 3.23. Deklarowany deficyt pracowników w poszczególnych szpitalach SPZOZ

Placówka SPZOZ	Lekarze ze specjalizacją	Rehabilitanci	Pielęgniarki
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	6	0	0
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	2	0	0
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	0	0	0
Szpital Wojewódzki w Bielsku - Białej	3	0	0
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	2	0	0
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	1	0	0
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	8	0	0
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	7	0	4
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	0	0	0
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	0	0	0
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	0	0	0
Szpital specjalistyczny w Zabrzu	57	2	110 ¹³
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	0	0	0
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	7	0	0
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	4	0	1
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	0	0	0
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	0	0	4
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	1	0	0
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr. Emila Cyrana w Lublińcu	0	0	0
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	0	0	0
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	0	0	0
Razem	98	2	119

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

¹³ Podana wartość jest deklaracją szpitala, wskazaną w ankiecie wielomodułowej badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego.



W przebadanych placówkach SPZOZ zadeklarowano następujący deficyt specjalistów określonych specjalizacji:

Tabela 3.24. Deficyt specjalistów określonych specjalizacji w placówkach SPZOZ

Specjalizacja	Liczba potrzebnych specjalistów
Chirurgia ogólna	9
Otolaryngologia	8
Kardiologia-choroby wewnętrzne	7
Anestezjologia i Intensywna Terapia	6
Dermatologia i wenerologia	6
Alergologia	3
Chirurgia plastyczna	3
Medycyna Ratunkowa	3
Neurochirurg	3
Onkologia	3
Chorób wewnętrznych	2
Gastroenterologia	2
Neonatologia	2
Pulmonologia	2
Nefrologia	1
Chirurgia dziecięca	1
Chirurg ortopeda-traumatolog	1
Chirurgia Naczyniowa	1
Chorób płuc	1
Chorób zakaźnych	1
Foniatrya	1
Gastroenterologia dziecięca	1
Ginekologia	1
Medycyny ratunkowej	1
Radioterapia onkologiczna	1
Kardiologia	1

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Na sześć placówek klinicznych, jedynie dwie zgłosiły braki kadrowe. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze określił braki na trzech oddziałach: Oddziale Chirurgii Wad Rozwojowych Dzieci i Traumatologii (na Chirurgii Dzieci potrzebnych jest 2 specjalistów), Oddziale Nefrologii (potrzeba jednego nefrologa) oraz Nefrologii Dzieci (potrzeba dwóch specjalistów - nefrologów). Z kolei Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego w Katowicach zgłosił zapotrzebowanie na specjalistę z zakresu kardiologii. Dodatkowo Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrze zanotował spadek problemów z deficytem na stanowiskach lekarskich, pielęgniarskich oraz rehabilitanckich w stosunku do roku 2010, co jest spowodowane zatrudnieniem nowych osób w poszczególnych komórkach placówki. Pozostałe szpitale zgłosiły brak zmian na przełomie lat 2010/2011.



Tabela 3.25. Deklarowany deficyt pracowników w szpitalach klinicznych

Szpital kliniczny	Lekarze ze specjalizacją	Rehabilitanci	Pielęgniarki
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	5	0	0
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	1	0	0
SPSK nr 7 w Katowicach	6	0	0
Razem	12	0	0

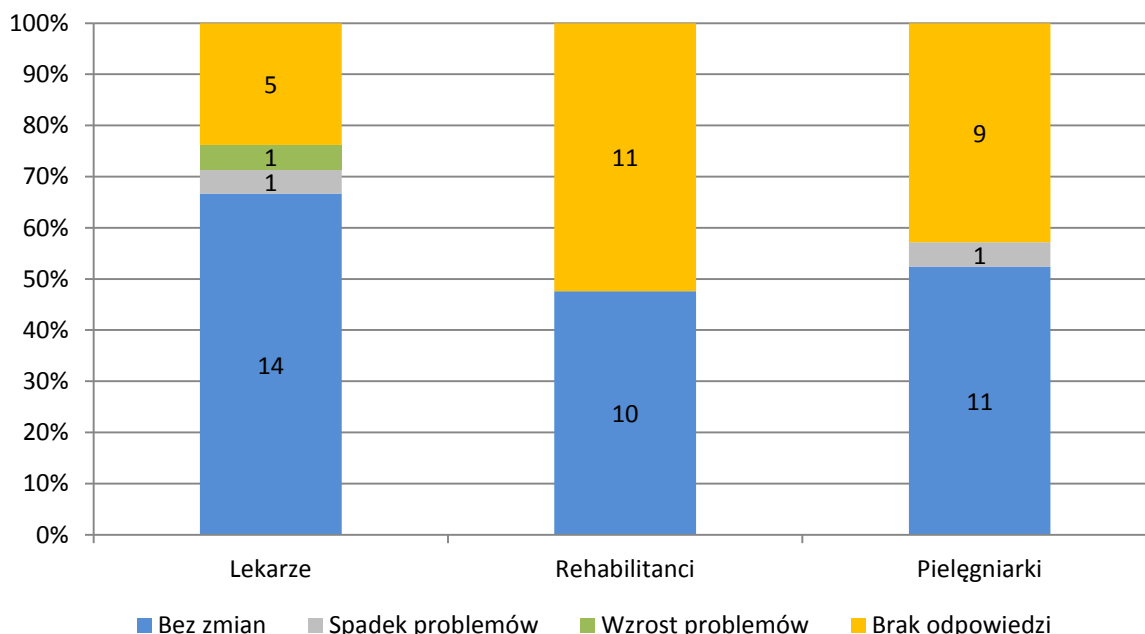
Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

W większości przebadanych placówek deficyt lekarzy pozostał bez zmian, taką odpowiedź deklaruje 14 placówek. W jednej z 21 placówek można zauważyć spadek problemów związanych z deficytem lekarzy. Również jedna oświadcza, iż problemy te wyrosły. Wśród 5 szpitali nie uzyskano danych dotyczących badanej kwestii.

W 10 szpitalach sytuacja odnosząca się do deficytu rehabilitantów nie uległa zmianie, zaś w 11 placówkach nie uzyskano odpowiedzi w tej kwestii.

W 11 szpitalach stan deficytu pielęgniarek/pielęgniarzy nie uległ zmianie. Zaledwie w 1 placówce można zauważyć jego zmniejszenie się. W pozostałych 9 placówkach nie uzyskano odpowiedzi na to pytanie.

Wykres 3.9. Sytuacja z 2010 roku związana ze stanem deficytu lekarzy, rehabilitantów i pielęgniarek



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Kwestia niedoboru pracowników została również poruszona w trakcie badania opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego.

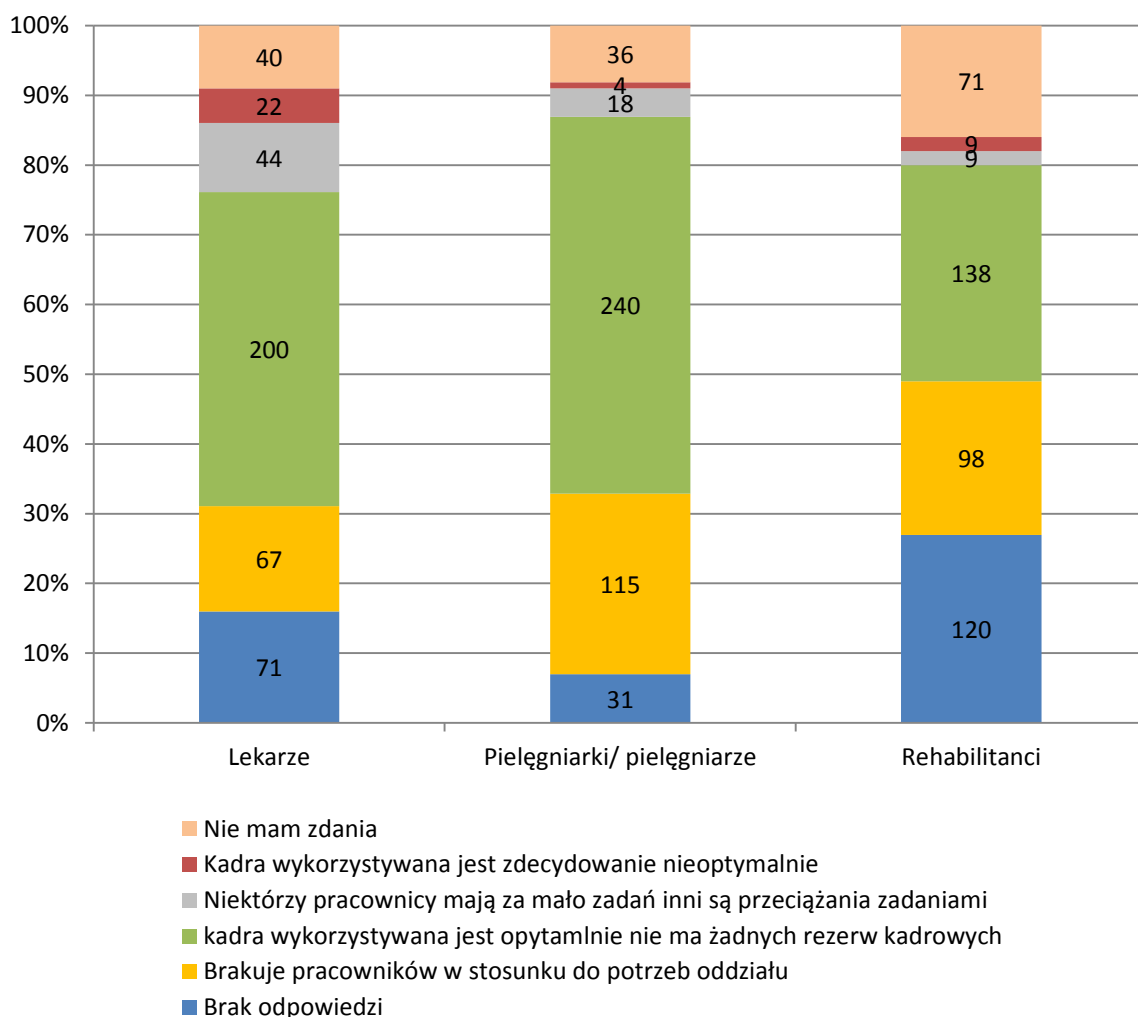
Na pytanie, czy personel lekarski na oddziale wykorzystywany jest optymalnie z punktu widzenia potrzeb oddziału, aż 15% badanych odpowiedziało, że pracowników jest zbyt mało. Równocześnie 45% badanych odpowiedziało, że kadra jest wykorzystywana optymalnie i nie ma żadnych rezerw kadrowych. Natomiast 10% respondentów odpowiedziało, że niektórzy pracownicy pracują za mało,



a inni są przeciążeni zadaniami. Do tego można dodać 5% odpowiedzi „kadra wykorzystywana jest zdecydowanie nieoptymalnie”. Może świadczyć to o złej organizacji pracy i złej polityce kadrowej. Wyniki badań wskazują również na brak rehabilitantów i fizjoterapeutów – 22% badanych wyraziło taką opinię. W przypadku tej grupy zawodowej nie ma żadnych rezerw kadrowych – 31% badanych udzieliło takiej odpowiedzi.

W przypadku personelu pielęgniarskiego sytuacja jest trudniejsza – 26% badanych stwierdziło, że brakuje pracowników w stosunku do potrzeb oddziału, a 54% respondentów odpowiedziało, że kadra jest wykorzystywana optymalnie i nie ma żadnych rezerw kadrowych. W tym przypadku w 4% badanych szpitali uzyskano odpowiedzi, że niektórzy pracownicy pracują za mało, a inni są przeciążeni zadaniami. Wydaje się zatem, że w przypadku personelu pielęgniarskiego, czas pracy zatrudnionych osób jest w pełni zagospodarowany.

Wykres 3.10. Zapotrzebowanie na personel pracowniczy według pracowników 21 SPZOZ objętych badaniem (liczba wskazań)



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Według zdecydowanej większości badanych (60%), lepsza motywacja pracowników zdecydowanie może zwiększyć efektywność ich pracy. Na drugim miejscu pod względem zdecydowanie

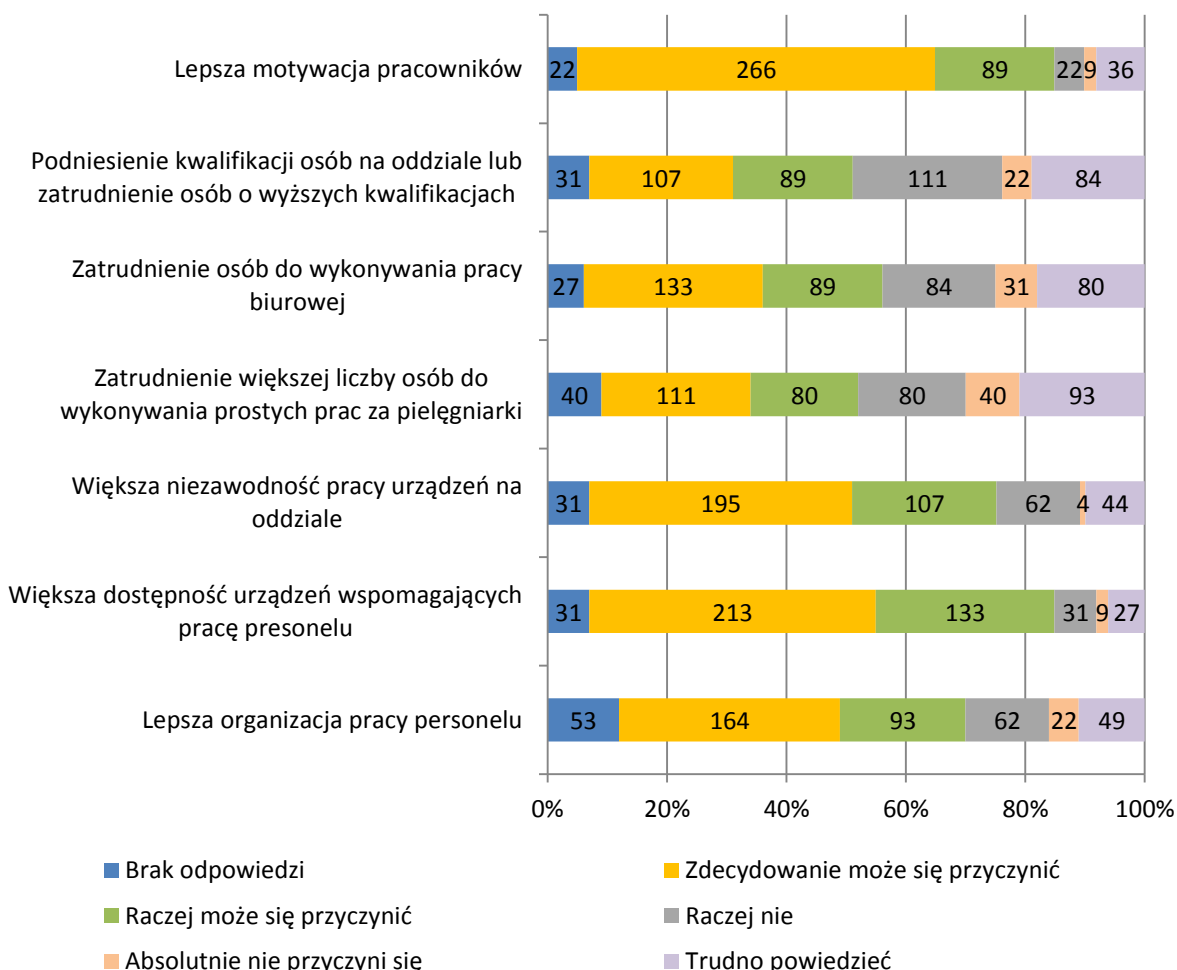
Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



pozytywnych wskazań znalazła się większa dostępność do urzędzeń wspomagających pracę personelu (48%). Na trzecim miejscu - „większa niezawodność pracy urzędzeń na oddziale – mniejsza awaryjność” (44%). Kolejno respondenci wskazali: lepszą organizację pracy personelu (37%), zatrudnienie osób do wykonywania pracy biurowej – dokumentacji (30%), zatrudnienie większej liczby osób do wykonywania prostych prac pielęgniarских (25%), oraz podniesienie kwalifikacji osób na oddziale lub zatrudnienie osób o wyższych kwalifikacjach (24%).

Najwięcej wątpliwości natomiast, budziła skuteczność poniższych rozwiązań (w nawiasie podano odsetek odpowiedzi „raczej nie”): podniesienie kwalifikacji osób na oddziale lub zatrudnienie osób o wyższych kwalifikacjach (25%), zatrudnienie osób do wykonywania pracy biurowej – dokumentacji (19%), zatrudnienie większej liczby osób do wykonywania prostych prac za pielęgniarki (18%), większa niezawodność pracy urzędzeń na oddziale – mniejsza awaryjność (14%), lepsza organizacja pracy personelu (14%). Badani mieli również możliwość podania własnej propozycji. W ten sposób uzyskano 7% odpowiedzi, które wskazywały na to, że zdecydowanie dobrym sposobem zwiększenia efektywności wykorzystania zasobów kadrowych na oddziale byłby wzrost wynagrodzeń.

Wykres 3.11. Przyczyny efektywniejszego wykorzystywania zasobów kadrowych na oddziale. (N=444)
(liczby odnoszą się do liczby wskazań)



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wśród innych elementów, które mogą przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania zasobów kadrowych na oddziale znalazły się następujące czynniki: więcej personelu, wyższe wynagrodzenie, docenienie przez przełożonych, lepsza organizacja pracy.

W badanych jednostkach medycznych nadzorowanych przez Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego, 13 z nich prowadzi analizy na temat produktywności pracowników. Największą produktywnością pracowników wykazują się następujące jednostki: Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu (95,07%), Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich (95%) oraz Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach (88,2%). Natomiast najmniejszą produktywność odnotowano w szpitalach: Śląskim Szpitalu Reumatologiczno - Rehabilitacyjnym w Ustroniu (81%), Szpitalu im. St. Leszczyńskiego w Katowicach, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (po 82%).

Tabela 3.26. Średnia produktywność pracy personelu medycznego w placówkach¹⁴

Placówka SPZOZ	% czasu przepracowanego	% czasu nieprzepracowanego	Nie analizujemy takich danych
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	82	18	
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	83	17	
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie			tak
Szpital Wojewódzki w Bielsku - Białej			tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu			tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju			rozpoczęto procedurę
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	82	18	
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku			tak
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	82	18	
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu			tak
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	84,18	15,42	
Szpital Specjalistyczny w Zabrze			tak
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	88,2	12,8	
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	95	16	
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	95,07	4,93	
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	85	15	

¹⁴ Podane liczby zostały wskazane przez szpitale w ankiecie wielomodułowej.



Placówka SPZOZ	% czasu przepracowanego	% czasu nieprzepracowanego	Nie analizujemy takich danych
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	83,6	16,4	
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	86,8	13,3	
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	86	14	
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	81	19	
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju			tak

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

W przypadku szpitali klinicznych, na prośbę o dokonanie analizy średniej produktywności pracy personelu medycznego odpowiedziały tylko Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze oraz Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrze, obliczając iż procent czasu nieprzepracowanego wyniósł odpowiednio 18, 17 i 14 punktów procentowych. Pozostałe placówki nie analizują takich danych.



Wnioski

1. W badanych placówkach SPZOZ zatrudnionych jest łącznie 7 648 osób, w szpitalach klinicznych - 3 368. W obu wypadkach wśród pracowników zdecydowanie przeważają kobiety.
2. Liczba osób zatrudnionych w szpitalach SPZOZ waha się od 1 192 osób w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie do 45 osób w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju.
3. W badanych placówkach SPZOZ województwa śląskiego liczba zatrudnionych z tytułami profesora, doktora habilitowanego i doktora wynosi 403 osoby. W szpitalach klinicznych zatrudnia się 416 pracowników z tytułem profesora, stopniem doktora habilitowanego lub doktora.
4. Niemal wszystkie badane placówki SPZOZ zadeklarowały, że ich pracownicy podnieśli swoje kwalifikacje. W przebadanych szpitalach klinicznych zadeklarowano, że 1 393 pracowników podniosło swoje kwalifikacje.
5. 9 spośród 21 badanych szpitali SPZOZ deklaruje braki kadrowe w niektórych specjalizacjach.

3.4. Zarządzanie kadrami placówek medycznych województwa śląskiego

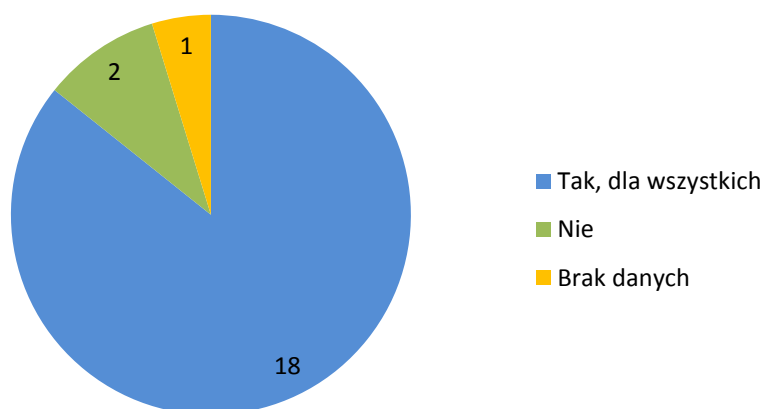


Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

1. Identyfikacja czynników sprzyjających rozwojowi pracowników w placówkach medycznych województwa śląskiego.
2. Poznanie narzędzi organizacyjnych sprzyjających podnoszeniu kwalifikacji.
3. Identyfikacja barier w dążeniu pracowników do podnoszenia kwalifikacji.
4. Poznanie motywacji i przyczyn dzielenia się wiedzą przez pracowników placówek medycznych.

W badaniu placówek medycznych, duży nacisk położono na ocenę aspektów związanych z rozwojem zawodowym pracowników. Z przebadanych 21 placówek SPZOZ, 18 deklaruje, że w placówce funkcjonuje plan szkoleń i rozwoju pracowników. Jedynie dwie placówki: Szpital Specjalistyczny w Chorzowie oraz Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu zadeklarowały, że nie ma tego typu planów.

Wykres 3.10. Funkcjonowanie planu szkoleń – rozwoju pracowników w 21 placówkach SPZOZ - liczba wskazań



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

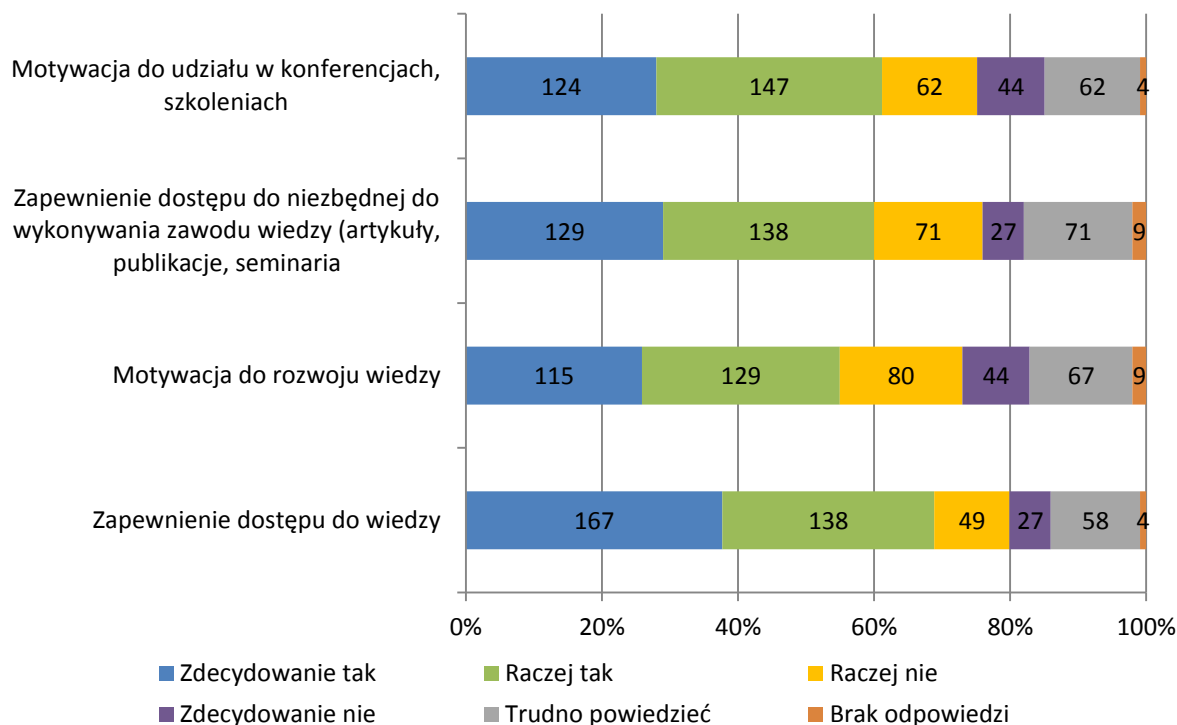
Uczestników badania opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, poproszono o ocenę kilku czynników, które mogą mieć wpływ na rozwój zawodowy kadr. Oceniano, czy w placówce zapewniony jest dostęp do wiedzy, czy motywuje się do rozwoju wiedzy, czy zapewnia się pracownikom placówki dostęp do wiedzy zawodowej – artykuły, publikacje, seminaria, itp., oraz czy motywuje się do udziału w konferencjach i szkoleniach.

Każdorazowo otrzymano po około 30% odpowiedzi „zdecydowanie tak” oraz „raczej tak”. Najbardziej pozytywnie badani wyrazili się o dostępie do wiedzy – 38% odpowiedzi „zdecydowanie tak”. Natomiast motywację do rozwoju wiedzy oceniono najniżej – 26% badanych odpowiedziało, że

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

zdecydowanie są do tego motywowani w pracy. Przy tej kategorii pojawiło się również najwięcej odpowiedzi negatywnych – 18% odpowiedzi „raczej nie” oraz 10% „zdecydowanie nie”. W badanych placówkach istnieją pewne bariery związane z motywowaniem do udziału w konferencjach czy szkoleniach – 14% odpowiedzi „raczej nie” i 10% odpowiedzi „zdecydowanie nie” – oraz z zapewnieniem dostępu pracownikom placówki niezbędnej wiedzy w postaci artykułów, publikacji, seminariów, itp. – 16% odpowiedzi „zdecydowanie nie” oraz 6% odpowiedzi „raczej nie”.

Wykres 3.11. Ocena poszczególnych aspektów związanych z rozwojem zawodowym pracownika w placówce medycznej



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Aby lepiej poznać warunki rozwoju zawodowego badanych pracowników, zadano pytanie o bariery, które napotykają oni na swojej drodze zawodowej. Było to pytanie otwarte, na które respondenci mogli udzielić dowolnej odpowiedzi. Około 60% ankietowanych nie odpowiedziało na to pytanie. Najliczniejsze kategorie stanowią:

1. Wysokie koszty udziału w szkoleniach, które nie są refundowane przez pracodawcę.
2. Niskie zarobki niepozwalające na samodzielne finansowanie kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe.
3. Brak urlopów szkoleniowych oraz delegacji na seminaria, kursy, szkolenia czy konferencje.

W niektórych przypadkach badani uzasadniali to brakiem personelu, który mógłby ich zastąpić w przypadku nieobecności z powodu wyjazdu szkoleniowego.

Warto zauważyć, że 9% badanych uważa, że nie ma barier rozwoju zawodowego.

Najmniej liczne kategorie (1-2%) utworzono z odpowiedzi wskazujących na:

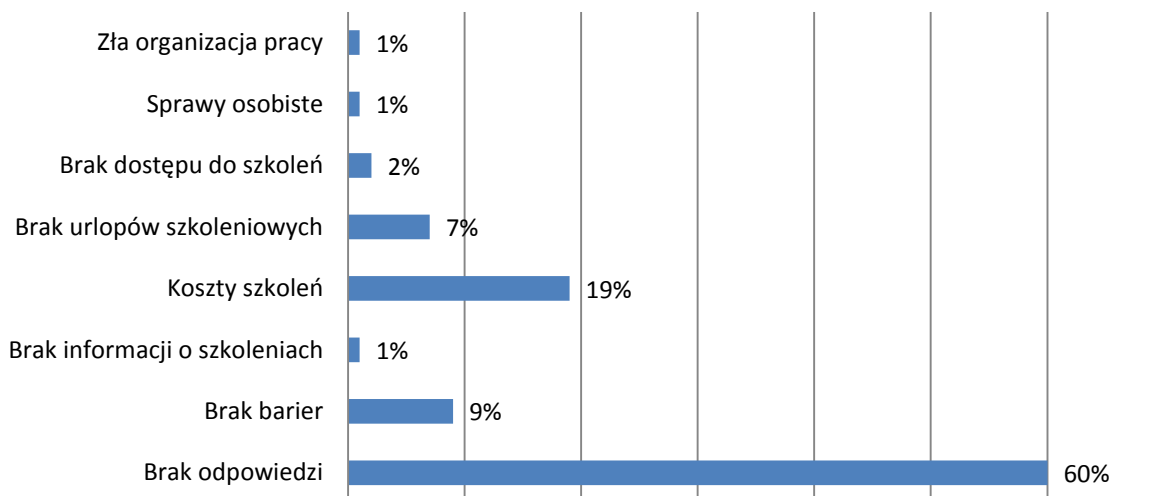
1. brak dostępu do szkoleń oraz blokowanie ich rozwoju zawodowego (2%),
2. złą organizację pracy (1%),
3. brak informacji o szkoleniach (1%),

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



4. trudności w godzeniu życia zawodowego z życiem osobistym (1%).

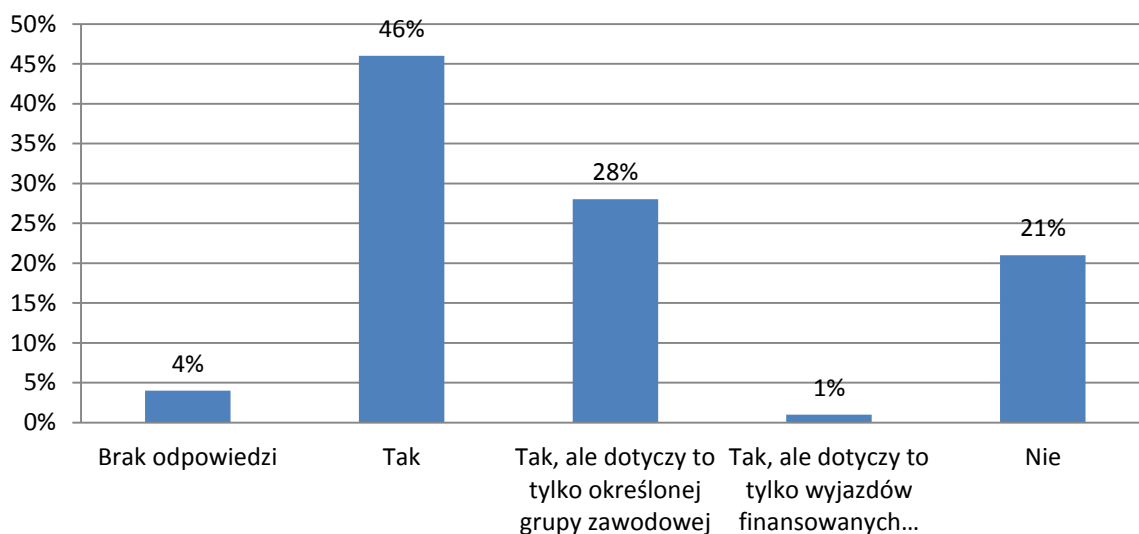
Wykres 3.12. Bariery rozwoju zawodowego – wskazania respondentów



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Oprócz możliwości rozwoju zawodowego w ramach szkoleń, kursów, czy seminariów organizowanych poza miejscem pracy, istotne jest, aby pracownicy mieli możliwość rozwoju w obrębie swojego miejsca pracy. Badanych spytano więc, czy w placówce medycznej, w której pracują zachęca się ich i motywuje do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami (np. po udziale w konferencji, szkoleniu, wizycie w innych, najczęściej zagranicznych jednostkach). Połowa respondentów potwierdziła istnienie takiej motywacji (poniższy wykres). Spośród badanych 28% zaznaczyło, że dotyczy to tylko określonej grupy zawodowej, natomiast 21% odpowiedziało, że nie są do motywowani do dzielenia się wiedzą.

Wykres 3.13. Ocena stopnia motywacji placówki do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012



Badanych poproszono, żeby odpowiedzieli, czy wymóg dzielenia się wiedzą wynika z formalnego regulaminu, czy są to inicjatywy i działania nieformalne. Połowa badanych odpowiedziała, że wynika to z nieformalnej inicjatywy pracowników, a około 40% badanych odpowiedziało, że jest to wymóg formalny.

Zdecydowana większość szpitali (15) deklaruje posiadanie zarządzenia o zwierzchnictwie służbowym. Dwie trzecie badanych szpitali potwierdza, że posiada opracowane i wdrożone profile kompetencyjne dla poszczególnych stanowisk pracy, dodatkowo 5 szpitali dysponuje opracowanymi profilami tego rodzaju, lecz nie są one wdrożone. 4 szpitale posiadają opracowane, lecz nie wdrożone systemy ocen pracowniczych. Wszystkie badane placówki wyznaczają osobę odpowiedzialną za organizację i zarządzanie w każdym oddziale. W 15 spośród badanych placówek SPZOZ powołany został zespół ds. poprawy jakości.

Tabela 3.27. Zespoły ds. poprawy jakości w placówkach SPZOZ

Placówka SPZOZ	Czy w placówce jest powołany zespół ds. poprawy jakości?
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	Tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	Tak
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	Nie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	Tak
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	Tak
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	Nie
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	Tak
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Tak
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	Tak
Szpital specjalistyczny w Zabrze	Nie
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	Nie
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	Tak
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	Tak
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	Tak
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	Tak
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	Tak
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	Tak
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	Brak danych
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	Nie

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012



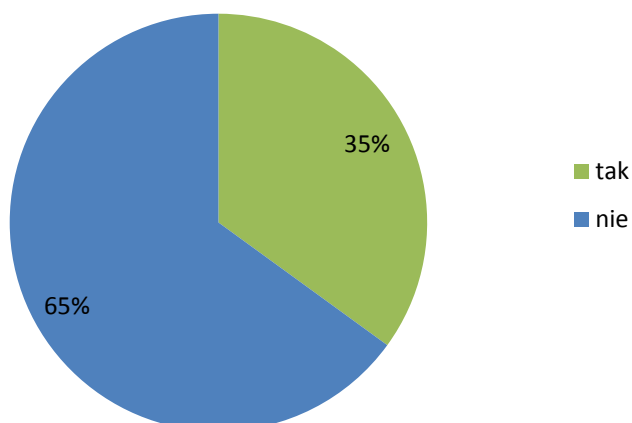
Tabela 3.28. Rzecznicy Praw Pacjenta oraz stanowiska ds. etyki w placówkach SPZOZ

Placówka SPZOZ	Czy w placówce działa Rzecznik Praw Pacjenta	Czy w placówce jest stanowisko ds. etyki
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	tak	tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	tak	tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	nie	nie
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	tak	nie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	nie	nie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	nie	brak danych
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	tak	nie
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	tak	nie
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	tak	tak
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	tak	tak
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	nie	nie
Szpital specjalistyczny w Zabrze	nie	nie
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	nie	nie
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	tak	tak
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	tak	nie
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	tak	nie
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	tak	nie
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	tak	tak
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	tak	nie
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	tak	nie
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	nie	nie

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

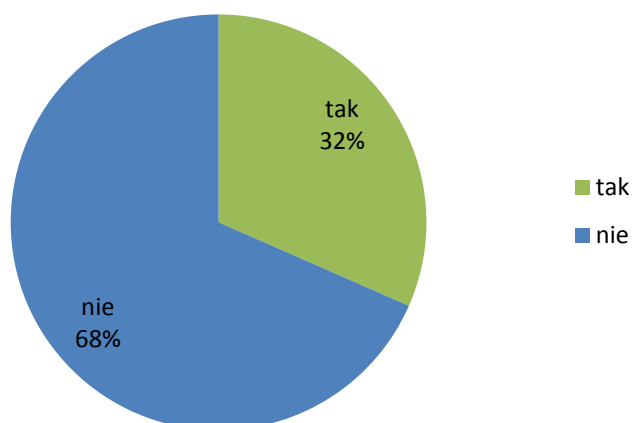


Wykres 3.14. Funkcjonowanie w placówkach SPZOZ Rzeczników Praw Pacjenta



Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Wykres 3.15. Funkcjonowanie w placówkach stanowiska ds. etyki(z pominięciem braków danych)



Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Wnioski
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <ol style="list-style-type: none"> 1. 18 z 21 placówek SPZOZ deklaruje, że w placówce funkcjonuje plan szkoleń i rozwoju pracowników. 2. Pracownicy spytani o to, czy w ich placówce medycznej zachęca się do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami (np. po udziale w konferencji, szkoleniu, wizycie w innych, najczęściej zagranicznych jednostkach) potwierdzili istnienie takiej motywacji (poniższy wykres). 3. Większość pracowników badanych 21 placówek SPZOZ uważa, że w miejscu pracy mają dostęp do niezbędnej wiedzy. 4. Blisko połowa ankietowanych uważa, że placówka medyczna, w której pracują, motywuje ich do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami. </div> </div>

3.5. Organizacja pracy i zarządzanie w placówkach służby zdrowia województwa śląskiego



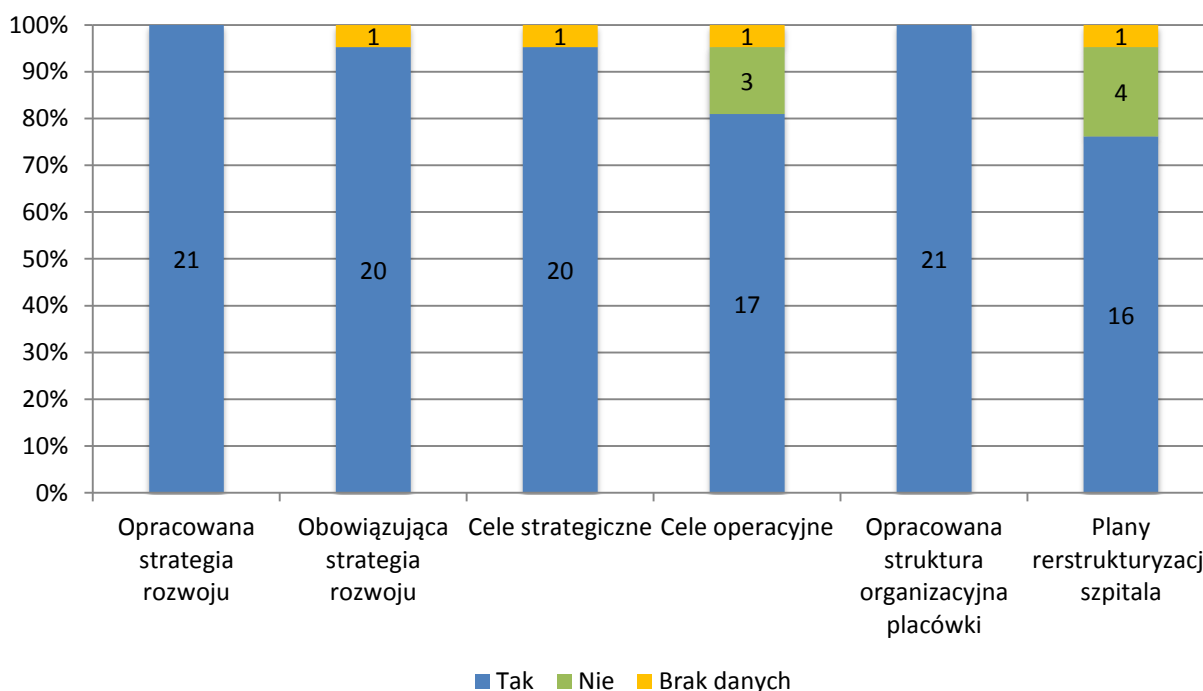
Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Pozyskanie informacji na temat organizacji pracy w placówkach oraz strategicznego zarządzania placówkami medycznymi.

Dane zebrane w tej części raportu dotyczą elementów strategicznego zarządzania placówkami medycznymi. Na strategię zarządzania składają się różnego rodzaju plany, standardy, regulaminy i procedury, które powinny być wypracowane oraz wdrożone w każdej placówce.

Wszystkie badane placówki zadeklarowały posiadanie opracowanej strategii rozwoju oraz struktury organizacyjnej placówki. Prawie wszystkie szpitale (20) uznają opracowaną strategię rozwoju za obowiązującą, posiadają one również wyznaczone cele strategiczne. Większość, bo 17 spośród badanych jednostek zadeklarowało posiadanie celów operacyjnych. Najstąbiej szpitale województwa śląskiego wypadają pod kątem posiadanych planów restrukturyzacji szpitala – ich posiadanie zadeklarowało 16 placówek.

Wykres 3.16. Elementy zarządzania strategicznego placówkami medycznymi w placówkach SPZOZ



Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

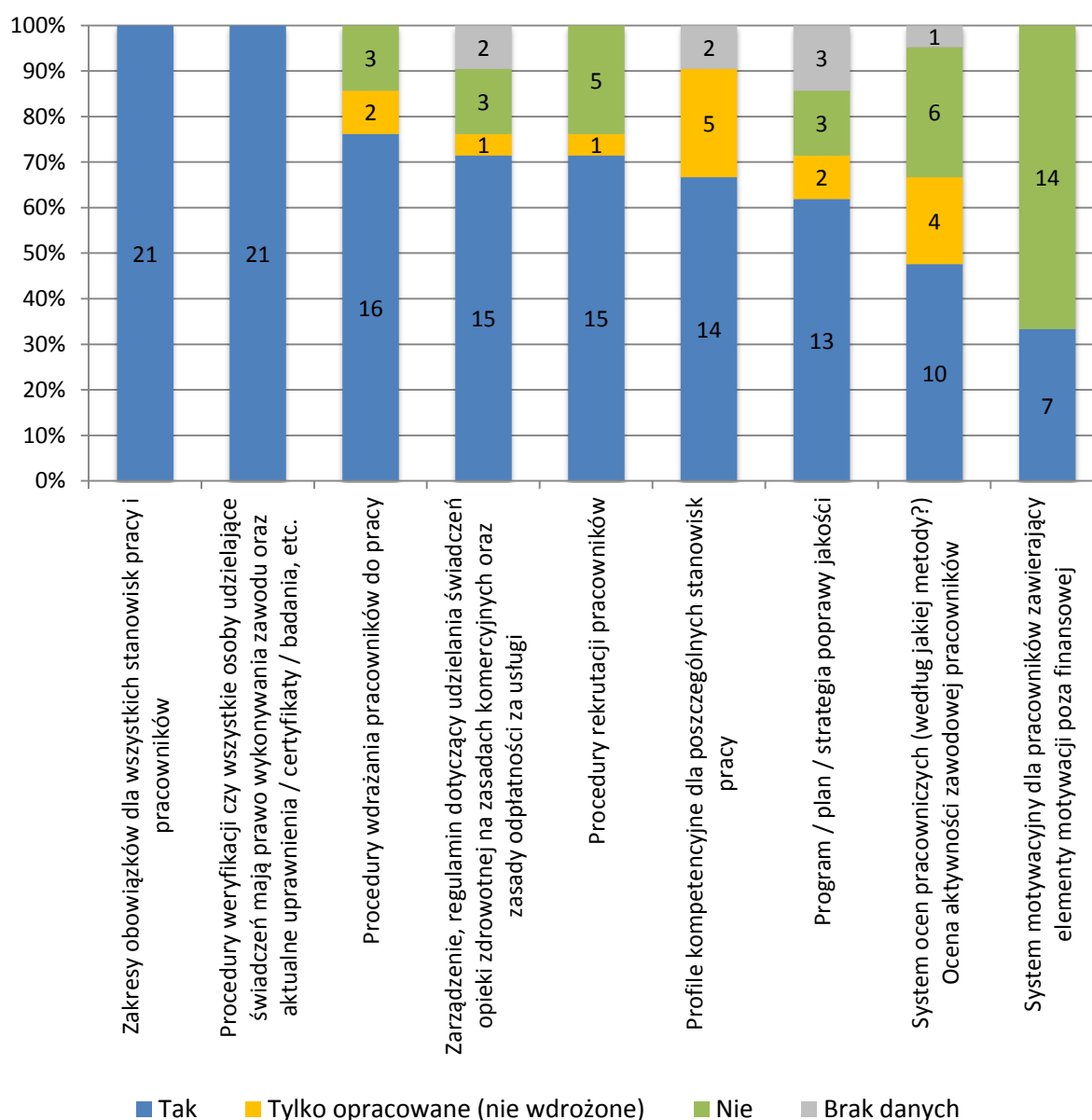
Wszystkie badane szpitale województwa śląskiego zadeklarowały, iż posiadają zakresy obowiązków dla wszystkich stanowisk pracy i pracowników oraz procedury weryfikacji posiadania przez pracowników prawa wykonywania zawodu oraz aktualnych uprawnień, certyfikatów, badań itp. (Patrz wykres poniżej). Zdecydowana większość szpitali (15) deklaruje posiadanie procedur rekrutacji

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



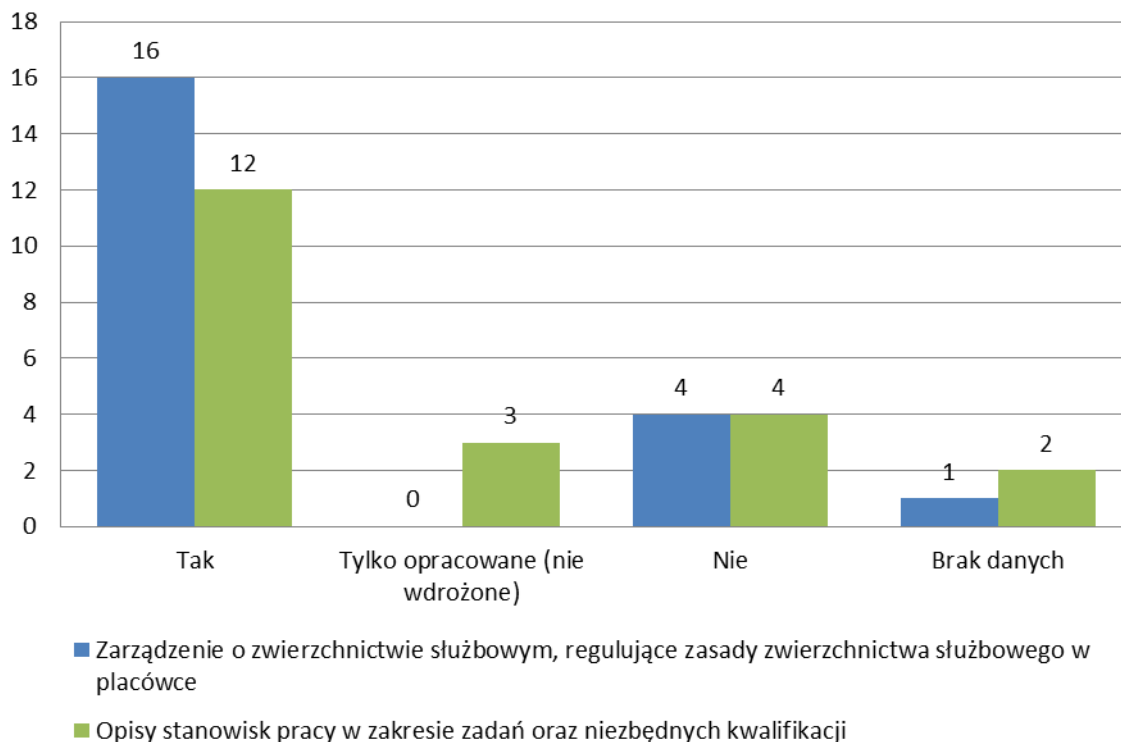
i wdrażania pracowników do pracy oraz regulaminu dotyczącego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach komercyjnych oraz zasad odpłatności za usługi. Dwie trzecie badanych szpitali deklaruje, że posiada opracowane i wdrożone profile kompetencyjne dla poszczególnych stanowisk pracy, dodatkowo 5 szpitali posiada opracowane profile tego rodzaju, lecz nie są one wdrożone. Z 21 badanych placówek, 10 zadeklarowało posiadanie systemu ocen pracowniczych oraz prowadzenie ocen aktywności pracowniczej (ankieta ISO, system okresowych ocen pracowniczych, metoda absolutna – skala punktowa, metoda opisowa). Najczęściej pojawiającym się brakiem w zarządzaniu strategicznym placówek województwa śląskiego jest brak systemów motywacyjnych dla pracowników zawierających elementy motywacji pozafinansowej. Istnienie takiego systemu zadeklarowała jedynie jedna trzecia badanych placówek.

Wykres 3.17. Opracowane dokumenty, procedury, zarządzenia w obszarze zarządzania strategicznego, zarządzania kadrami



Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Wykres 3.18. Opracowane dokumenty odnośnie zwierzchnictwa służbowego i opisów stanowisk pracy



Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

W poniższej tabeli zostały przedstawione najważniejsze cele badanych placówek SPZOZ. Najczęściej pojawiają się tu cele związane z poprawą jakości poprzez działania, takie jak: dążenie do akredytacji, dążenie do wielospecjalistyczności i kompleksowości, rozszerzanie oferty świadczeń, rozwój określonych typów leczenia, porad i terapii, rozwijanie specjalności, rozwijanie technologii i metod leczenia. Kolejną grupą celów pod względem ilości wskazań są cele o charakterze finansowym. Pojawiają się tu: zbilansowanie budżetu szpitala, obliczanie kosztów pacjenta, uzyskanie płynności, pozyskanie nowych środków, zmniejszenie kosztów działalności, zwiększenie przychodów z NFZ, zwiększenie ceny za 1 pkt, łączenie oddziałów. Trzy szpitale zgłosiły jako cel ograniczenie zatrudnienia, tyle samo zadeklarowało szkolenie personelu. Pojedyncze wskazania to: rozwój nauki i dydaktyki, zwiększenie efektywności, ograniczenie liczby łóżek i kształtowanie wizerunku.

Tabela 3.29. Najważniejsze cele placówek SPZOZ

Placówka SPZOZ	Najważniejsze cele
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	<ul style="list-style-type: none"> – panowanie nad kosztami – budżetowanie oddziałów; – uzyskanie płynności finansowej; – obliczanie jednostkowego kosztu pacjenta; – poprawa jakości – globalizacja usług, dążenie do akredytacji; – polityka personalna – dążenie do efektywnego zarządzania kadrą od 1600 do 1320 osób; – zwiększenie produktywności kadry, otwieranie się na nowe kierunki działalności; – stworzenie centrum badania rozwojowego – rozwój nauki i dydaktyki.
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	<ul style="list-style-type: none"> – pozyskanie środków finansowych zmierzających są zbilansowania środków szpitala; – kwestie związane z akredytacją – jakość, zabezpieczenia prawne, itp.

Placówka SPZOZ	Najważniejsze cele
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	<ul style="list-style-type: none"> – oferowanie usług medycznych na najwyższym poziomie, w celu utrzymania się na rynku; – zmniejszenie kosztów działalności.
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	<ul style="list-style-type: none"> – zabezpieczenie potrzeb regionu; – zabezpieczenie kadr medycznych lokalnie i regionalnie; – charakter ratunkowy placówki (największa placówka ratunkowa w regionie, trzeba ją nieustannie ulepszać i rozszerzać); – podnoszenie jakości usług; – zwiększanie efektywności placówki.
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	<ul style="list-style-type: none"> – odzyskanie płynności finansowej; – zbilansowanie szpitalne na koniec roku; – obniżenie zatrudnienia (zarówno część medyczna i niemedyczna); – szpital zadłużony na 40 mln – zadłużenie wymagalne.
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	<ul style="list-style-type: none"> – zbilansowanie działalności szpitala poprzez optymalizację liczby łóżek i pracowników (dąży do tego tzw. „program naprawczy”); – utrzymywanie płynności finansowej szpitala, którego jest drugim (a być może nawet i podstawowym celem); – działanie i walka o zdrowie i życie pacjentów jako szpital wielospecjalistyczny; – cel strategiczny - wielospecjalistyczność i kompleksowość.
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	<ul style="list-style-type: none"> – cel nadrzędny - nieustanna budowa i rozwój placówki; – poprawa standardów wyposażenia oddziałów; – rozszerzenie oferty nowych świadczeń zdrowotnych (przykładem może być budowa bloku operacyjnego).
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	<ul style="list-style-type: none"> – zbilansowanie przychodów i wydatków oraz odnowienie infrastruktury.
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	<ul style="list-style-type: none"> – orientacja na pacjenta; – udział kadry szpitalnej w poprawie jakości; – kompleksowe zarządzanie jakością; – rozwój infrastruktury; – dobra kondycja ekonomiczna.
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	<ul style="list-style-type: none"> – podnoszenie jakości poprzez doposażenie sprzętowe, modernizację; – kształtowanie wizerunku placówki; – utrzymanie płynności finansowej – optymalizacja kosztów.
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	<ul style="list-style-type: none"> – rozwój leczenia chorób wewnętrznych (więcej badań niż konkurencja); – wzrost (w porównaniu z 2011 r.) ilości porad poekspozycyjnych; – wzrost (w porównaniu z 2011 r.) ilości terapii substytucyjnej; – zmniejszenie ilości skarg.
Szpital specjalistyczny w Zabrze	<ul style="list-style-type: none"> – utrzymanie silnej pozycji szpitala na rynku usług medycznych; – utrzymanie stabilnej sytuacji finansowej; – rozwijanie naszych specjalności, np. chirurgia onkologiczna, chemioterapia.
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	<ul style="list-style-type: none"> – przetrwanie na rynku; – poszukiwanie nowych obszarów działania; – rozwijanie ginekologii onkologicznej, chirurgii i okulistyki na bazie poczynionych inwestycji z 09.2011 r. (nowoczesne bloki operacyjne).



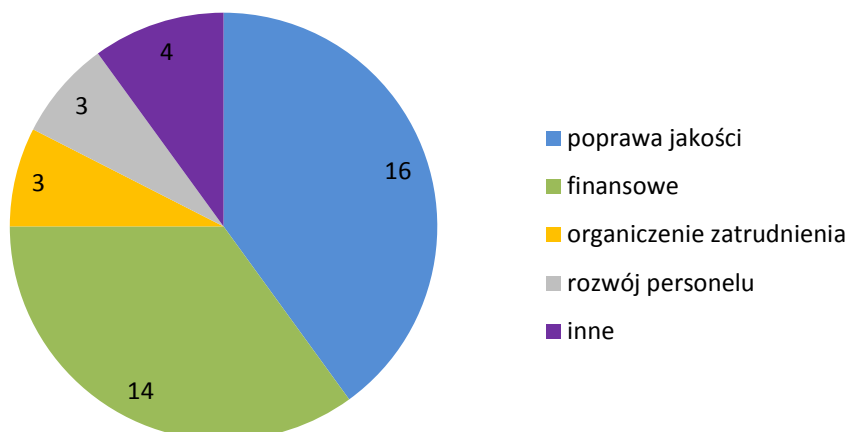
Placówka SPZOZ	Najważniejsze cele
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	<ul style="list-style-type: none"> – strategiczne – odpowiednie kształcenie personelu –aby był przygotowany do zmian; – rozwój nowych technologii i nowych metod leczenia – pilnowanie bieżących trendów (konkurencji); – lider w oparzeniach na poziomie światowym – rozwój .
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	<ul style="list-style-type: none"> – uzyskanie pozycji głównego dostawcy usług medycznych dla dzieci i młodzieży w Zagłębiu Śląsko – Dąbrowskim przy utrzymaniu pełnej płynności finansowej.
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	<ul style="list-style-type: none"> – termomodernizacja budynku, dostosowanie pomieszczeń wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia.
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	<ul style="list-style-type: none"> – realizowanie działań statutowych w warunkach stabilności finansowej; – utrzymanie dodatniej rentowności, osiągnięcie i optymalizowanie płynności finansowej; – utrzymanie systemu jakości; – doszkalanie kwalifikacji pracowników; – doskonalenie i standaryzacja opieki medycznej.
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	<ul style="list-style-type: none"> – zwiększenie przychodów z NFZ – poprawa warunków pobytu pacjentów przez różne inwestycje obecnie dokonywane
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	<p>Cel obecnie zrealizowany: przekształcony oddział ogólnopscychiatryczny w oddział psychiatrii sądowej</p> <p>Planowane cele, które wynikają również z zapisów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego:</p> <ul style="list-style-type: none"> – utworzenie oddziału dziennego; – utworzenie zespołu leczenia środowiskowego (domowego); – zwiększenie ceny za 1 pkt. na niektórych oddziałach (ogólnopscychiatrycznym oraz psychiatrii sądowej); – łączenie niektórych oddziałów celem zmniejszenia ich deficytu bez obniżania poziomu świadczenia usług medycznych; – restrukturyzacja, przekształcenie jednostki w Centrum Zdrowia Psychicznego.
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	<ul style="list-style-type: none"> – Przebudowa szpitala: zabudowanie tarasu, zainstalowanie ogniw fotowoltaicznych, rozbudowa muzeum na terenie szpitala; – rozbudowa własnej działalności gospodarczej w postaci Senior Hospitality.
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	<ul style="list-style-type: none"> – ciągła poprawa jakości leczenia i stanu zdrowia pacjentów; – realizacja założeń długoletniego planu inwestycyjnego; – szkolenia i podnoszenie kwalifikacji kadry pracowniczej; – poprawa poziomu satysfakcji opiekunów pacjentów (rodzice dzieci).

Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Skategoryzowane odpowiedzi zamieszczone zostały na wykresie poniżej, gdzie pojedyncze wskazania zostały określone jako „inne”.



Wykres 3.19. Główne cele placówek SPZOZ w województwie śląskim – liczba wskazań



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wszystkie przebadane placówki kliniczne mają cele strategiczne oraz większość ma również cele operacyjne (wyjątkiem jest Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca, który ich nie wyznaczył).

Tabela 3.30. Wykaz planów działania

Szpital kliniczny	Wykaz planów
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	Plan działania na lata 2008-2012
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	W trakcie opracowania
SPSK nr 3 w Zabrze	Plan działania z dnia 01.10.2007 r.
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	W trakcie opracowania
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	Plan działania na lata 2011-2015
SPSK nr 7 w Katowicach	Plan działania na lata 2011-2015

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wiodącymi celami strategicznymi w większości placówek są:

1. poprawa finansowego funkcjonowania;
2. wymiana sprzętu medycznego;
3. modernizacja obiektów.

Głównym celem Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze jest uzyskanie w roku 2012 pokrycia kosztów amortyzacji. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach ma zamiar odzyskać płynność finansową poprzez poprawę struktury kapitału i wskaźników finansowych, a także zwiększyć zakres świadczonych usług, czyli zadbać o większe przychody i racjonalizowanie kosztów. Ponadto, jego celem będzie uaktywnienie posiadanego potencjału (aparatura medyczna, kapitał ludzki). Wymianę przestarzałego sprzętu medycznego i zakup nowego deklaruje Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach oraz Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5 w Katowicach (np. mikroskopu elektronowego dla Oddziału Neurochirurgii, laparoskopu dla Oddziału Chirurgii Przewodu Pokarmowego). Intencją Szpitala im. Gibińskiego jest również modernizacja szpitala poprzez remont Bloku Operacyjnego Oddziału Chirurgii Przewodu Pokarmowego, Centralnej Izby Przyjęć i termomodernizacja całego obiektu. Ten sam cel mają również Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrze (remont Bloku Operacyjnego Oddziału Chirurgii Przewodu Pokarmowego) oraz

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego w Katowicach (remont Centralnej Izby Przyjęć). Odmienne są natomiast zamierzenia Górnośląskiego Centrum im. Prof. Leszka Gieca, które jako cel stawia sobie utrzymanie wiodącej pozycji na rynku.

W każdej placówce klinicznej jest opracowana struktura organizacyjna. W 4 spośród badanych placówek klinicznych obowiązują zarządzenia/regulaminy dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach komercyjnych. We wszystkich badanych szpitalach klinicznych opracowane jest zarządzenie o zwierzchnictwie służbowym

Tabela 3.31. Dokumentacja zarządzania strategicznego i przygotowanie personelu

Szpital kliniczny	Zarządzenie, regulamin dotyczący udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach komercyjnych oraz zasady odpłatności za usługi	Zarządzenie o zwierzchnictwie służbowym, regulujące zasady zwierzchnictwa służbowego w placówce
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	Brak danych	Tak
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	Tak	Tak
SPSK nr 3 w Zabrze	Nie	Tak
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	Tak	Tak
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	Tak	Tak
SPSK nr 7 w Katowicach	Tak	Tylko opracowane (nie wdrożone)

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Każdy spośród badanych szpitali klinicznych województwa śląskiego posiada opracowane następujące dokumenty:

1. Zakresy obowiązków dla wszystkich stanowisk pracy i pracowników;
2. Procedury weryfikacji, czy wszystkie osoby udzielające świadczeń mają prawo wykonywania zawodu oraz aktualne uprawnienia/certyfikaty/badania, etc.

Jeden z badanych szpitali klinicznych nie posiada opisu stanowisk pracy w zakresie zadań oraz niezbędnych kwalifikacji.

Tabela 3.32. Opracowania dotyczące pracowników

Szpital kliniczny	Zakresy obowiązków dla wszystkich stanowisk pracy i pracowników	Opisy stanowisk pracy w zakresie zadań oraz niezbędnych kwalifikacji	Procedury weryfikacji, czy wszystkie osoby udzielające świadczeń mają prawo wykonywania zawodu oraz aktualne uprawnienia/certyfikaty/badania, etc.
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	Tak	Tak	Tak
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	Tak	Tak	Tak
SPSK nr 3 w Zabrze	Tak	Tak	Tak
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	Tak	Tak	Tak
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	Tak	Tak	Tak
SPSK nr 7 w Katowicach	Tak	Nie	Tak

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Zdecydowana większość badanych szpitali klinicznych województwa śląskiego posiada procedury w obszarze zarządzania strategicznego oraz zarządzania kadrami. Jedynie dwa szpitale kliniczne posiadają systemy ocen pracowniczych.

Tabela 3.33. Procedury w obszarze zarządzania strategicznego, zarządzania kadrami

Szpital kliniczny	Profile kompetencyjne dla poszczególnych stanowisk pracy	System ocen pracowniczych	Procedury rekrutacji pracowników	Procedury wdrażania pracowników do pracy
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	Brak danych	Brak danych	Tak	Tak
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	Tak	Tak	Tak	Tak
SPSK nr 3 w Zabrze	Tak	Nie	Tak, ale tylko opracowane	Nie
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	Tak	Nie	Nie	Nie
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	Tak	Nie	Tak	Tak
SPSK nr 7 w Katowicach	Tak, ale tylko opracowane	Tak	Tak, ale tylko opracowane	Tak, ale tylko opracowane

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Dwa spośród badanych szpitali klinicznych posiadają programy/strategie poprawy jakości. Także dwa szpitale posiadają systemy motywacyjne dla pracowników zawierające elementy motywacji pozafinansowej, a trzy szpitale kliniczne posiadają systemy motywacyjne pracowników zawierające elementy motywacji finansowej.

Tabela 3.34. Procedury w obszarze zarządzania strategicznego, zarządzania kadrami cd.

Szpital kliniczny	Program/plan/strategia poprawy jakości	System motywacyjny dla pracowników zawierający elementy motywacji poza finansowej	System motywacyjny dla pracowników zawierający elementy motywacji finansowej
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	bd	Nie	Nie
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	Nie	Tak	Nie
SPSK nr 3 w Zabrze	Nie	Nie	Tak
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	bd	Nie	Tak
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	Tak	Nie	Nie
SPSK nr 7 w Katowicach	Nie	Tak	Tak

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wszystkie placówki kliniczne mają wyznaczone przez Kierownictwo osoby odpowiedzialne za organizację i zarządzanie oddziałem. Ponadto, większość decydentów placówek jest zorientowana w kwestii prognoz epidemiologicznych, demograficznych regionu, mogących mieć wpływ na działalność placówki. Jedyną instytucją, w której dyrekcja nie posiada tej wiedzy jest Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze. Informacje te są czerpane z komunikatów NFZ i Ministerstwa Zdrowia, informacji od Konsultantów Wojewódzkich/Krajowych, doniesień

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

prasowych, a także materiałów UE oraz Internetu, konferencji i szkoleń naukowych, czy też przeprowadzanych badań statystycznych. Jeżeli chodzi o dostępność tych informacji, dwa Szpitale stwierdzają trudności w tym zakresie (Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach).



Wnioski

1. Wszystkie badane placówki SPZOZ zadeklarowały, że posiadają opis strategii rozwoju oraz struktury organizacyjną placówki.
2. Zdecydowana większość badanych placówek medycznych uznaje opracowaną strategię rozwoju za obowiązującą; posiadają one również wyznaczone cele strategiczne, a znaczna ich część także cele operacyjne.
3. Wszystkie badane jednostki medyczne zadeklarowały, iż posiadają zakresy obowiązków dla wszystkich stanowisk pracy i pracowników oraz procedury weryfikacji posiadania przez pracowników prawa wykonywania zawodu oraz aktualnych uprawnień, certyfikatów, badań itp.

3.6. Sytuacja finansowa wybranych placówek medycznych woj. śląskiego



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Przedstawienie sytuacji finansowej poszczególnych placówek wraz z wyszczególnieniem najistotniejszych elementów ich budżetów odnośnie wydatków oraz źródeł finansowania.

W tej części raportu przedstawiono sytuację finansową placówek medycznych z województwa śląskiego z wyróżnieniem: przychodów, aktywów, wydatków oraz źródeł finansowania.

Najwyższy wynik finansowy w roku 2011 odnotował Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach: 6,3 mln zł, a najniższy odnotowano w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie: 30,5 mln zł. Najwyższe przychody miał Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie: 183,3 mln zł, a najniższe Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju: 3,8 mln zł. Największe aktywa posiada Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu: 264,4 mln zł, zaś najmniejsze Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju – prawie 4 mln zł. Najwyższe wydatki ogółem odnotował Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie: 198,9 mln zł, zaś najniższe Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju: 3,7 mln zł. Najwyższe wydatki na aparaturę poniósł Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach: 13,7 mln zł, zaś najniższe, zerowe, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku. Największe źródła finansowania spoza NFZ posiada Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu: 13,5 mln zł, a najniższe Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu: 108 tys. zł.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Tabela 3.35. Zestawienie sytuacji finansowej placówek województwa śląskiego (Zielony: wynik najwyższy, Niebieski: wynik najniższy; dane w PLN)

Placówka SPZOZ	Wynik finansowy	Przychody	Aktywa	Wydatki		Źródła finansowania spoza NFZ
				Ogółem	Wydatki na aparaturę	
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	6 280 208	95 482 956	106 693 522	89 202 748	13703330	958363
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	1 962 047	53 858 549	26 610 340	51 111 957	686 400	381 198
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	376 701	23 501 766	30 022 217	23 125 065	31 000	107 908
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	336 861	24 015 116	50 428 249	23 678 255	923 928	1 368 326
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	184 769	24 157 017	41 486 900	21 802 798	63 269	
Szpital specjalistyczny w Zabrze	148 064	33 667 765	30 487 835	32 059 223	160 302	2 060 019
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	140 626	59 568 388	33 068 410	59 513 650	0	2 684 014
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	130 559	3 809 963	3 971 044	3 679 404	13 208	
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	84 676	57 068 582	38 548 773	54 045 083	997 190	4 472 770
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	18 059	30 845 234	29 332 746	5 427 926	96 830	716 918
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	-542 250	6 516 933	7 974 071	7 148 920	34 336	299 604
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	-924 197	37 694 187	42 120 460	38 162 390	69 976	904 015
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	-993 156	13 829 356	9 709 168		295 999	743 378
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	-1 133 143	77 191 473	72 853 477	88 291 270	5 039 367	1 635 438
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	-6 212 428	22 899 440	39 425 782	24 982 762	7 310 430	2 685 135
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	-9 486 296	135 769 603	264 393 925	145 255 899	3 376 912	13 552 968
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	-1 216 5720	96 294 080	15 7035 827	108 900 676	959 342	10 179 363
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	-10 276 720	80 169 787	70 317 618	90 446 507	2459376	7359219
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	-14 178 878	105 906 085	51 994 166	82 631 172	639 952	5 662 940
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	-16 511 751	115 795 170	181 125 299	127 289 394	336 800	5 570 990
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	-30 477 137	183 338 635	130 032 010	198 878 774	1 175 120	6 112 525
Suma	-72 685 667	1 281 380 084	1 417 631 840	776 229 948	38 373 068	52 536 044

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Najwyższe wydatki ogółem odnotował Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, wyniosły one 198,9 mln PLN. Natomiast najniższe były wydatki Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju, które wyniosły 3,7 mln PLN. Jeśli chodzi o wydatki na aparaturę, najwyższa kwota została wydana przez Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach (13,7 mln PLN), zaś Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku nie odnotował żadnych wydatków tego rodzaju. Najwyższe wydatki inwestycyjne poniósł, podobnie jak w przypadku wydatków na aparaturę, Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach (32,1 mln PLN), zaś najniższe Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku. Najwyższą kwotę na szkolenia przeznaczono w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie (2,4 mln PLN) zaś najniższą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku (3480 PLN).

Tabela 3.36. Wydatki szpitali wojewódzkich w 2011 roku (w PLN)

Placówka SPZOZ	Wydatki ogółem	Wydatki na aparaturę	Wydatki inwestycyjne	Wydatki na szkolenia
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	145 255 899	3 376 912	20 159 676	70 869
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	127 289 394	336 800	101 307	35 212
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	198 878 774	1 175 120	3 276 673	2 402 604
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	108 900 676	959 342	1 243 456	38 962
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	82 631 172	639 952	1 920 766	12 065
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	90 446 507	2 459 376	3 788 758	38 382
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	89 202 748	13 703 330	32 078 895	80 044
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	59 513 650	0	511 955	3 480
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	88 291 270	5 039 367	14 112 819	99 012
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	54 045 084	997 190	1 216 698	19 610
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	51 111 957	686 400	804 620	7 264
Szpital specjalistyczny w Zabrze	32 059 223	160 302	3 958 189	11 665
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	24 982 762	7 310 430	7 549 606	5 699
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	23 678 255	923 928	14 613 483	274 830
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	21 802 798	63 269	4 980 252	28 002
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej		295 999	392 036	15 563
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	7 148 920	34 336	461 187	8 869

Placówka SPZOZ	Wydatki ogółem	Wydatki na aparaturę	Wydatki inwestycyjne	Wydatki na szkolenia
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	5 427 926	96 830	4 157 827	17 866
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	38 162 389	69 976	1 378 237	14 061
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	23 125 065	31 000	1 033 140	106 687
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	3 679 404	13 208	40 543	15 506

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Szpitaly znacznie różnią się pod względem tego, jaka część ponoszonych przez nie wydatków ma charakter inwestycyjny. Wskaźnik ten waha się od 76,6% w Specjalistycznym Zespole Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej do tylko 0,08% w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku. Wśród wydatków inwestycyjnych niewątpliwie szczególne znaczenie mają te związane z funkcjonowaniem szpitalnej aparatury medycznej (wymiana, modernizacja). Ich udział w wydatkach inwestycyjnych waha się od 29,26% w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach do 0,18% w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu. Warto również odnotować, że Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku w 2011 w ogóle nie poniósł kosztów tego typu. Jeśli chodzi natomiast o udział wydatków na szkolenia w łącznych wydatkach szpitali, różnice są znacznie mniej widoczne – od 1,21% w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie do 0,01% w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu.

Tabela 3.37. Udział poszczególnych rodzajów wydatków szpitali wojewódzkich w 2011 roku (%)

Szpital	Wydatki inwestycyjne w wydatkach ogółem	Wydatki na aparaturę w wydatkach inwestycyjnych	Wydatki na szkolenia w wydatkach ogółem
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	13,88%	2,32%	0,05%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	0,08%	0,26%	0,03%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	1,65%	0,59%	1,21%
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	1,14%	0,88%	0,04%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	2,32%	0,77%	0,01%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	4,19%	2,72%	0,04%
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	35,96%	15,36%	0,09%
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i	0,86%	0,00%	0,01%



Szpital	Wydatki inwestycyjne w wydatkach ogółem	Wydatki na aparaturę w wydatkach inwestycyjnych	Wydatki na szkolenia w wydatkach ogółem
Psychicznie Chorych w Rybniku			
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	15,98%	5,71%	0,01%
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	brak danych	brak danych	brak danych
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	1,57%	1,34%	0,01%
Szpital specjalistyczny w Zabrze	12,35%	0,50%	0,04%
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	30,22%	29,26%	0,02%
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	61,72%	3,90%	1,16%
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	22,84%	0,29%	0,13%
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	brak danych	brak danych	brak danych
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	6,45%	0,48%	0,12%
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	76,60%	1,78%	0,33%
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	3,61%	0,18%	0,04%
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	brak danych	brak danych	brak danych
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	1,10%	0,36%	0,42%

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Najwyższy wynik finansowy brutto odnotowany został w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie (1,96 mln PLN). Natomiast najniższy miał Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (-16,5 mln PLN).

Tabela 3.38. Wynik finansowy brutto szpitali w roku 2011 (w PLN)

Placówka SPZOZ	Wynik finansowy
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	- 9 486 296
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	-16 511 751
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	-30 477 137
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	-12 165 720
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	-14 178 878
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	-10 276 720



Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	6 280 208
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	140 626
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	-1 133 143
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	84 676
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	1 962 047
Szpital specjalistyczny w Zabrze	148 064
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	-6 212 428
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	336 861
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	184 769
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	-993 156
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	-542 250
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	18 059
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	- 924 197
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	376 701
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	130 559

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

W większości placówek wystąpiły nadwykonania – w większości przypadków była to nadwyżka wielkości kilku procent. W dwóch przypadkach (Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach i Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu) nadwyżka była znacznie wyższa¹⁵. Najniższą nadwyżkę (nieprzekraczającą 0,1%) odnotował Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich.

Tabela 3.39. Kontrakty i nadwykonania zrealizowane w placówkach SPZOZ w 2011 roku

Placówka SPZOZ	Kontrakty zrealizowane (zł)	Nadwykonania (zł)	Wskaźnik nadwyżki w %
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	117488888	5037940	4,3
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	106467777	3914981	3,7
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	181730393	11706407	6,4
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	87787073	4364973	5,0
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	91954311	8288834	9,0
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	72862449	9811774	13,5
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	39736	4287643	10 790,3
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	53 189 853	186 137	0,3
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	75035007	24139	0,03
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	55140414	2497306	4,5

¹⁵ Podane liczby są deklaracją szpitali, wskazaną w ankiecie wielomodułowej.



Placówka SPZOZ	Kontrakty zrealizowane (zł)	Nadwykonania (zł)	Wskaźnik nadwyżki w %
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	29551743	161290	0,5
Szpital specjalistyczny w Zabrze	31607747	1599590	5,1
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	Brak danych	Brak danych	Brak danych
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	21288727	2133654	10,0
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	22739022	22797642	100,3
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	13085978	239086	1,8
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	6053365	880761	14,5
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	28854829	1198320	4,2
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	34775266	499925	1,4
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	21617077	340395	1,6
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	3645560	38182	1,0

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Poniższe cztery tabele przedstawiają wyniki finansowe w przebadanych szpitalach klinicznych.

Najwyższy wynik finansowy brutto miał SPSK nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca (12 mln zł), zaś najniższy SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach (-4,8 mln zł).

Tabela 3.40. Wyniki finansowe brutto przebadanych szpitali klinicznych w 2011 roku

Szpital kliniczny	Wynik finansowy brutto
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach	-4 836 860
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach	-1 878 484
SPSK nr 3 w Zabrze ŚUM w Katowicach	723 105
SPSK im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach	4 262 674
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	-3889 632
SPSK nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. L. Gieca	12 100 594

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Najwyższe wydatki ogółem odnotował SPSK nr 7 w Katowicach (238,6 mln zł), a najniższe SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach (4 mln zł). Najwyższe wydatki inwestycyjne miał SPSK nr 7 w Katowicach (18,5 mln zł) a najwyższe SPSK nr 3 w Zabrze (3,5 mln zł). Jeśli chodzi o wydatki na aparaturę to najwyższe odnotowano w SPSK nr 7 w Katowicach (6,9 mln zł) zaś najniższe w SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze (1,8 mln zł). W kwestii wydatków na szkolenia również przodował SPSK nr 7 w Katowicach (107 tys. zł), zaś najmniej wydano w SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach (22 tys. zł).



Tabela 3.41. Wydatki w szpitalach klinicznych w 2011 roku

Szpital kliniczny	Wydatki ogółem	Wydatki inwestycyjne ogółem	Wydatki na aparaturę	Wydatki na szkolenia
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	88 879 501	3 512 253	1 763 964	50 572
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	86 669 269	5 890 344	5 026 600	27 140
SPSK nr 3 w Zabrze	10 000 484	3 494 332	2 542 215	18 206
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	142 283 715	14 507 286	2 710 143	37 799
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	4 078 417	4 056 707	2 493 162	21 710
SPSK nr 7 w Katowicach	238 656 147	18 473 027	6 971 832	106 751

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Szpitaly kliniczne bardzo różnią się pod względem udziału wydatków inwestycyjnych w wydatkach ogółem – w SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach wyniosły one ponad 99%, podczas gdy w SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze tylko 3,95%. Jeśli chodzi o wydatki na aparaturę to stanowiły one od 18,68% wydatków inwestycyjnych w SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach do 85,34% w SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach. Wydaje się więc, że odsetek wydatków inwestycyjnych przeznaczanych na zakup sprzętu nie jest powiązany z ogólną wysokością wydatków inwestycyjnych szpitala. Procent wydatków przeznaczanych na szkolenia był znacznie mniej zróżnicowany – do 0,03% w SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach do 0,53% w SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach. Oznacza to, że żadna z placówek klinicznych nie przeznaczyła na szkolenie personelu więcej niż 1% z ogólnej puli swoich wydatków.

Tabela 3.42. Udział poszczególnych rodzajów wydatków szpitali klinicznych w 2011 roku (%)

Placówka	Wydatki inwestycyjne w wydatkach ogółem	Wydatki na aparaturę w wydatkach inwestycyjnych	Wydatki na szkolenia w wydatkach ogółem
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	3,95%	50,22%	0,06%
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	6,80%	85,34%	0,03%
SPSK nr 3 w Zabrze	34,94%	72,75%	0,18%
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	10,20%	18,68%	0,03%
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	99,47%	61,46%	0,53%
SPSK nr 7 w Katowicach	7,74%	37,74%	0,04%

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Najwyższe przychody ogółem miał SPSK nr 7 w Katowicach, wyniosły one 250,5 mln zł. Była to jednocześnie placówka o najniższym procentowym udziale kontraktu z NFZ w przychodach (84%). Najniższy przychód miał natomiast SPSK nr 3 w Zabrze (11,7 mln zł), placówka o najwyższym stopniu finansowania z NFZ (93%, ex aequo z SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach).



Tabela 3.42. Przychody w szpitalach klinicznych w 2011 roku

Szpital kliniczny	Wysokość kontraktu z NFZ (zł)	Finansowanie spoza NFZ (zł)	Przychody ogółem (zł)	Procent wysokości kontraktu z NFZ w przychodach ogółem	Procent zewnętrznych źródeł finansowania w przychodach ogółem
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	79 150 528	13 375 574	92 438 897	86%	14%
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	78 693 430	6 097 354	84 790 784	93%	7%
SPSK nr 3 w Zabrze	10921671	14611300	11710811	93%	7%
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	133 076 210	13 470 179	146 546 389	91%	9%
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	83 981 935	6317906	94031514	89%	11%
SPSK nr 7 w Katowicach	209336248	41 148 116	250484364	84%	16%

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Najwięcej nadwykonań odnotował SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze (2,8%), zaś najmniej SPSK nr 7 w Katowicach (0,03%).

Tabela 3.43. Finansowanie w szpitalach klinicznych – cd.

Szpital SPZOZ	Kontrakty zrealizowane	Nadwykonania	Wskaźnik nadwyżki w %
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	79 088 798	2184372	2,8
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	78 773 980	80 549	0,1
SPSK nr 3 w Zabrze	10 921 671	258 729	2,4
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	133 076 210	Brak danych	Brak danych
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	85 320 131	1 338 195	1,6
SPSK nr 7 w Katowicach	209205823	61 478	0,03

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

Wnioski
<ol style="list-style-type: none"> 1. Najwyższy wynik finansowy brutto odnotował Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach, a najniższy Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie 2. Najwyższe wydatki ogółem miał Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, natomiast najniższe były wydatki Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju. 3. Najwyższa procentowo nadwyżka wystąpiła w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, najniższa zaś w Szpitalu im. St. Leszczyńskiego w Katowicach. 4. Najwyższy wynik finansowy brutto miał SPSK nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca, zaś najniższy SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach.



5. **Wśród placówek klinicznych najwyższe wydatki ogółem odnotował SPSK nr 7 w Katowicach, a najniższe SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach**
6. **Wśród placówek klinicznych, najwyższe przychody ogółem miał SPSK nr 7 w Katowicach, placówka o najniższym procentowym udziale kontraktu z NFZ w przychodach. Najniższy przychód miał zaś SPSK nr 3 w Zabrze, gdzie udział kontraktu z NFZ był najwyższy (równy temu w SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach).**
7. **Wśród placówek klinicznych najwyższą nadwyżkę miał SPSK nr 7 w Katowicach, zaś najniższą SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze.**

3.7. Systemy zapewnienia jakości i procedury bezpieczeństwa pacjentów



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Przedstawienie aktualnego stanu oraz działań podejmowanych przez jednostki medyczne w zakresie zapewniania jakości świadczonych usług.

Do badanych placówek skierowano pytania odnoszące się do posiadanych certyfikatów oraz wdrożonych procedur. Jedna czwarta badanych jednostek SPZOZ posiada akredytację, ponad połowa jednostek takiej akredytacji nie posiada, a jedna piąta jest w trakcie jej zdobywania.

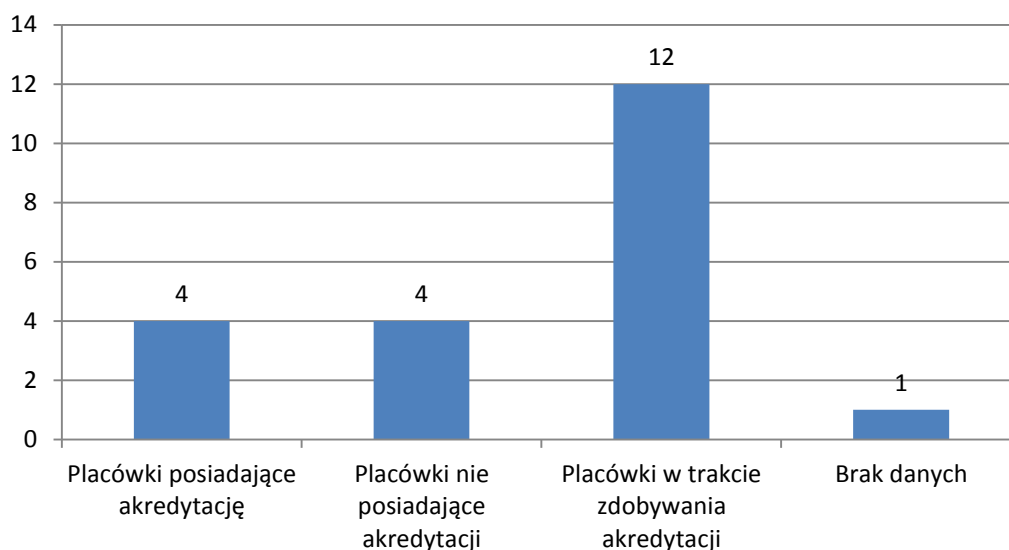
Tabela 3.44. Placówki posiadające akredytację

Szpital	Czy placówka posiada akredytację?	Rok uzyskania akredytacji
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	Nie	
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	W trakcie	
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	Nie	
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	W trakcie	
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	Nie	
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	Nie	
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	Nie	
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	Nie	
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	Tak	2010
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Nie	
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	Nie	
Szpital specjalistyczny w Zabrze	Nie	
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	Nie	
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	Tak	2004
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	Tak	2009
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	Tak	2010
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	W trakcie	
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	W trakcie	
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	Nie	
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	Brak danych	
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	Nie	

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012



Wykres 3.20. Liczba SPZOZ (spośród 21 objętych badaniem) na terenie województwa śląskiego posiadających akredytację



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Spośród badanych szpitali 11 posiada wdrożony system zarządzania jakością ISO dla całej placówki, 3 jednostki posiadają certyfikat dla części placówki, 1 placówka nie posiada certyfikatu, 1 placówka jest w trakcie zdobywania go.

Tabela 3.45. Placówki SPZOZ w województwie śląskim posiadające akredytację ISO – stan na rok 2012

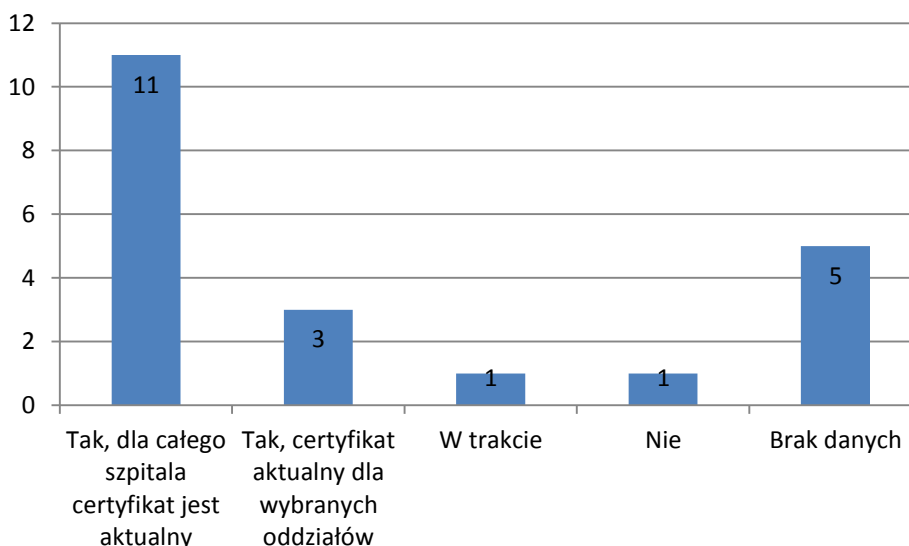
Placówka SPZOZ	Czy placówka wdrożyła system zarządzania jakością ISO?
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	Tak, dla całego szpitala certyfikat jest aktualny
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Tak, dla całego szpitala certyfikat jest aktualny
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	Tak, dla wybranych oddziałów, certyfikat jest aktualny, tj. dla komórek organizacyjnych zlokalizowanych w obiekcie przy ul. Białskiej 104/118 (58 komórek)
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Tak, dla całego szpitala certyfikat jest aktualny
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	Brak danych
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	W trakcie wdrażania
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	Tak, dla wybranych oddziałów, certyfikat jest aktualny, tj. onkologii, radioterapii, ginekologii i położnictwa, medycyny wewnętrznej, chirurgii krótkoterminowej, endoskopii, bronchoskopii, diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej, ultrasonograficznej
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	Brak danych



Placówka SPZOZ	Czy placówka wdrożyła system zarządzania jakością ISO?
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	Tak, dla wybranych oddziałów, certyfikat jest aktualny, tj. Laboratorium, Dział Żywienia, Zakład Diagnostyki Obrazowej
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Brak danych
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	Brak danych
Szpital specjalistyczny w Zabrze	Tak, dla całego szpitala certyfikat jest aktualny
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	Nie
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	Tak, dla całego szpitala certyfikat jest aktualny
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	Tak, dla całego szpitala certyfikat jest aktualny
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	Tak, dla całego szpitala certyfikat jest aktualny
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	Tak, dla całego szpitala certyfikat jest aktualny
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	Tak, dla całego szpitala certyfikat jest aktualny
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	Tak, dla całego szpitala certyfikat jest aktualny
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	Brak danych
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	Tak, dla całego szpitala certyfikat jest aktualny

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wykres 3.36. Liczba SPZOZ (spośród 21 objętych badaniem) na terenie województwa śląskiego posiadających wdrożony system zarządzania jakością (ISO)



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Żadna z przebadanych placówek klinicznych nie posiada akredytacji. W pięciu placówkach system zarządzania jakością ISO jest aktualny i wdrożono go na wszystkich oddziałach. Natomiast w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 7 w Katowicach objął on tylko niektóre oddziały, ale jest również aktualny. Ponadto, tylko w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach, Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 3 w Zabrze oraz w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. A. Mielęckiego w Katowicach został powołany zespół ds. poprawy jakości.

W ponad połowie badanych jednostek SPZOZ (67%) obowiązują procedury powiadamiania rodziny lub wskazanej osoby o nagłym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta, które są stosowane rutynowo, a nie sporadycznie.

Tabela 3.46. Występowanie procedury powiadamiania o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta w badanych placówkach SPZOZ

Placówka SPZOZ	Procedura powiadamiania rodziny lub wskazanej osoby o nagłym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta (stosowana rutynowo, a nie sporadycznie)
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	Tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	Nie
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	Nie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	Tak
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	Nie
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	Tak
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	Tak
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Tak
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	Tylko na niektórych oddziałach
Szpital Specjalistyczny w Zabrze	Nie
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	Tylko na niektórych oddziałach
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	Tak
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	Tak
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	Tak
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	Tak
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	Tak
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	Tak
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	Brak danych
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	Nie

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

We wszystkich 21 SPZOZ objętych badaniem obowiązuje system identyfikacji pracowników placówki.

Placówki medyczne zapytano, czy mają opracowane i wdrożone następujące dokumenty procedury, zarządzenia w zakresie bezpieczeństwa:

A	Skoordynowane procedury redukowania ryzyka endemicznych i epidemiologicznych zakażeń szpitalnych u pacjentów i pracowników, w następujących standardach, tj. mycie rąk, sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń i sprzętu użytkowego, sterylizacja sprzętu, izolacja
B	Procedury postępowania z chorym o podwyższonym ryzyku
C	Program monitorowania zakażeń szpitalnych uwzględniający wszystkie elementy w standardzie
D	System regularnej oceny/analizy przedłużających się pobytów pacjentów
E	System regularnej oceny/analizy zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta
F	System regularnej oceny/analizy reoperacji
G	Procedury związane z wydawaniem leków
H	Regulamin zarządzania informacją w placówce
I	Regulamin prowadzenia rodzajów, zakresu dokumentacji medycznej
J	Regulamin przechowywania dokumentacji medycznej
K	Procedury placówki związane z zabezpieczeniem dokumentacji medycznej i poufnością danych

W tabeli zaznaczono, które spośród tych procedur nie są wdrożone w poszczególnych placówkach.

Tabela 3.47. Opracowane i wdrożone dokumenty i procedury w zakresie bezpieczeństwa w 21 placówkach SPZOZ

Placówka SPZOZ	Procedury, które nie występują w danej placówce
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	Wszystkie procedury są wdrożone
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Wszystkie procedury są wdrożone
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	D, E, F
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	D (opracowane, nie wdrożone), F (opracowane, nie wdrożone)
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	D, F, H, I, J
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	D, E (opracowane, nie wdrożone), F
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	F
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	D, E, F
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	Wszystkie procedury są wdrożone
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	B, F
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	D (opracowane, nie wdrożone), F, H, I
Szpital specjalistyczny w Zabrze	D, E, F
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	D, F, H, I (opracowane, nie wdrożone), J (opracowane, nie wdrożone), K (opracowane, nie wdrożone)
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	Wszystkie procedury są wdrożone



Placówka SPZOZ	Procedury, które nie występują w danej placówce
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	D, E (opracowane, nie wdrożone), F
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	Wszystkie procedury są wdrożone
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	Wszystkie procedury są wdrożone
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	F (opracowane, nie wdrożone)
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	Wszystkie procedury są wdrożone
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	Brak danych
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	B, C (opracowane, nie wdrożone), D, F

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Tabela 3.48. Procedury obowiązujące w placówkach klinicznych

Procedura	Liczba placówek klinicznych, w których wdrożono procedury
Skoordynowane procedury redukowania ryzyka endemicznych i epidemiologicznych zakażeń szpitalnych u pacjentów i pracowników, w następujących standardach, tj. mycie rąk, sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń i sprzętu użytkowego, sterylizacja sprzętu, izolacja	6
Procedury postępowania z chorym o podwyższonym ryzyku	6
Program monitorowania zakażeń szpitalnych uwzględniający wszystkie elementy w standardzie	6
System regularnej oceny/analizy przedłużających się pobyków pacjentów	2
System regularnej oceny/analizy zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta	3
System regularnej oceny/analizy reoperacji	0
Regulamin zarządzania informacją w placówce	4
Regulamin prowadzenia rodzajów, zakresu dokumentacji medycznej	5
Regulamin przechowywania dokumentacji medycznej	5
Procedury placówki związane z zabezpieczeniem dokumentacji medycznej i poufnością danych	6
Procedury związane z wydawaniem leków	5

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

W 18 spośród 21 badanych placówek SPZOZ obowiązuje procedura drugiej opinii/konsultacji zewnętrznych. Procedura nie występuje w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oraz w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze; brak również danych odnośnie Śląskiego Szpitala Reumatologiczno - Rehabilitacyjnego w Ustroniu.



Rzadkością jest korzystanie z rozwiązań z zakresu telemedycyny¹⁶ – wykorzystuje je zaledwie 5 spośród badanych placówek oraz jeden ze szpitali tylko na niektórych oddziałach.

Tabela 3.50. Wykorzystanie rozwiązań z zakresu telemedycyny w przebadanych placówkach SPZOZ – stan na rok 2012

Placówka SPZOZ	Rozwiązania z zakresu telemedycyny
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	Tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	Tylko na niektórych oddziałach
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Nie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	Nie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	Nie
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	Tak
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	Nie
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	Nie
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Nie
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	Nie
Szpital specjalistyczny w Zabrze	Nie
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	Nie
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	Nie
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	Tak
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	Brak danych
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	Nie
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	Tak
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	Nie
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	Brak danych
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	Nie

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

¹⁶Na potrzeby badania jako telemedycynę traktowano konsultacje pomiędzy specjalistami na odległość. W szczególności analizowano, czy specjaliści dzięki wykorzystaniu nowych technologii i przełamując bariery geograficzne, wymieniają specjalistyczne informacje przysyłając obrazy statyczne, jak i dynamiczne (przesyłanie najwyższej jakości zdjęć EKG, USG, MRI). Nie brano tutaj pod uwagę formy świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej na odległość.



Tabela 3.51. Zastosowanie wybranych procedur w szpitalach klinicznych

Procedura	Liczba placówek, w których są stosowane procedury
Procedura powiadamiania rodziny lub wskazanej osoby o nagłym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta (stosowana rutynowo, a nie sporadycznie)	4
System identyfikacji pracowników placówki – pracownicy są zobowiązani do noszenia identyfikatorów. Pacjent ma możliwość identyfikacji każdego pracownika	6
Procedura drugiej opinii/konsultacji zewnętrznych	3
Rozwiązania z zakresu telemedycyny	3

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

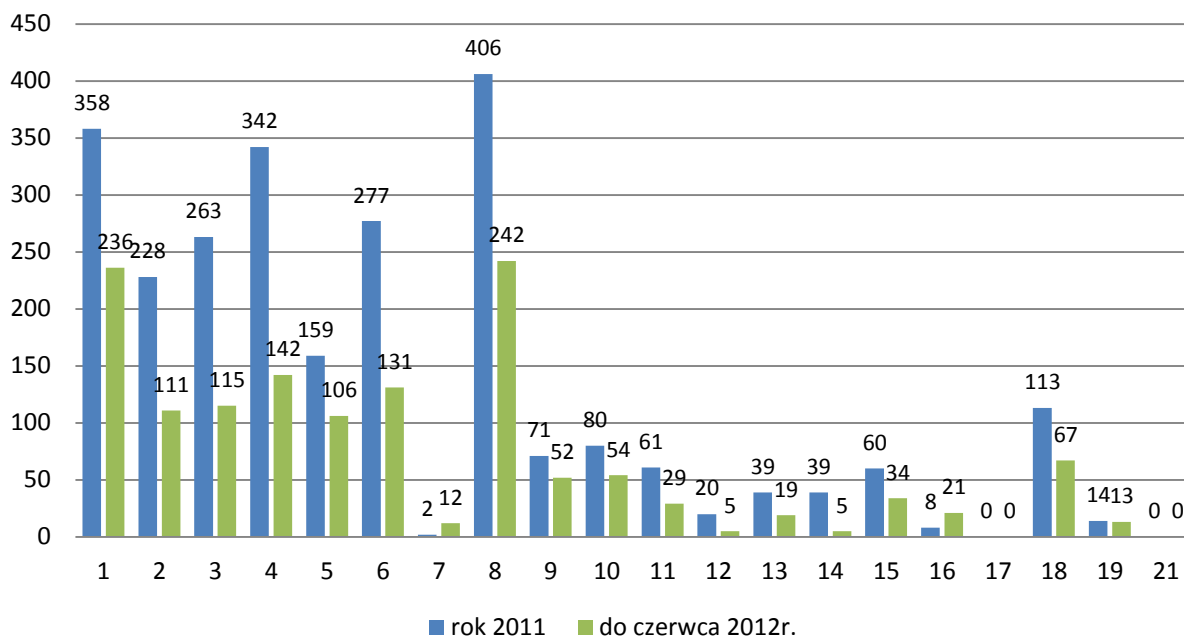
Na wykresach poniżej przedstawiono dane dotyczące liczby zakażeń. Łącznie w badanych szpitalach w 2011 roku doszło do 2 540 zakażeń. Do największej liczby zakażeń doszło w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (406 zakażeń - 6,88% w stosunku do ogółu przyjętych pacjentów). Jest to dość zaskakująca informacja biorąc pod uwagę specjalizację szpitala. W innych szpitalach o podobnej specjalizacji nie potwierdza się ta prawidłowość. Drugim w kolejności, pod względem liczby zakażeń w 2011r. jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, gdzie doszło do 358 zakażeń, ale stanowiło to już tylko 1,7% w stosunku do ogółu przyjętych pacjentów. Trzecim szpitalem pod względem ilości zakażeń był Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej; doszło w nim do 342 zakażeń, które stanowiły 2,7% względem ogółu przyjętych pacjentów. W dwóch szpitalach, w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju oraz w Szpitalu Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie nie doszło do żadnych zakażeń.

Do czerwca 2012 roku łączna ilość zakażeń w przebadanych szpitalach wynosiła 1394. Ponownie do największej liczby zakażeń doszło w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, było to aż 242 zakażeń i w stosunku do ogółu przyjętych pacjentów stanowiło to 11,2%. Drugim w kolejności, jeżeli chodzi o liczbę zakażeń, do której doszło do czerwca 2012r. jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu; doszło tam do 236 zakażeń, co stanowiło to 2% w stosunku do ogółu przyjętych pacjentów. Trzecim szpitalem pod względem ilości zakażeń był Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, gdzie odnotowano 142 zakażenia, co stanowiło 2,4% względem ogółu przyjętych pacjentów. Ponownie w dwóch szpitalach nie doszło do żadnych zakażeń i są to te same szpitale, które nie odnotowały zakażeń rok wcześniej.

Spośród szpitali, które zostały poddane analizie oraz udostępniły dane, 75% deklaruje, iż odsetek zakażeń, do których doszło w szpitalu nie jest wyższy niż w 2010 roku. 25% podaje, iż liczba zakażeń przekroczyła w ich szpitalach liczbę zakażeń z 2010 roku.



Wykres 3.21. Liczba zakażeń w placówkach SPZOZ w 2011 i w 2012 roku (do czerwca)



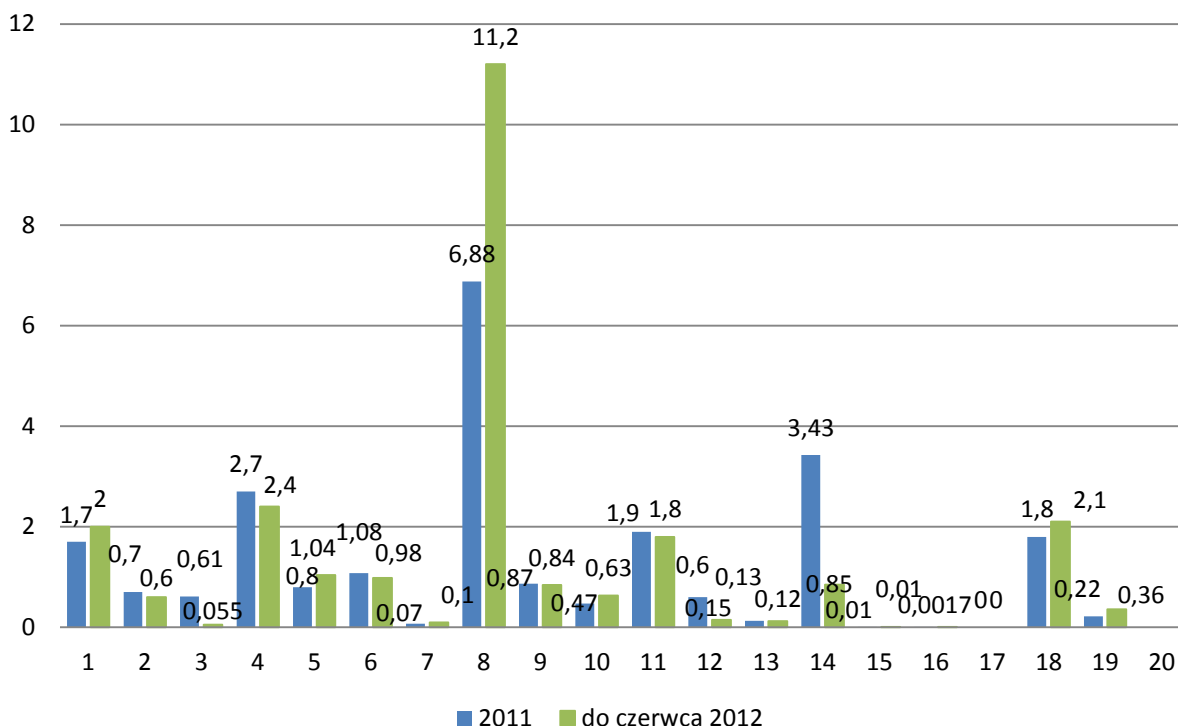
Legenda:

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
4. Szpital Wojewódzki w Bielsku – Białej
5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
7. Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
8. Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku
9. Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
10. Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
11. Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
12. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
13. Szpital specjalistyczny w Zabrze
14. Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
15. Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
16. Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
17. Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
18. Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
19. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
20. Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju
21. Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu – brak danych

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012



Wykres 3.22. Odsetek zakażeń w placówkach SPZOZ w 2011 i w 2012 roku (do czerwca)



Legenda:

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
4. Szpital Wojewódzki w Bielsku – Białej
5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
7. Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
8. Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
9. Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
10. Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
11. Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
12. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
13. Szpital specjalistyczny w Zabrze
14. Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
15. Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
16. Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
17. Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
18. Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
19. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
20. Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju
21. Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu – brak danych

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012



Tabela 3.52. Liczba i odsetek (do ogółu przyjętych pacjentów) zakażeń szpitalnych w 2011 roku, do czerwca 2012 roku w przebadanych placówkach SPZOZ

Placówka SPZOZ	Do 2011 roku		Do czerwca 2012 roku		Czy odsetek wyższy niż w 2010 roku?
	Liczba	Odsetek (w %)	Liczba	Odsetek (w %)	
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	358	1,7%	236	2%	Nie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	228	0,7%	111	0,6%	Nie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	263	0,61%	115	0,55%	Nie
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	342	2,7%	142	2,4%	Nie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	159	0,8%	106	1,04%	Nie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	277	1,08%	131	0,98%	Nie
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	2	0,07%	12	0,1%	Nie
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	406	6,88%	242	11,2%	Nie
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	71	0,87%	52	0,84%	Tak
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	80	0,47%	54	0,63%	Tak
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	61	1,9%	29	0,84%	Nie
Szpital specjalistyczny w Zabrze	20	0,6%	5	0,15%	Nie
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	39	0,13%	19	0,12%	Nie
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	39	3,43%	5	0,85%	Tak
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	60	0,01%	34	0,01%	Nie
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	8	0,0017%	21	0,0093%	Tak
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	0	0,0%	0	0,0%	Nie
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	113	1,8%	67	2,1%	Tak
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	14	0,22%	13	0,36%	Nie
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	Brak danych	Brak danych	Brak danych	Brak danych	Brak danych
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	0	0%	0	0%	Nie

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012



Tendencję wzrostową zakażeń w stosunku do 2010 roku odnotowały 4 placówki (SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze, SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach, SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach SPSK nr 7 w Katowicach). Przyczyn można upatrywać we wzroście liczby badań mikrobiologicznych wykonywanych u hospitalizowanych, modernizacji systemu elektronicznego, nowych metodach diagnostyki oraz specyficznych schorzeń u przyjmowanych pacjentów. Poniższa tabela przedstawia liczbę zakażeń w placówkach klinicznych w 2011 r.

Tabela 3.49. Zestawienie liczby zakażeń

Szpital kliniczny	Liczba zakażeń	% zakażeń
SPSK nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze	93	0,72
SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach	156	1
SPSK nr 3 w Zabrze	5	0,18
SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach	77	0,7
SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach	64	0,35
SPSK nr 7 w Katowicach	600	2,45

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Mniej niż połowa badanych szpitali podała dane dotyczące reoperacji prowadzonych w ich placówkach. Z otrzymanych danych wynika, iż w 2011 roku do największej liczby reoperacji doszło w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (219 reoperacji, co stanowi 2,7%). Na drugim miejscu plasuje się Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu z przeprowadzonymi 77 reoperacjami, co stanowi jednak zaledwie 0,38%. Zarówno w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, jak i w Specjalistycznym Zespole Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrzej przeprowadzono po 18 reoperacji, co jednak w ujęciu procentowym stanowiło kolejno 1,63% oraz 0,3%. W czterech szpitalach nie wykonano natomiast żadnych reoperacji.

Do czerwca 2012 roku najwięcej reoperacji, bo 36 przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu, stanowiło to 0,36%. Na drugim miejscu jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku, w którym przeprowadzono 28 reoperacji, co stanowiło 0,35%. Taką samą liczbę, tj. po 8 reoperacji przeprowadzono w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, jak i w Specjalistycznym Zespole Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrzej; w obu przypadkach stanowiło to 0,1%. Do czerwca 2012 r. przeprowadzono również jedną reoperację w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu. W dwóch szpitalach nie przeprowadzono żadnej reoperacji, i w obu przypadkach są to placówki, w których nie przeprowadzono ich również w 2011 roku.

Tabela 3.50. Liczba i odsetek (do ogółu przyjętych pacjentów) reoperacji w 2011 roku, do czerwca 2012 roku


Placówka SPZOZ	Proszę wskazać liczbę i odsetek (do ogółu przyjętych pacjentów) reoperacji w 2011 roku, do czerwca 2012 roku:			
	Rok 2011 - liczba pacjentów	Rok 2011 - odsetek	Rok 2012 (do czerwca) - liczba pacjentów	Rok 2012 (do czerwca) - odsetek
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Brak danych	Brak danych	28	0,35%
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	77	0,38%	36	0,36%
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	0	0%	0	0%



Placówka SPZOZ	Proszę wskazać liczbę i odsetek (do ogółu przyjętych pacjentów) reoperacji w 2011 roku, do czerwca 2012 roku:			
	Rok 2011 - liczba pacjentów	Rok 2011 - odsetek	Rok 2012 (do czerwca) - liczba pacjentów	Rok 2012 (do czerwca) - odsetek
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	219	2,70%	Brak danych	Brak danych
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	0	0%	0	0%
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	18	1,63%	9	1,53%
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	0	0%	1	0%
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	18	0,30%	8	0,10%
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	0	0%	0	0%

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

Wnioski
 <ol style="list-style-type: none"> 1. 4 spośród 21 placówek SPZOZ posiadają obecnie akredytacje, 4 kolejne są w trakcie jej zdobywania. Akredytacji nie posiada żadna z przebadanych placówek klinicznych. 2. Ponad połowa placówek (11) posiada wdrożony system zarządzania jakością ISO dla całej placówki, kolejne 3 jednostki posiadają certyfikat dla części placówki zaś 1 jest w trakcie jego zdobywania. W 5 placówkach klinicznych system zarządzania jakością ISO jest aktualny i wdrożono go na wszystkich oddziałach, zaś w 1 tylko na wybranych oddziałach. 3. Zespół ds. poprawy jakości został powołany w 15 spośród przebadanych jednostek SPZOZ oraz w 3 placówkach klinicznych. 4. Procedury powiadamiania rodziny lub wskazanej osoby o nagłym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta są stosowane rutynowo w ponad połowie badanych jednostek zarówno SPZOZ, jak i klinicznych. 5. We wszystkich jednostkach objętych badaniem obowiązuje system identyfikacji pracowników placówki. 6. Wszystkie wymagane procedury w zakresie bezpieczeństwa zostały opracowane i wdrożone w jednej trzeciej placówek SPZOZ. 7. We wszystkich placówkach klinicznych zostały opracowane i wdrożone procedury odnośnie redukcji ryzyka endemicznych i epidemiologicznych, chorych o podwyższonym ryzyku, monitorowania zakażeń szpitalnych oraz dokumentacji medycznej, natomiast w żadnym z nich nie opracowano procedury regularnej analizy reoperacji. 8. W większości badanych placówek SPZOZ obowiązuje procedura drugiej opinii/konsultacji zewnętrznych. Występuje ona również w połowie jednostek klinicznych. 9. Tylko 5 spośród badanych placówek (oraz jeden ze szpitali tylko na niektórych



oddziałach) wykorzystuje rozwiązania z zakresu telemedycyny. Jest ona również stosowana w połowie jednostek klinicznych.

10. Do największej liczby zakażeń doszło w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku. W 2 szpitalach nie doszło do żadnych zakażeń. Tendencje wzrostową zakażeń w stosunku do 2010 roku zanotowały 4 placówki.

3.8. Obsługa pacjentów w badanych placówkach województwa śląskiego



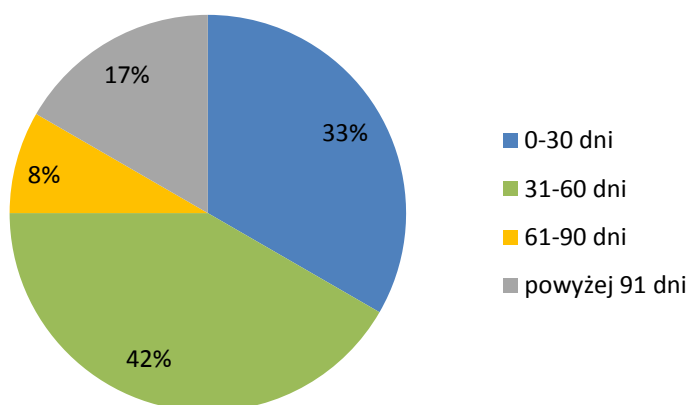
Głównym problemem badawczym na tym etapie była:

Prezentacja deklarowanych przez placówki standardów w zakresie obsługi pacjentów, wraz z procedurami informowania ich o przysługujących im prawach oraz procedurą składania skarg.

Wśród badanych placówek SPZOZ, średni czas oczekiwania na diagnostykę wynosi około 143 dni. Jest on najdłuższy w Śląskim Szpitalu Reumatologiczno - Rehabilitacyjnym w Ustroniu, gdzie osiąga średnio 1275 dni,¹⁷ a więc ponad trzy lata. Jest to wynik znacznie odbiegający na niekorzyść od pozostałych placówek. W kolejnym szpitalu w rankingu czas ten jest ponad dziesięciokrotnie krótszy (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu – 124 dni). Najkrótszy jest natomiast w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie, gdzie wyniki badań diagnostycznych są dostępne tego samego dnia, kiedy są one wykonywane. Warto zauważyć, że prawie w połowie przypadków (9 z 21) to pytanie zostało pozostawione bez odpowiedzi.

Można zauważyć, że wśród badanych placówek, które podały informacje na temat czasu oczekiwania na diagnostykę przeważają takie, gdzie wynosi on pomiędzy 31 a 60 dni (42% - 5 placówek). Tylko nieco mniej liczne są takie, gdzie jest on krótszy (33% - 4 placówki).

Wykres 3.23. Czas oczekiwania na diagnostykę w placówkach SPZOZ (z pominięciem braków danych)



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

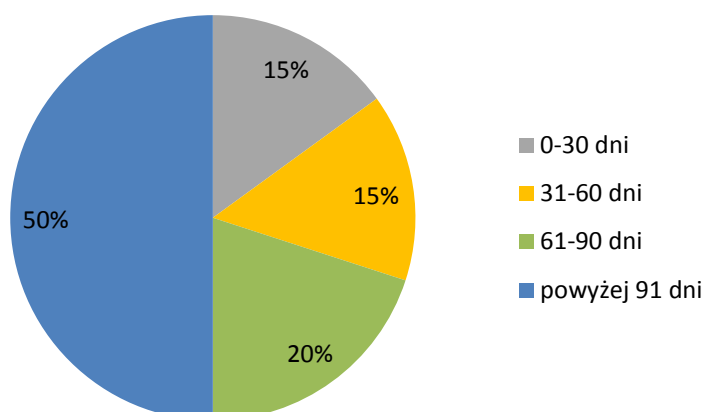
¹⁷ Jest to średnia czasu oczekiwania na poszczególnych oddziałach placówki.

Natomiast średni czas oczekiwania na leczenie w badanych placówkach jest jeszcze nieco dłuższy i wynosi 153 dni. Najdłużej na rozpoczęcie terapii muszą czekać, podobnie jak w przypadku diagnostyki, pacjenci Śląskiego Szpitala Reumatologiczno – Rehabilitacyjnego w Ustroniu, gdzie czas ten wynosi średnio 682 dni. Najkrótszy średni czas oczekiwania na leczenie ma natomiast Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach, w którym okres ten wynosi średnio 16 dni.

W tym wypadku jedynie 1 placówka nie podała danych na temat czasu oczekiwania na leczenie. Był to Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej, który nie udostępnił również danych odnośnie czasu oczekiwania na diagnostykę.

Wśród pozostałych przeważają placówki, gdzie czas oczekiwania na leczenie jest dłuższy niż 91 dni (50% - 10 szpitali). Jest to jednak grupa wewnętrznie zróżnicowana, gdyż znajdują się w niej takie placówki, jak Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (92 dni) czy Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich (99 dni); jednak w wielu czas oczekiwania jest dłuższy niż 200 dni. Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu z czasem oczekiwania 682 dni również niekorzystnie odbiega od pozostałych (kolejny SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku ma czas niemalże dwukrotnie krótszy - 377 dni).

Wykres 3.24. Czas oczekiwania na leczenie w placówkach SPZOZ (z pominięciem braków danych)



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Pełne wyniki badania zaprezentowano w tabeli.

Tabela 3.51. Średni czas oczekiwania na diagnostykę oraz leczenie w jednostkach SPZOZ

Lp.	Szpital	Oczekiwanie na diagnostykę - średnia dla szpitala	Oczekiwanie na leczenie - średnia dla szpitala
1	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	51,23	257,49
2	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	brak danych	136,42



Lp.	Szpital	Oczekiwanie na diagnostykę - średnia dla szpitala	Oczekiwanie na leczenie - średnia dla szpitala
3	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	41,71	79,76
4	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	brak danych	43,86
5	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	124,35	354,46
6	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	58,00	92,62
7	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	9,11	16,38
8	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	5,00	377,50
9	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	38,00	334,36
10	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	48,50	45,95
11	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	0,00	29,00
12	Szpital specjalistyczny w Zabrze	brak danych	73,79
13	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	brak danych	123,38
14	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	brak danych	99,00
15	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	61,94	31,67
16	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	brak danych	brak danych
17	Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	brak danych	19,00
18	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	brak danych	121,33
19	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	0,00	63,67
20	Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	1275,00	682,50
21	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	brak danych	80,00
	Średnia	142,74	153,11

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Oferta usług medycznych świadczonych przez badane placówki SPZOZ obejmuje między innymi możliwość wykonywania części badań 24 godziny na dobę. Najczęściej w takim trybie są dostępne badania laboratoryjne (w 15 placówkach spośród 17 których przedstawiciele udzielili odpowiedzi na to pytanie) oraz radiologiczne (w 14 placówkach). Zamieszczona poniżej tabela zawiera pełen wykaz badań dostępnych w poszczególnych placówkach.

Tabela 3.52. Rodzaje badań dostępnych 24 godziny na dobę w poszczególnych jednostkach SPZOZ

Lp.	Szpital	Rodzaje badań
1	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	Badania radiologiczne (RTG - żeber, kręgosłupa, jamy brzusznej, nadgarstka, barku i ramienia, miednicy, kolana, stopy, uda, klatki piersiowej, czaszki itp.; TK – głowy, jamy brzusznej, klatki piersiowej, miednicy, szyi, badania dopplerowskie, USG,); badania laboratoryjne (biochemiczne, hematologiczne, serologiczne, koagulologiczne, immunologiczne, immunochemiczne, hormonalne); badania endoskopowe (gastroskopia, kolonoskopia, bronhofiberoskopia); badania EKG i UKG; próby wysiłkowe, koronarografia; badania urodynamiczne; badanie angiografii oka i OCT
2	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Badania laboratoryjne, RM. TK, USG, EKG, gastroskopia, kolonoskopia
3	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	Laboratoryjne, mikrobiologiczne, diagnostyczne (TK, RM, angiograf, RTG, USG).
4	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Wszystkie badania z zakresu diagnostyki radiologicznej i diagnostyki laboratoryjnej są dostępne całodobowo
5	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	Diagnostyka laboratoryjna, mikrobiologiczna, RTG podstawowe, TK, angiografia, USG, USG doppler
6	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	badania radiologiczne/RM/TK/badania laboratoryjne i mikrobiologiczne
7	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	badania laboratoryjne, diagnostyczne
8	Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	brak danych
9	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	RTG, TK, RM, USG, EKG, badania laboratoryjne
10	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Badania : laboratoryjne, rentgenowskie, elektrokardiograficzne, ultrasonograficzne. Uwaga: badania dostępne dla pacjentów hospitalizowanych i zgłaszających się do Izby Przyjęć
11	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	USG, EKG, w przypadku konieczności wykonania takiego badania do szybkiej diagnozy lekarskiej
12	Szpital specjalistyczny w Zabrze	Badania laboratoryjne, RTG, umowy podwykonawcze
13	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	Badania RTG, USG, EKG oraz TK, RM i diagnostyka laboratoryjna (firmy zewnętrzne mieszczące się w placówce)



Lp.	Szpital	Rodzaje badań
14	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	USG, RTG, TK, badania mikrobiologiczne, badania serologiczne, badania analityczne, badania endoskopowe
15	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	RTG, USG, EKG, TK, badania laboratoryjne
16	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	brak danych
17	Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	Laboratoryjne, EKG, HOLTER, RTG, gastroscopia, kolonoskopia, USG, UKG
18	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	Badania laboratoryjne
19	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	badania laboratoryjne, RTG, USG, TK
20	Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	brak danych
21	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	brak danych

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

W zdecydowanej większości placówek SPZOZ (20), każdy pacjent jest informowany przez personel o prawach pacjenta; wyjątek stanowi Wojewódzki Szpital w Bielsku-Białej. Regulamin i przepisy w zakresie praw pacjenta są dostępne na stronie internetowej w nieco ponad połowie placówek (12). 20 szpitali potwierdziło dostępność regulaminu i przepisów w zakresie praw pacjenta u pielęgniarki oddziałowej lub na recepcji.

Tabela 3.53. Elementy obsługi pacjentów

Placówka SPZOZ	Informowanie przez personel o prawach pacjenta	Dostępność regulaminu i przepisów w zakresie praw pacjenta na stronie internetowej	Dostępność regulaminu i przepisów w zakresie praw pacjenta u pielęgniarki oddziałowej lub na recepcji
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	tak	tak	tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	tak	tak	tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	tak	nie	tak
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	nie	tak	tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	tak	tak	tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	tak	tak	tak
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	tak	nie	tak



Placówka SPZOZ	Informowanie przez personel o prawach pacjenta	Dostępność regulaminu i przepisów w zakresie praw pacjenta na stronie internetowej	Dostępność regulaminu i przepisów w zakresie praw pacjenta u pielęgniarki oddziałowej lub na recepcji
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	tak	tak	tak
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	tak	tak	tak
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	tak	tak	tak
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	tak	nie	tak
Szpital specjalistyczny w Zabrze	tak	nie	tak
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	tak	nie	tak
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	tak	nie	tak
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	tak	Brak danych	Brak danych
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	tak	tak	tak
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	tak	nie	tak
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	tak	tak	tak
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	tak	tak	tak
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	tak	tak	tak
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	tak	nie	tak

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Według danych z przeprowadzonych badań, w żadnym ze szpitali klinicznych nie istnieje komórka ds. etyki, natomiast w prawie wszystkich jest powołany Rzecznik Praw Pacjenta (nie posiada go jedynie Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze). Ponadto, w każdej z placówek pacjent jest informowany przez personel o swoich prawach, a regulamin i przepisy w tym zakresie są wywieszane w gablocie na oddziałach lub dostępne na życzenie pacjenta u pielęgniarki oddziałowej. Z informacjami na temat przepisów dodatkowo można zapoznać się na stronach internetowych placówek (wyjątkiem jest Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego w Katowicach i Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach).

We wszystkich jednostkach swoje niezadowolenie z jakości świadczonych usług pacjent może wyrazić na piśmie. W 20 spośród 21 placówek istnieje możliwość złożenia skargi ustnej, a w 15 można to zrobić drogą telefoniczną. Jeśli chodzi o komunikację przez internet, to w 13 placówkach można tą drogą wnieść skargę.



Tabela 3.54. Możliwe sposoby złożenia skargi w placówkach SPZOZ

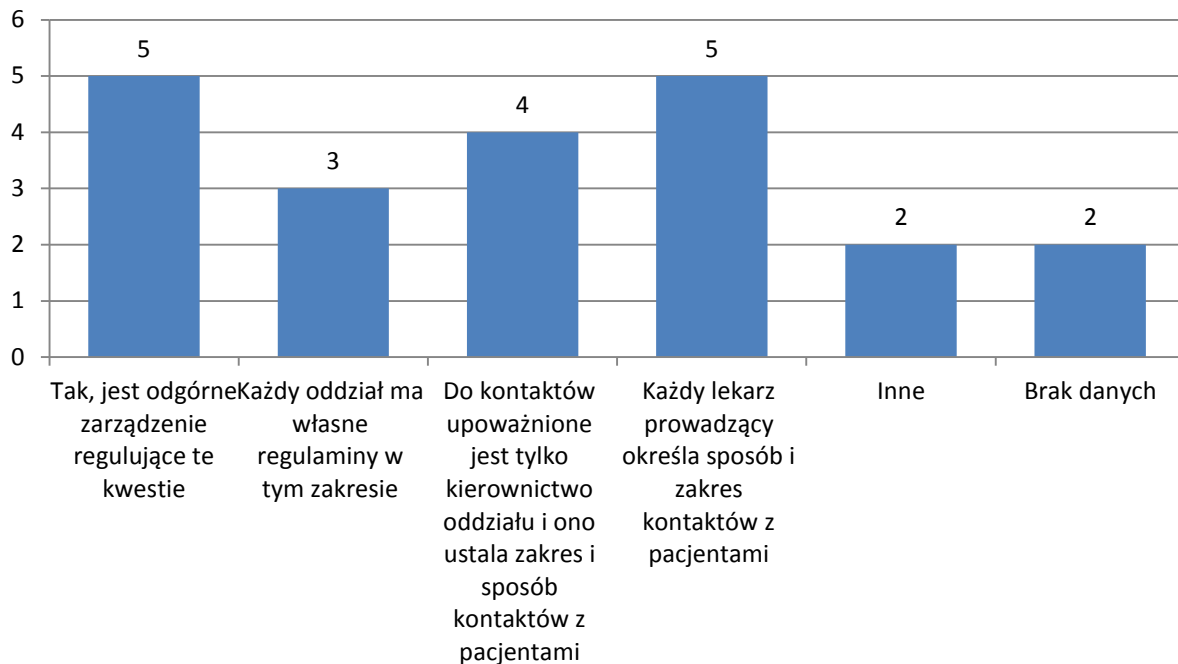
Placówka SPZOZ	Możliwy sposób złożenia zażalenia
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	Osobiście, słownie, pisemnie, telefonicznie, przez Internet
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Osobiście słownie, pisemnie, przez Internet
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	Osobiście, słownie, pisemnie, telefonicznie, przez Internet
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Osobiście, słownie, pisemnie, telefonicznie, przez Internet
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	Osobiście, słownie, pisemnie, telefonicznie, przez Internet
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	Osobiście słownie, pisemnie, telefonicznie
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	Osobiście, słownie, pisemnie, telefonicznie, przez Internet
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	Pisemnie
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	Osobiście słownie, pisemnie
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Osobiście słownie, pisemnie, przez Internet
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	Osobiście słownie, pisemnie, telefonicznie
Szpital specjalistyczny w Zabrze	Osobiście, słownie, pisemnie, telefonicznie, przez Internet
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	Osobiście słownie, pisemnie
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	Osobiście słownie, pisemnie
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	Osobiście, słownie, pisemnie, telefonicznie, przez Internet
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	Osobiście, słownie, pisemnie, telefonicznie, przez Internet
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	Osobiście słownie, pisemnie, telefonicznie
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	Osobiście, słownie, pisemnie, telefonicznie, przez Internet
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	Osobiście, słownie, pisemnie, telefonicznie, przez Internet
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	Osobiście, słownie, pisemnie, telefonicznie, przez Internet
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	Osobiście, słownie, pisemnie, telefonicznie

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

W 5 spośród wszystkich przebadanych placówek każdy lekarz prowadzący określa indywidualnie sposób i zakres kontaktów z pacjentami. 25% placówek zdecydowało się na wprowadzenie ogólnego zarządzenia w tym zakresie. W jednej piątej placówek do kontaktów upoważnione jest tylko kierownictwo oddziału, i to ono ustala zasady obowiązujące w tej materii.



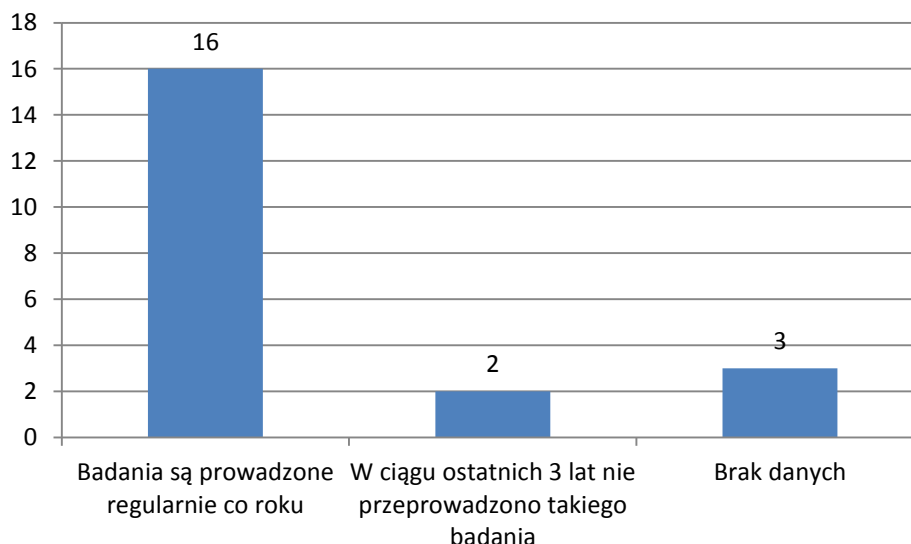
Wykres 3.25. Sposób udzielania informacji pacjentom na temat stanu zdrowia, regulujący liczbę godzin, sposób kontaktów



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

W 16 spośród 21 SPZOZ badania opinii pacjentów na temat jakości obsługi pacjentów prowadzone są regularnie co roku. W 2 placówkach nie przeprowadzono takiego badania w ciągu ostatnich 3 lat, w 3 szpitalach nie podano danych na ten temat.

Wykres 3.26. Częstotliwość badania opinii pacjentów na temat jakości obsługi

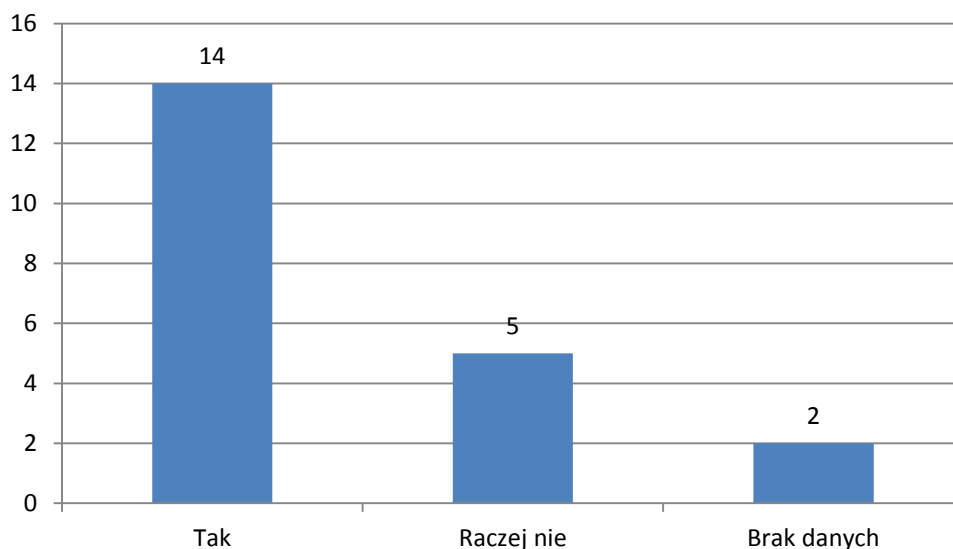


Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Zaledwie 5 spośród 21 SPZOZ stosuje metodę badań jakości obsługi. 15 nie stosuje żadnej metody, zaś w 1 brak danych.

W 15 spośród badanych szpitali jest możliwe wskazanie zmian, udogodnień, jakie wdrożono na skutek wniosków wyciągniętych z przeprowadzonych wśród pacjentów badań opinii. Natomiast 4 placówki raczej nie są w stanie wskazać takich udogodnień będących zasługą badań opinii wśród pacjentów.

Wykres 3.27. Wskazania wprowadzenia udogodnień pod wpływem badań opinii pacjentów



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wśród pacjentów, co roku, przeprowadzane są badania satysfakcji z jakości usług, ale szpitale nie posiadają określonych metod badań, jedynie Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 wykorzystuje analizę SWOT.

W ciągu całego 2011 roku w badanych placówkach wniesiono łącznie 216 skarg. Niemal 1/5 spośród nich, czyli 42, to skargi złożone w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku. Drugim szpitalem, w którym wniesiono najwięcej skarg (39) jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu. W 8 szpitalach liczba skarg była mniejsza niż 10 (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju; Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach; Szpital Specjalistyczny w Chorzowie; Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu; Szpital specjalistyczny w Zabrze; Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach; Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich; Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu; Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu), natomiast w trzech szpitalach nie było żadnych skarg (Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej; Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie; Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej).

Do czerwca 2012 roku w tych samych placówkach złożono łącznie 111 skarg. Ponownie najwięcej (24) w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku. Na drugim miejscu znów uplasował się Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu z 15 skargami, minimalnie wyprzedzając Wojewódzki Szpital w Bielsku-Białej, w którym do czerwca 2012r. złożono 14 skarg. Powyżej 10 skarg



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

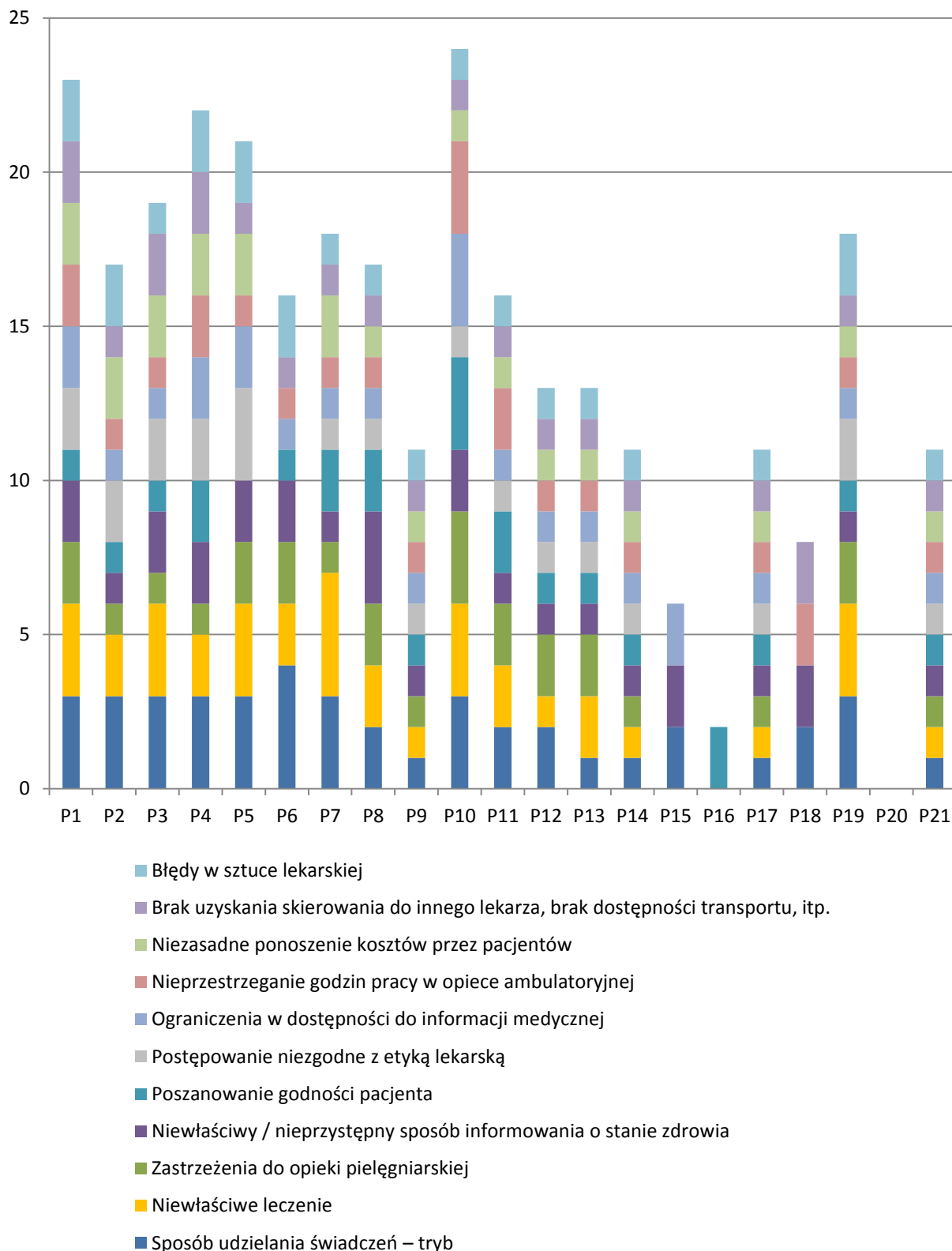


złożono jeszcze tylko w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie. W 10 szpitalach liczba skarg nie przekroczyła 10 (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju; Szpital Specjalistyczny w Chorzowie; Szpital specjalistyczny w Zabrze; Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach; Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich; Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu; Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu; Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej), a w czterech placówkach nie złożono żadnej skargi (Szpital specjalistyczny w Zabrze; Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich; Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie; Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju).

Pracowników badanych placówek poproszono również o opisanie struktury spływających skarg. Najczęściej wskazywano te dotyczące sposobu udzielania świadczeń (największa ilość wskazań dla odpowiedzi „Często”). Kolejne często wymieniane skargi dotyczyły niewłaściwego leczenia. W pozostałych przypadkach skargi zdarzały się sporadycznie - wskazania dla odpowiedzi „Zdarzają się” wahają się między 4 a 8 odpowiedzi, przy znaczącej przewadze odpowiedzi „Nigdy (nie wystąpiły w 2011 i w pierwszej połowie 2012 roku” - w tych pytaniach). Wśród skarg „Zdarzających się” najczęstsze były te dotyczące zastrzeżenia do opieki pielęgniarstwa oraz niewłaściwego/nieprzystępnego sposobu informowania o stanie zdrowia. Zaledwie raz zaznaczono odpowiedź „Bardzo często”. Do najrzadszych skarg - najwięcej zaznaczeń odpowiedzi „Nigdy (nie wystąpiły w 2011 i w pierwszej połowie 2012 roku)” - należały te dotyczące „Braku uzyskania skierowania do innego lekarza, braku dostępności transportu, itp.”, „Nieprzestrzeganie godzin pracy w opiece ambulatoryjnej” oraz „Ograniczenia w dostępności do informacji medycznej”.



Wykres 3.28. Struktura składanych skarg w 21 badanych szpitalach SPZOZ





KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Legenda:

- P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
- P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
- P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
- P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
- P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
- P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
- P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
- P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
- P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
- P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
- P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
- P12 Szpital specjalistyczny w Zabrze
- P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
- P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
- P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
- P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
- P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
- P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
- P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
- P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
- P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

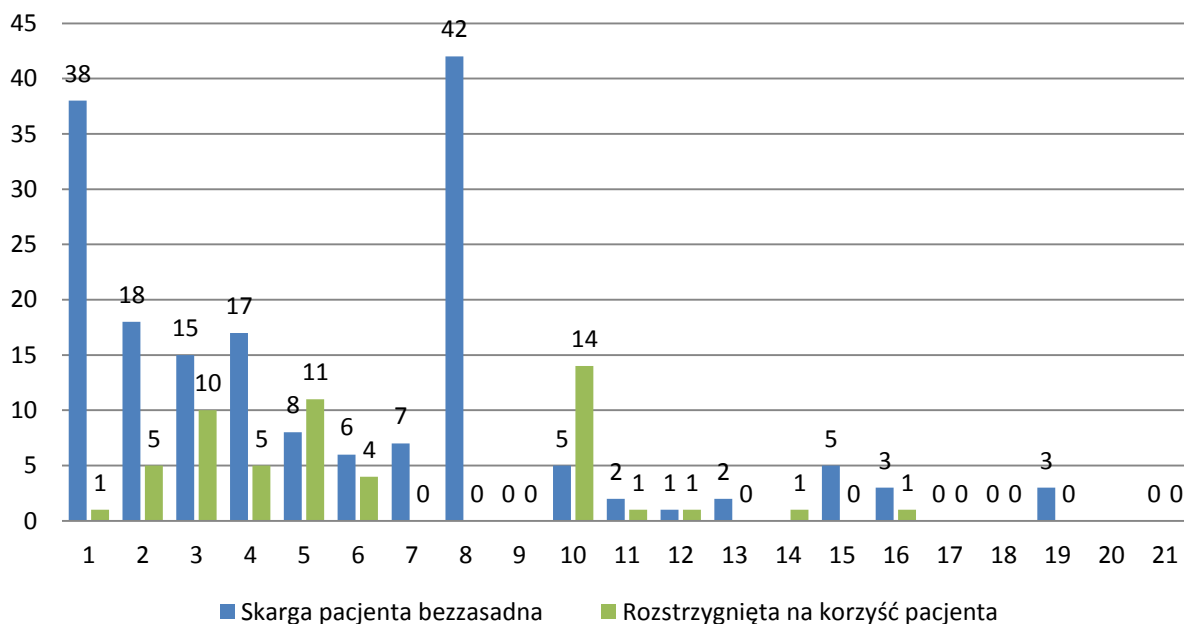
Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wśród innych skarg, które składali pacjenci, znalazły się następujące zastrzeżenia: organizacja pracy Poradni, zakażenia szpitalne, nieprzekazanie dokumentacji medycznej, nieprzyjęcie pacjenta do szpitala; brak dyscypliny na oddziałach, brak posiłków, nieumawiania pacjenta „pierwszorazowego” na wizytę telefonicznie, niewłaściwa komunikacja z pacjentem, długie oczekiwanie na rehabilitację.

Kolejną ważną sprawą jest rozstrzyganie spornych spraw pomiędzy pacjentami a placówką medyczną na drodze sądowej. W badaniu zadano pytanie: „Ile spraw spornych/skarg rozstrzygnięto w 2011 roku na korzyść pacjenta, a ile stanowiło spór bezzasadny?”. W 2011r. 7 spraw znalazło finał w sądzie. W przypadku Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu były to 3 sprawy. W przypadku Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu były to również 3 sprawy. Do tego jedna skarga w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju znalazła finał w sądzie. Do czerwca 2012 r. żadna sprawa nie została wniesiona do sądu.



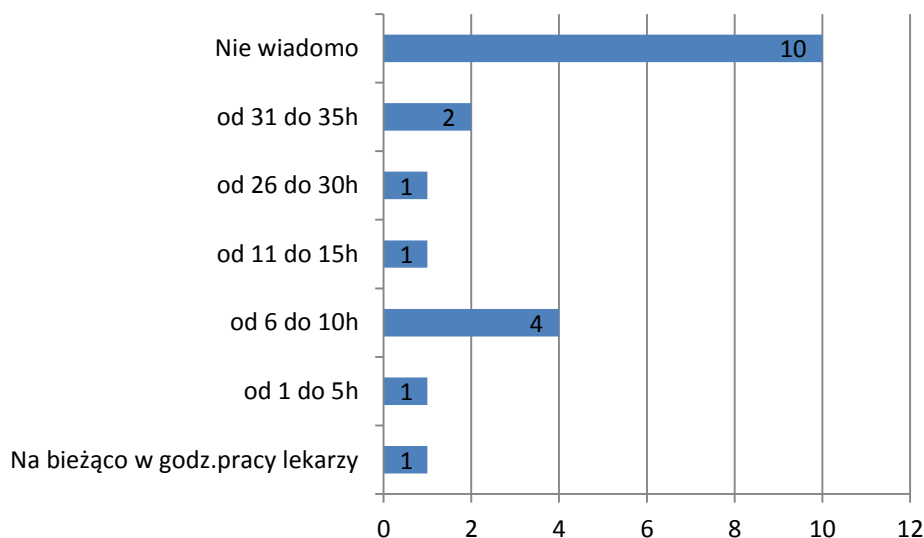
Wykres 3.29. Liczba spraw spornych oraz skarg rozstrzygniętych na korzyść pacjenta oraz stanowiących spór bezzasadny



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Aż w połowie szpitali (10 z 20, ponieważ jeden szpital nie podał odpowiedzi na to pytanie) trudno jest oszacować, ile godzin tygodniowo lekarz poświęca na kontakt z pacjentami lub osobami wyznaczonymi do kontaktu. W 4 badanych szpitalach czas poświęcony przez lekarza na kontakt z pacjentem oscyluje między 6 a 10 godzinami. W przypadku dwóch szpitali, czas ten tygodniowo wynosi po 35 godzin. W przypadku pojedynczych szpitali jest to kolejno 30, 15 i 5 godzin. W jednym przypadku określono ogólnie, iż jest to czas poświęcony na bieżące kontakty z pacjentami w trakcie pracy lekarza. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, ile czasu, zajmuje lekarzom praca administracyjna i załatwianie formalności, który mogliby poświęcić pacjentom.

Wykres 3.30. Przeciętna liczba godzin w tygodniu jaką lekarz poświęca na kontakt z pacjentami lub osobami wyznaczonymi do kontaktów

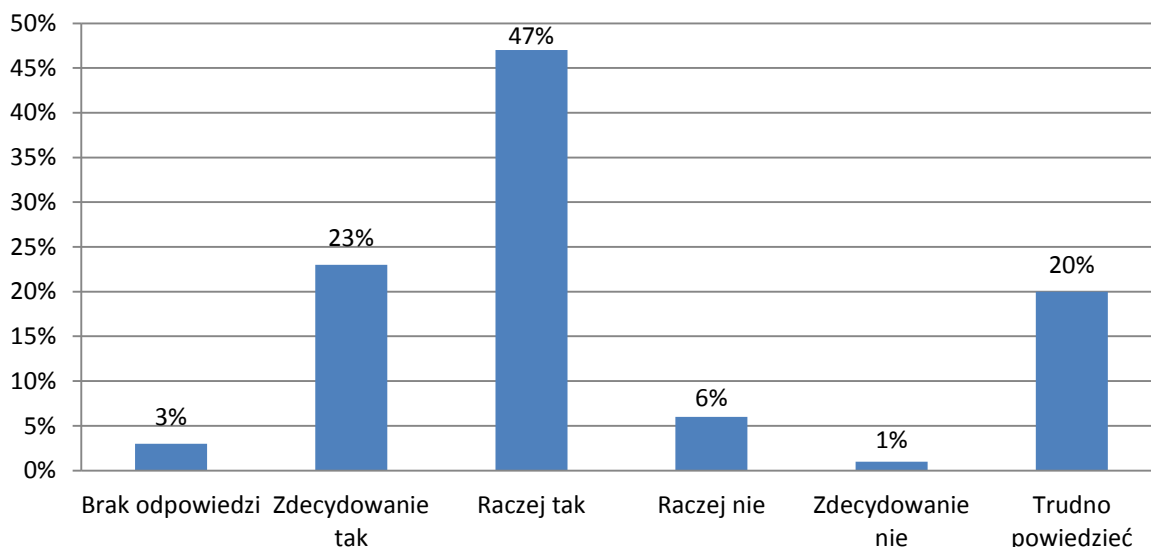


Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

W systemie szpitali klinicznych nie istnieje regulamin określający sposób i czas kontaktu z pacjentem przy przekazywaniu informacji na temat stanu zdrowia. Najczęściej jest to kwestia osobistej decyzji lekarza bądź kierownictwa oddziału, które ustala zakres oraz sposób kontaktów z pacjentami (Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A Mielęckiego). Z danych wyliczona została w dwóch placówkach liczba godzin poświęconych na kontakt z pacjentami - w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach jest to 20 godzin, a w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 7 w Katowicach ok. 16 godzin. W żadnym ze szpitali nie istnieje formalny dokument dotyczący udzielania informacji pacjentom na temat stanu zdrowia, czy regulujący liczbę godzin i sposób kontaktu z pacjentem.

Pracownikom oddziałów zadano również pytanie, czy ich zdaniem pacjenci oddziału są zadowoleni z dostępności informacji na temat stanu swojego zdrowia oraz ilości kontaktów z lekarzami. Aż 47% badanych pracowników odpowiedziało, że „raczej tak”, a 23% stwierdziło, że „zdecydowanie tak”. Wśród pozostałych odpowiedzi znalazło się 20% odpowiedzi „trudno powiedzieć”, 6% „raczej nie” i 1% „zdecydowanie nie.”

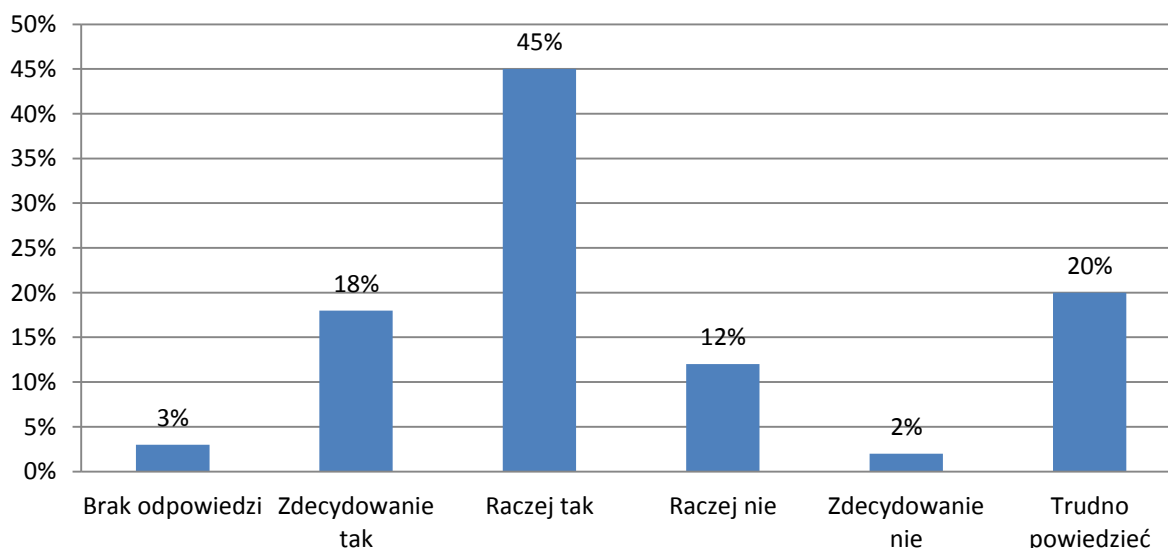
Wykres 3.31. Wskaźnik pacjentów zadowolonych z dostępności informacji na temat ich stanu zdrowia oraz kontaktu z lekarzami



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Na pytanie, czy czas poświęcony pacjentom na udzielanie informacji jest wystarczający, 45% badanych pracowników odpowiedziało, że „raczej tak”, a 18%, że „zdecydowanie tak”. Tylko 12% odpowiedziało „raczej nie” a 2% „zdecydowanie nie”. Spośród badanych 20% respondentów nie potrafiła jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie.

Wykres 3.32. Odsetek wskazań respondentów na pytanie, czy czas poświęcony pacjentom na udzielanie im informacji jest wystarczający



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



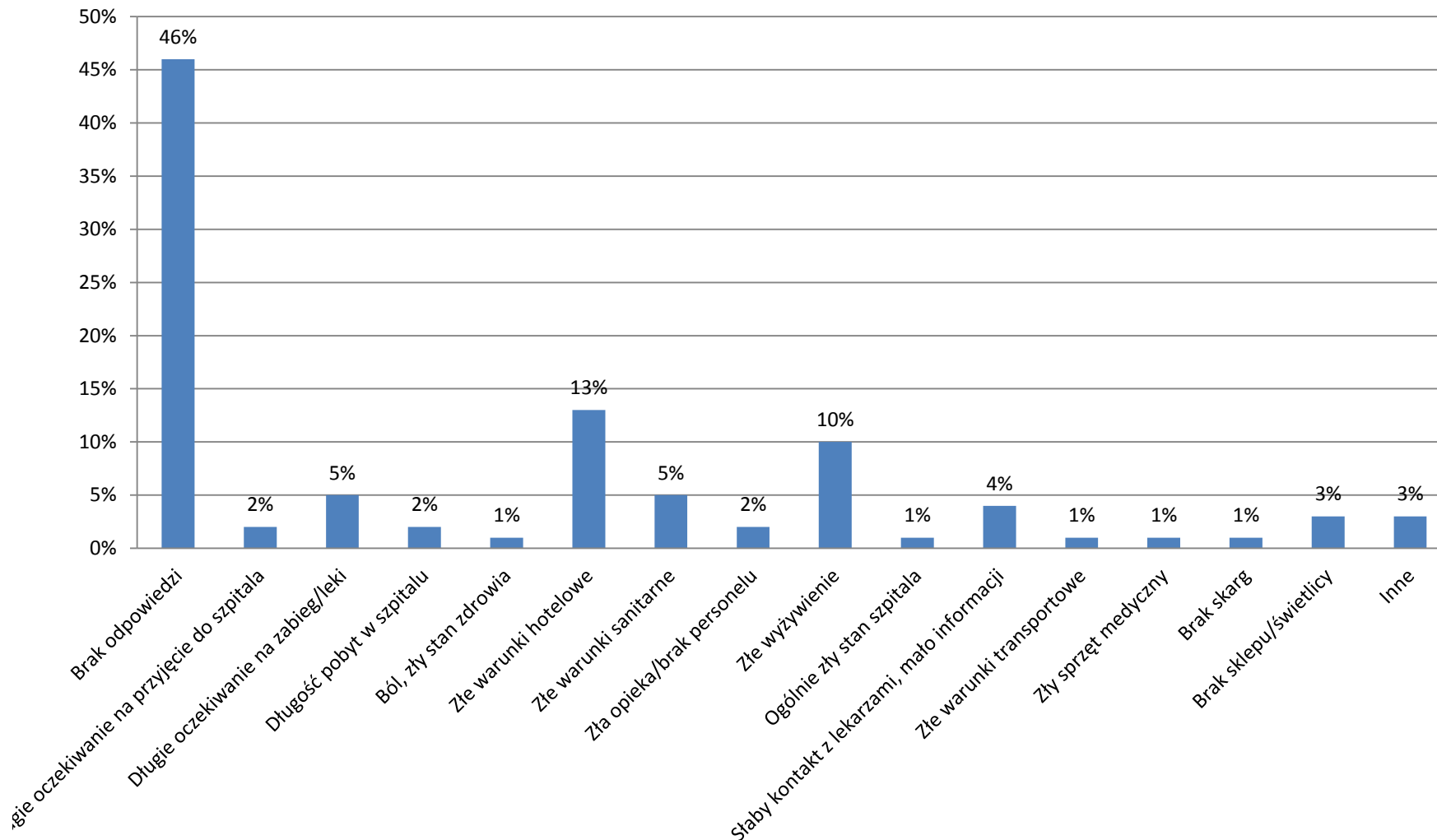
UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Pracowników poproszono również o to, żeby powiedzieli, na co najczęściej skarżą się pacjenci oddziału. Najwięcej odpowiedzi wskazywało na złe warunki hotelowe (13%) – zbyt wielkie lub zbyt małe sale, tłok, brak klimatyzacji, niską temperaturę, brak żaluzji, brak telewizora czy Internetu w salach. Na drugim miejscu znalazło się złe wyżywienie (10%). Dwie kategorie liczyły po 5%: złe warunki sanitarne (np. brak łazienek lub ich zły stan), oraz konieczność długiego oczekiwania na zabiegi lub na leki. Badani pracownicy zwrócili również uwagę na słaby kontakt z lekarzami, a przede wszystkim na brak rzetelnej informacji o chorobie (4%), na brak świetlicy oraz sklepiku na terenie szpitala (3%), długie oczekiwanie na przyjęcie do szpitala (2%), złą opiekę spowodowaną niedoborem personelu, zbyt długi lub zbyt krótki pobyt w szpitalu (2%), ból i zły stan zdrowia (1%), ogólnie zły stan szpitala (1%), złe warunki transportowe (1%), zły sprzęt medyczny (1%) oraz na inne niedogodności takie jak np. brak palarni (3%). Również 1% respondentów stwierdził, że nie ma skarg na działalność oddziału.



Wykres 3.33. Najczęściej występujące powody niezadowolenia pacjentów przebywających na oddziale 21 badanych szpitali SPZOZ




Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Z przeprowadzonych badań można wyprowadzić następujące wnioski:

	Wnioski
	<ol style="list-style-type: none"> 1. W każdej z placówek pacjent jest informowany przez personel o przysługujących mu prawach, a regulamin i przepisy w tym zakresie są wywieszane w gablocie na oddziałach lub dostępne u pielęgniarki oddziałowej. W większości przypadków można się z nimi zapoznać również za pośrednictwem strony internetowej placówki. 2. We wszystkich badanych jednostkach można złożyć skargę pisemnie, w większości przypadków jest to możliwe również ustnie, telefonicznie oraz za pośrednictwem internetu. W badanym okresie największa liczba skarg dotyczyła Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku. Najczęściej skargi dotyczyły trybu udzielania świadczeń. 3. Zakres i sposób kontaktowania się z pacjentami są w jednej czwartej placówek SPZOZ regulowane ogólnie, w jednej czwartej przez poszczególnych lekarzy, zaś nieco rzadziej na poziomie kierownictwa oddziału. W systemie szpitali klinicznych nie istnieje regulamin określający sposób i czas kontaktu z pacjentem przy przekazywaniu informacji na temat stanu zdrowia. 4. W trzech czwartych placówek SPZOZ badania opinii pacjentów na temat jakości obsługi prowadzone są regularnie co roku. Zaledwie 5 spośród 21 SPZOZ stosuje określoną metodę badań jakości obsługi, jednak aż 15 jest w stanie wskazać zmiany, jakie wprowadzono na skutek wniosków wyciągniętych z tych badań. 5. W połowie badanych placówek trudno jest oszacować, ile godzin tygodniowo lekarz poświęca na kontakt z pacjentami lub osobami wyznaczonymi do kontaktu. 6. W opinii pracowników szpitala pacjenci są raczej usatysfakcjonowani ilością poświęcanego im czasu oraz dostępnością informacji na temat ich stanu zdrowia.

3.9. Wykorzystanie technik internetowych w komunikacji z pacjentami oraz w obsłudze klienta



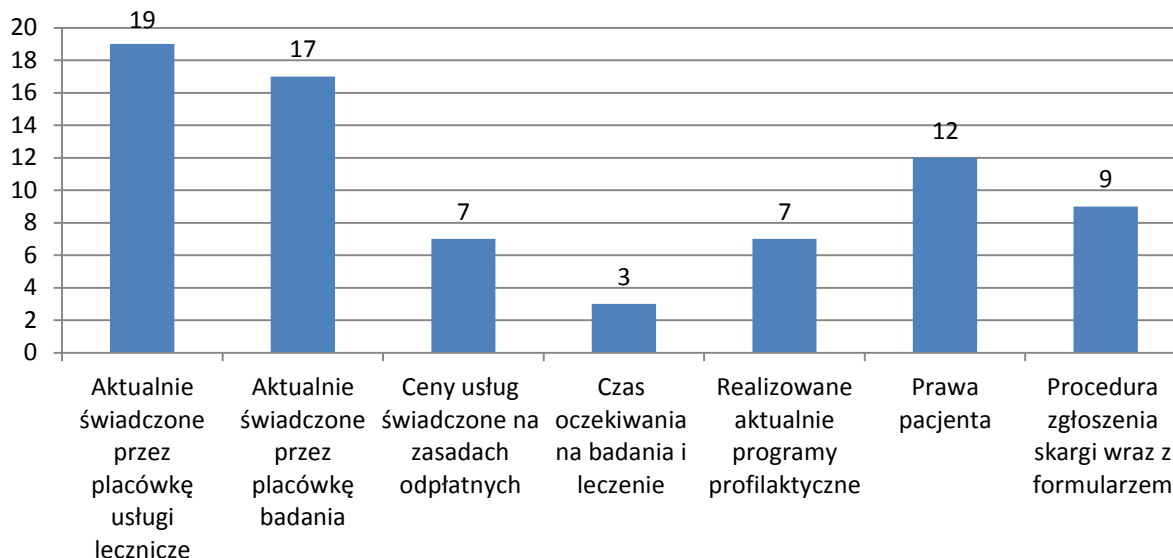
Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Poznanie wykorzystywanych internetowych technik w komunikacji z pacjentami i w obsłudze pacjenta

Jedną z kwestii poruszanych w badaniu były strony internetowe placówek SPZOZ. Analiza miała wykazać, czy znajdują się na nich informacje istotne z punktu widzenia pacjentów korzystających z usług medycznych świadczonych przez daną placówkę. Był to po pierwsze wykaz usług leczniczych oraz badań świadczonych aktualnie przez placówkę wraz z ich cennikiem oraz czasem oczekiwania, a także prowadzone przez SPZOZ programy profilaktyczne. Na stronie pacjenci powinni również móc znaleźć regulamin praw pacjenta oraz opis procedury składania skarg wraz z potrzebnym w tym celu formularzem.

Niemalże wszystkie placówki zamieściły na swoich stronach internetowych wykaz aktualnie świadczonych usług leczniczych (19 z 20; Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu nie udostępnił danych na ten temat) oraz badań (17 z 20). Najbardziej udostępnianą informacją był natomiast czas oczekiwania na badanie (tylko 3 placówki). Pełne zestawienie zawiera poniższy wykres.

Wykres 3.34. Występowanie poszczególnych informacji na stronach internetowych placówek



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wszystkie potrzebne informacje znajdują się na stronach internetowych jedynie dwóch placówek (są to Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej i Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu). Natomiast żadnego z warunków nie spełnia strona Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie. Pełna informacja odnośnie zawartości stron internetowych poszczególnych placówek znajduje się w poniższej tabeli.

Tabela 3.55. Dane informacje dostępne na stronach internetowych placówek SPZOZ

Placówka SPZOZ	Elementy wymienione na stronie internetowej placówki						
	Aktualnie świadczone przez placówkę usługi lecznicze	Aktualnie świadczone przez placówkę badania	Ceny usług świadczonych odpłatnie	Czas oczekiwania na badania i leczenie	Realizowane aktualnie programy profilaktyczne	Prawa pacjenta	Procedura zgłoszenia skargi wraz z formularzem
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	tak	tak	tak	nie	nie	tak	tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie	nie	nie	nie	nie	nie	nie	nie



Placówka SPZOZ	Elementy wymienione na stronie internetowej placówki						
	Aktualnie świadczone przez placówkę usługi lecznicze	Aktualnie świadczone przez placówkę badania	Ceny usług świadczonych odpłatnie	Czas oczekiwania na badania i leczenie	Realizowane aktualnie programy profilaktyczne	Prawa pacjenta	Procedura zgłoszenia skargi wraz z formularzem
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	tak	tak	nie	nie	tak	tak	tak
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	tak	tak	tak	nie	tak	tak	nie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	tak	tak	tak	nie	nie	tak	nie
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	tak	tak	nie	nie	tak	nie	tak
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	tak	tak	tak	tak	nie	tak	nie
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	tak	tak	nie	nie	nie	tak	tak
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	tak	tak	nie	nie	tak	tak	nie
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	tak	tak	tak	nie	nie		tak
Szpital specjalistyczny w Zabrze	tak	tak	nie	nie	nie	nie	nie
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	tak	tak	nie	nie	nie	tak	nie
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	tak	tak	nie	nie	nie	nie	tak
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	tak	tak	nie	nie	nie	tak	nie
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	tak	tak	nie	nie	nie	nie	nie



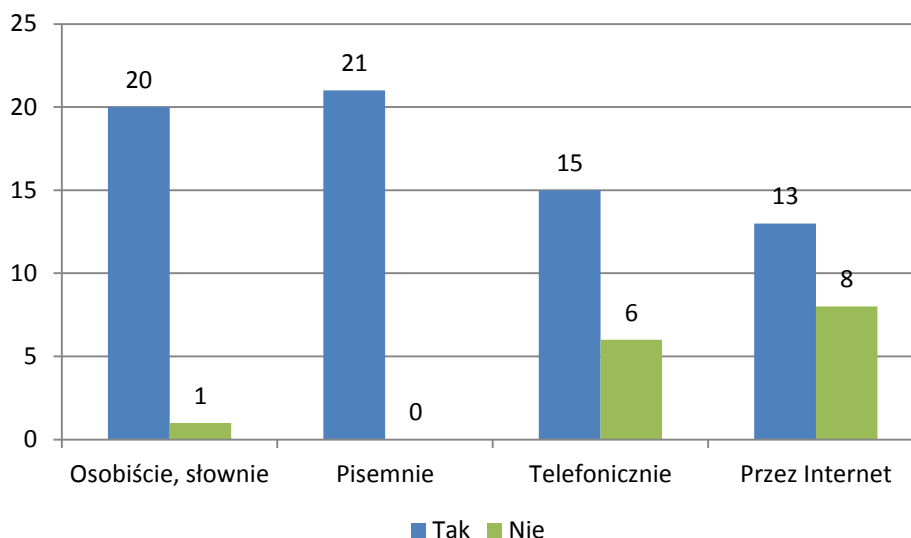
Placówka SPZOZ	Elementy wymienione na stronie internetowej placówki						
	Aktualnie świadczone przez placówkę usługi lecznicze	Aktualnie świadczone przez placówkę badania	Ceny usług świadczonych odpłatnie	Czas oczekiwania na badania i leczenie	Realizowane aktualnie programy profilaktyczne	Prawa pacjenta	Procedura zgłoszenia skargi wraz z formularzem
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	brak danych	brak danych	brak danych	brak danych	brak danych	brak danych	brak danych
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	tak	brak danych	nie	nie	brak danych	nie	nie

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Po dokonaniu analizy oficjalnych stron internetowych 21 placówek SPZOZ, nie odnaleziono w żadnym przypadku możliwości zarejestrowania się na jakiegokolwiek wizyty w szpitalach drogą internetową poprzez wypełnienie automatycznego formularza. Jedynie w przypadku Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju na stronie internetowej widnieje informacja, że można się rejestrować drogą e-mailową (adres rejestracja@wsr.cal.pl). Skierowanie do szpitala można tu wysłać listem poleconym, faksem oraz e-mailem.

W badanych placówkach SPZOZ województwa śląskiego pacjenci mogą złożyć skargi na różne sposoby; w niektórych szpitalach jest to możliwe również przez Internet – w 13 placówkach. We wszystkich szpitalach można złożyć skargę drogą pisemną oraz w 20 z 21 szpitali – osobiście. W ponad połowie placówek, skargę można złożyć przez telefon.

Wykres 3.35. Możliwe sposoby złożenia skargi w 21 placówkach SPZOZ – liczba wskazań



Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012



Wnioski

1. Wszystkie badane placówki medyczne posiadają aktualne strony internetowe.
2. Na stronach internetowych placówek medycznych znajduje się szereg przydatnych informacji dla pacjentów. Najczęściej są to informacje o aktualnie świadczonych usługach medycznych, a najrzadziej jest to czas oczekiwania na świadczenie.
3. Badane szpitale nie umożliwiają pacjentom rejestracji na badania za pomocą specjalnie przygotowanych formularzy elektronicznych.

3.10. Infrastruktura placówek medycznych



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

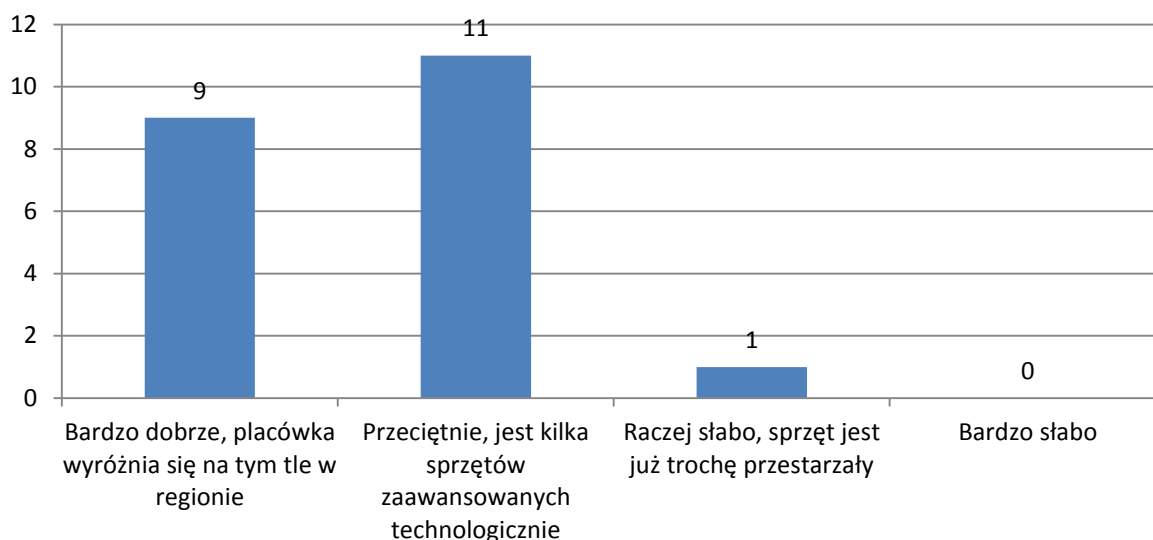
Poznanie opinii pracowników badanych placówek medycznych w kwestii poziomu nowoczesności oraz zaawansowania technicznego posiadanego wyposażenia medycznego.

Pracownicy 11 placówek ocenili stan techniczny używanego sprzętu medycznego jako przeciętny pod względem nowoczesności i zaawansowania (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku; Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu; Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu; Szpital Specjalistyczny w Chorzowie; Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej; Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie; Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej; Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu; Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju). 9 osób uznało, iż jest on na poziomie bardzo dobrym, w związku z czym, placówka wyróżnia się na tym tle w regionie czy specjalizacji (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju; Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach;

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich; Szpital specjalistyczny w Zabrze; Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach; Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich; Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu; Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu). Tylko jeden z respondentów stwierdził, że sprzęt jest już przestarzały (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku).

Wykres 3.36. Ocena nowoczesności, zaawansowania technicznego sprzętu



Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Ogólna ocena stanu infrastruktury w placówkach SPZOZ jest korzystna - przeważają oceny dobre i bardzo dobre. Pod względem wyposażenia hotelowego dla pacjentów dwa szpitale otrzymały najwyższe oceny. Były: to Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej oraz Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich. Najgorzej oceniony został natomiast standard Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.

W kwestii stanu budynku wyłącznie najwyższe oceny otrzymały cztery placówki: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich i Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie. Najgorzej w tej kategorii wypadł natomiast Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu. Jeśli chodzi o wyposażenie w sprzęt medyczny najwyższe oceny (tj. same odpowiedzi „bardzo wysoki”) otrzymały: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich i Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie. Najgorzej oceniony został pod tym względem Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.

Podsumowując, same najwyższe oceny we wszystkich kategoriach otrzymało tylko Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich. Najgorzej ocenianą placówką okazał się natomiast Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.

Z danych zebranych za pośrednictwem wywiadów z dyrektorami placówek wynika, że stan wyposażenia technicznego szpitali jest bardzo dobry. W 9 przypadkach nowoczesność i zaawansowanie posiadanego sprzętu wyróżnia jednostkę na tle regionu. W kolejnych 10 są one oceniane jako przeciętne, jednak z przynajmniej kilkoma sprzętami zaawansowanymi technologicznie. Tylko w 1 szpitalu stan techniczny sprzętu został oceniony jako słaby (Samodzielny

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku).

Tabela 3.56. Specjalizacje oraz sprzęt medyczny wyróżniające placówki SPZOZ na tle regionu

Placówka SPZOZ	Wyróżniające się specjalizacje i posiadany sprzęt medyczny
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	SOR, kliniczny OIOM, neurochirurgia, gastroenterologia, okulistyka
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	centrum laboratoryjne, tomograf, ultrasonograf, angiograf, rezonans
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	chirurgia naczyń
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	OIOM dla dzieci, laryngologia, okulistyka, blok operacyjny, zakład diagnostyki obrazowej
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	onkologia, blok operacyjny
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	chirurgia urazowo - ortopedyczna, sterylizatornia, izba przyjęć
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	ginekologia, ginekologia onkologiczna, OIOM noworodkowy, usługi komplementarne
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	ucyfrowione RTG, laboratorium
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	okulistyka
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	komora hiperbaryczna, leczenie zatruc CO2
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	neurologia, gastroenterologia, kardiologia.
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	tomograf komputerowy, RTG
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	specjalizacja reumatologiczno-rehabilitacyjna
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	sala do kinezjoterapii


Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

W 5 spośród 6 szpitali klinicznych ocena zaawansowania technicznego placówki jest bardzo dobra. Poszczególne szpitale różnią się jedynie pod względem specjalizacji. W Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze najwyższej technologicznie notowany jest Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii oraz Oddział Intensywnej Terapii Noworodka, a plany inwestycyjne mają na celu przede wszystkim dostosowanie placówki do wymogów i potrzeb bieżących. W SPCSK im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach wyróżnia się w tym kontekście, takie oddziały jak: Neurochirurgia, Anestezjologia i Intensywna Terapia, Gastroenterologia-Endoskopia, Ginekologia i Położnictwo. Inwestycje szpitalne, jak podkreśla dyrekcja, są zdeterminowane przez potrzeby komórek organizacyjnych, realizujących świadczenia medyczne oraz przez możliwości finansowe szpitala. Najbardziej zaawansowaną komórką SPSK nr 3 w Zabrze jest pulmonologia. Zgodnie z planem inwestycyjnym szpitala na rok 2012 placówka zamierza nabyć m.in. analizator wysycenia krwi tętniczej gazami; bronchofiberoskop optyczny (2 szt.), łóżka szpitalne z szafkami,

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

rower eliptyczny; cykloergometr; skaner do lasera; krioterapię zimnego powietrza; wyciąg lędźwiowy Sandersa. Plany SPSK nr 5 w Katowicach określone są w ramach potrzeb bieżących placówki, natomiast SPSK nr 7 w Katowicach zamierza dokonać zakupów 70 pozycji wyposażenia, m.in.: urządzenia do denerwacji tętnic nerkowych, zestawu ECMO, rezonansu magnetycznego, aparatu RTG z torem wizyjnym, aparatu USG Doppler, angiografu z RTG, diatermii chirurgicznej. Zakupy związane są z odnową zużytego sprzętu i aparatury medycznej, a także z wprowadzeniem nowych rodzajów terapii (np. urządzenie do denerwacji tętnic nerkowych). Szpital ten pod względem technicznym najlepiej ocenia Oddział Kardiologii i Kardiochirurgii. Jedynym szpitalem, który ocenia przeciętnie nowoczesność placówki jest SPSK nr 6 ŚUM w Katowicach. W najbliższym czasie ma on zamiar w ramach planów inwestycyjnych dokonać cyfryzacji ZDOiRZ, wyposażyć dwa stanowiska na OITiPN dla dzieci przedwcześnie urodzonych i w stanie ciężkim oraz wymienić przestarzałe inkubatory na inkubatory modułowe. Dodatkowymi działaniami mają być lepsza informatyzacja placówki oraz budowa lądowiska dla helikopterów. Realizacja tych inwestycji zaspokoi najpilniejsze potrzeby, pozwoli na zwiększenie liczby wyleczonych pacjentów, zmniejszy wskaźnik śmiertelności noworodków i poprawi wskaźniki ekonomiczne szpitala.

Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

	Wnioski
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ocena infrastruktury SPZOZ jest ogólnie pozytywna, zarówno w zakresie bazy hotelowej dla pacjentów oraz stanu budynków, jak i wyposażenia w sprzęt medyczny. 2. Większość przedstawicieli badanych placówek jest zdania, że przynajmniej w przypadku niektórych specjalizacji, czy sprzętów wyróżniają się one na tle regionu zaawansowaniem technicznym i nowoczesnością. 3. Jednak większość badanych pracowników SPZOZ jest zdania, że jeśli chodzi o poziom nowoczesności oraz zaawansowania technicznego posiadanego wyposażenia ich placówki wypadają przeciętnie. 4. Najwyższe oceny we wszystkich kategoriach otrzymało Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich – najgorsze Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie. 5. W przypadku szpitali klinicznych większość osób ocenia poziom zaawansowania technicznego wyposażenia jako bardzo dobry.

3.11. Plany restrukturyzacji i rozwoju placówek medycznych w regionie



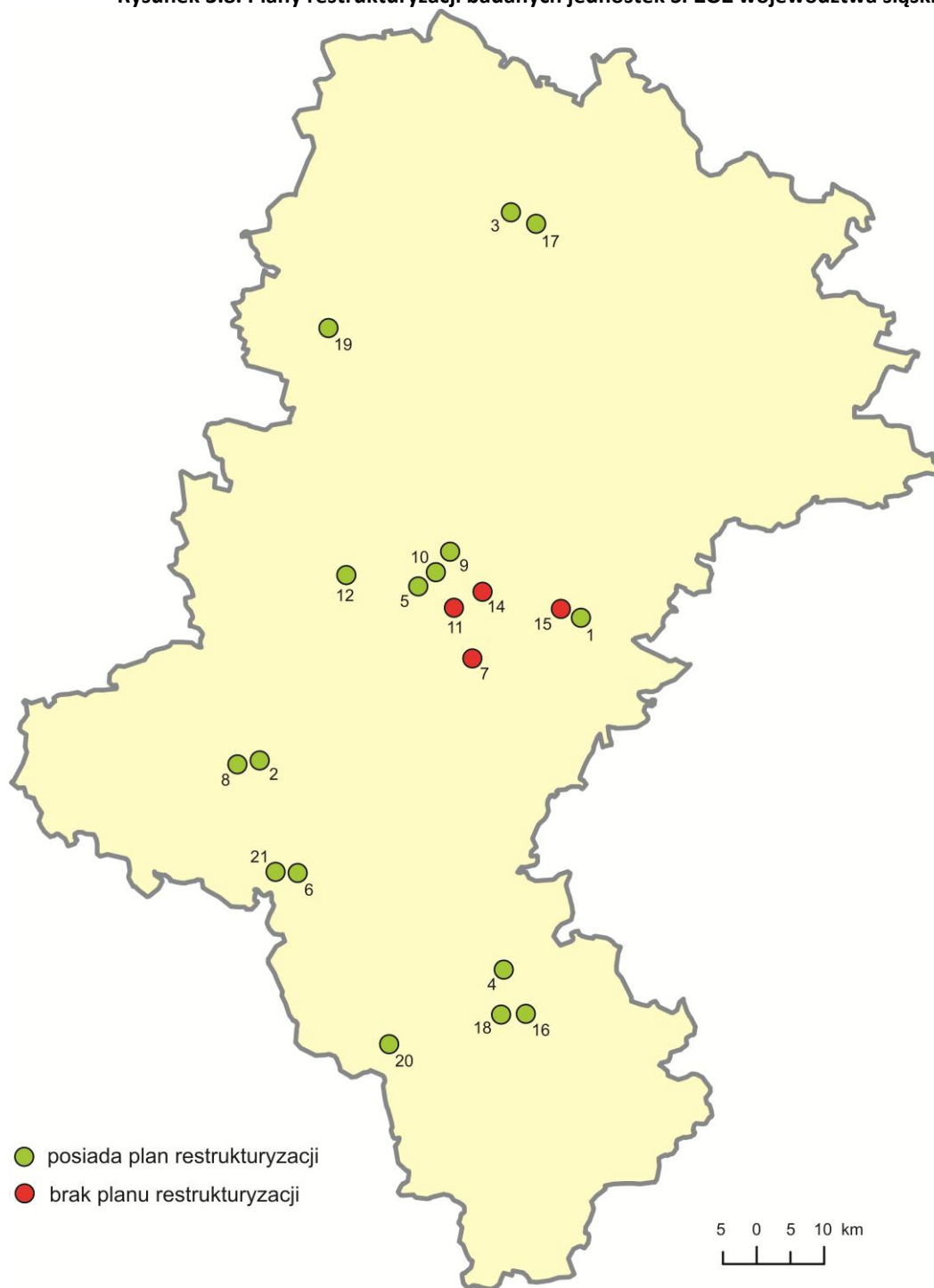
Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Opisanie projektów rozwoju placówek medycznych w zakresie zmiany oferowanych przez nie usług (tworzenie lub likwidacja oddziałów), ich planów inwestycyjnych oraz restrukturyzacji.

Dyrektorzy placówek SPZOZ województwa śląskiego zostali zapytani o plany restrukturyzacji szpitali. Takie zamiary zadeklarowało aż 17 placówek. Działań takich nie przewiduje się jedynie w Szpitalu im. St. Leszczyńskiego w Katowicach, Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu oraz Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich. Na mapie przestrzennej są to szpitale zlokalizowane w centralno-wschodniej części województwa śląskiego.



Rysunek 3.8. Plany restrukturyzacji badanych jednostek SPZOZ województwa śląskiego



Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Legenda:

Lp.	Miasto	Szpital
1	Sosnowiec	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
2	Rybnik	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
3	Częstochowa	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
4	Bielsko-Biała	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Lp.	Miasto	Szpital
5	Bytom	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
6	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
7	Katowice	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
8	Rybnik	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
9	Piekary Śląskie	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
10	Bytom	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
11	Chorzów	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
12	Zabrze	Szpital specjalistyczny w Zabrzu
13	Katowice	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
14	Siemianowice Śląskie	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
15	Sosnowiec	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
16	Wilkowice	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
17	Częstochowa	Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
18	Bystra	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
19	Lubliniec	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
20	Ustroń	Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
21	Jastrzębie Zdrój	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Następnie dyrektorzy zostali zapytani o cele i zakres działań planowanych w ramach restrukturyzacji. W 12 przypadkach mają one charakter organizacyjny. Zmiany mają więc dotyczyć struktury placówek (zakresu świadczonych usług, a także zarządzania i hierarchii służbowej) oraz kadr (planowane są zmiany w zakresie zatrudnienia, a także organizacja szkoleń). Natomiast część placówek przewiduje przeprowadzenie restrukturyzacji o charakterze finansowym. Do jej najczęściej wymienianych elementów należą m.in. pozyskanie dodatkowych funduszy (z Unii Europejskiej, w ramach kontraktów z NFZ) oraz ogólne poprawienie kondycji finansowej placówki. Warto zauważyć, że w 7 szpitalach plany restrukturyzacji obejmują zarówno aspekty finansowe, jak i organizacyjne. Pełne zestawienie odpowiedzi na to pytanie jest zawarte w poniższej tabeli.

Tabela 3.57. Zakres i cele planowanej restrukturyzacji w placówkach SPZOZ

Placówka SPZOZ	Cele i zakres planowanej restrukturyzacji
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	Program restrukturyzacji 2008 – 2011; Program naprawczy 2011 – 2016; Inwestycje powyżej 180 mln zł; Struktura organizacyjna zmieniona w 2008; Schemat zadaniowy; Restrukturyzacja zatrudnienia; Przesunięcia w ramach oddziałów Spłaszczenie struktury – z 70 do 12 kierowników – zgodnie z ustawą
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Zajmuje się tym firma, która przeprowadza audyt. W obecnej chwili nie jestem w stanie odpowiedzieć na to pytanie. Musimy poczekać na wyniki audytu.
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	restrukturyzacja finansowa i organizacyjna. Założenia: łączenie oddziałów szpitalnych i redukcja personelu.
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Zatwierdzony plan szkoleń dla kadry/załogi medycznej; inwestycje w ludzi; przekształcanie oddziałów; przebudowa placówki.



Placówka SPZOZ	Cele i zakres planowanej restrukturyzacji
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	Restrukturyzacja finansowa – pożyczka. Ograniczenie możliwości rozwoju w kontekście nowych działalności (obiekt zabytkowy) Restrukturyzacja organizacyjna – planujemy kierowników obszarów
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	Będzie to restrukturyzacja zarówno finansowa, jak i na poziomie organizacyjnym. Chcielibyśmy bardziej optymalnie wykorzystać potencjał techniczny naszej placówki; zmniejszyć ilość łóżek na niektórych oddziałach, ale jednocześnie powiększyć ofertę świadczonych usług medycznych – będzie to swoista dywersyfikacja działalności, a co za tym idzie przychodów szpitala.
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	Nie dotyczy
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	Elementy restrukturyzacji są ujęte w programie naprawczym. Restrukturyzacja ma charakter organizacyjny. Cele restrukturyzacji są takie same, jak cele strategiczne czyli: zbilansowanie przychodów i wydatków oraz odnowienie infrastruktury
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	Restrukturyzacja finansowa – poszukiwanie nowych źródeł, głównie z UE (termomodernizacja)
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Restrukturyzacja organizacyjna – redukcja stanowisk pracy Restrukturyzacja finansowa – wniosek: na finansowanie ośrodka perinatologii i ginekologii i chirurgii płodu – z rezerwy celowej budżetu państwowego 80 %, WFOŚiGW – na termomodernizację – „metoda rolowania nakładów”
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	Nie dotyczy.
Szpital specjalistyczny w Zabrze	Restrukturyzacja finansowa – nowe źródła: ubj. Fundusz Ochrony Środowiska, MZ, lokalny samorząd, regionalny program operacyjny; Utrzymanie braku zobowiązań
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	Plany restrukturyzacji: dot. nowych możliwości finansowych. Nowe produkty – okulistyka dziecięca, chirurgia bariatryczna.
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	Restrukturyzacja finansowa – tylko na programy naukowe w ograniczonym zakresie
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	Nie ma problemów finansowych; Pozyskiwanie źródeł finansowania z UE, sponsoring
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	Rozszerzenie działalności rehabilitacyjnej (rehabilitacja dzienna – kardiologiczna, rehabilitacja neurologiczna).
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	Restrukturyzacja organizacyjna, finansowa, operacyjna, rynkowa, kadrowa. Cele: zmniejszenie zadłużenia, poprawa płynności finansowej, zrównoważenie przychodów i kosztów, zamknięcie planu finansowego z zyskiem, restrukturyzacja kadrowa, urentownienie
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	Nie dotyczy.
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	Jest to restrukturyzacja finansowa, organizacyjna oraz operacyjna (nowe usługi medyczne); przekształcenie jednostki w Centrum Zdrowia Psychicznego; dążenie do zwiększenia wysokości kontraktu z NFZ.



Placówka SPZOZ	Cele i zakres planowanej restrukturyzacji
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	Przebudowa szpitala: zabudowanie tarasu, zainstalowanie ogniw fotowoltaicznych, rozbudowa muzeum na terenie szpitala, rozbudowa własnej działalności gospodarczej w postaci Senior Hospitality.
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	Przede wszystkim będzie to restrukturyzacja organizacyjna polegająca na utworzeniu nowych poradni: logopedycznej i wad postawy, co jest związane z rehabilitacyjną działalnością szpitala. Nasz długoterminowy plan inwestycyjny zakłada termomodernizację (docieplenia budynków oraz zainstalowanie solarów, co pozwoli zmniejszyć koszty szczególnie hydroterapii), rozbudowę parkingu, zakup sprzętu komputerowego, (tu chcemy się starać o środki z Unii Europejskiej, gdyż mamy niekompatybilny system informatyczny).

Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Z odpowiedzi badanych wynika, że szpitale łącznie planują otworzyć lub rozwinąć 45 oddziałów. 38 z nich (84%) -SPZOZ, 7 (16%) - szpitale kliniczne.

Najwięcej tych planów dotyczy oddziałów:

1. Opieki Paliatywnej (3),
2. Hematologii (3),
3. Chirurgii Naczyń (2),
4. Chirurgii Onkologicznej (2),
5. Kardiologii Inwazyjnej (2),
6. Neurochirurgii (2),
7. Pododdział Chirurgii Onkologicznej (2).

Oprócz rozwoju poszczególnych oddziałów, badani wskazali na innego rodzaju plany poszerzania zakresu i poprawy jakości zapewnianych pacjentom świadczeń. Są to:

- rozwój technik minimalnej inwazyjności,
- utworzenie bloku operacyjnego (w dwóch szpitalach),
- utworzenie bloku medycyny pracy,
- opracowanie profilaktycznego programu zdrowotnego z zakresu schorzeń sutka,
- uruchomienie gabinetu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- stworzenie konsorcjum ze szpitalami o profilu rehabilitacyjnym,
- zwiększenie ilości zabiegów operacyjnych o 30%,
- rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- rozwój w zakresie procedur Nielimitowanych,
- udzielanie świadczeń z zakresu chirurgii metabolicznej i bariatrycznej,
- utworzenie oddziału psychiatrii wraz z leczeniem uzależnień zespołów alkoholowych,
- utworzenie oddziału chemioterapii onkologicznej,
- izby przyjęć,
- otwarcie poradni genetycznej i poradni diabetologicznej,
- utworzenie łóżek diabetologicznych i urazowo-ortopedycznych,
- rozwój leczenia środowiskowego,
- rozwój technik lokalizacji i przeprowadzania zabiegów z zastosowaniem stereotaksji-neuronawigacji,
- rozwój metod leczenia ciężkich schorzeń neurologicznych za pomocą stymulatorów w formie, pracowni diagnostyki endoskopowej schorzeń przewodu pokarmowego oraz zabiegów minimalnej inwazyjności,
- rozwój metod leczenia bezdechów (terapia tlenem),
- rozwijanie pracowni żywienia dojelitowego,

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



- zwiększenie zatrudnienia lekarzy onkologów,
- uruchomienie POZ.

Tabela 3.58. Plany zwiększenia udziału poszczególnych specjalizacji medycznych w ciągu następnych 3 lat oraz ich przyczyny w placówkach SPZOZ

Placówka SPZOZ	Oddział	Przyczyna
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	Kardiologia inwazyjna, Onkologia z chemioterapią, Kardiochirurgia, Torakochirurgia, Medycyna Pracy, Profilaktyczne programy Zdrowotne z zakresu schorzeń sutka, Okulistyka, Chirurgia naczyń, Gastroenterologia	Wzrastające zapotrzebowanie na świadczenia, dążenie placówki do utrzymania silnej pozycji szybko rozwijający się rynek usług medycznych. Poradnia Medycyny Pracy - perspektywa wspierania finansowego szpitala.
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Nie planuje się	Nie planuje się
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	Uruchomienie Oddziału Hematologii, Uruchomienie Oddziału Psychiatrycznego dla chorych somatycznie, Uruchomienie Gabinetu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, Powiększenie Oddziału Opieki Paliatywnej	Zapotrzebowanie społeczne -wzrost liczby pacjentów
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Utworzenie oddziału hematologii	duża liczba przypadków hematologicznych hospitalizowanych w Oddziale Wewnętrznym, brak możliwości korzystniejszego rozliczenia w NFZ.
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	Chirurgia szczękowo-twarzowa, Chirurgia onkologiczna , Medycyna paliatywna	Duże zapotrzebowanie na procedury wykonywane ww. oddziałach,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	Kardiologia, Geriatria, ZPO/ZOL, Nefrologia, Neurochirurgia, Gastrologia	Możliwość zawarcia kontraktu z NFZ, duże zapotrzebowanie społeczne na wskazane usługi medyczne, potencjał szpitala pozwalający na rozwijanie wymienionych dziedzin
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	Onkologia kliniczna	Wzrost liczby zachorowań
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	Psychiatria, seksuologia	Zapotrzebowanie, potrzeby rynku; monospecjalistyczny profil szpitala
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	Tworzenie konsorcjum ze szpitalami o profilu rehabilitacyjnym, wzrost liczby zabiegów operacyjnych o 30%,	Siła pozycji placówki na tle konkurencji, wzrost liczby pacjentów.



Placówka SPZOZ	Oddział	Przyczyna
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Ginekologia, położnictwo, ginekologia onkologiczna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, laryngologia dziecięca, rozwój jednostki w zakresie procedur nielimitowanych	Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom, dostosowanie Szpitala do wymogów Rozporządzenie Ministra Zdrowia (Dz. U. 12. 739), podniesienie jakości, ciągłości i dostępności świadczeń zdrowotnych, racjonalizacja kosztów działalności, wzmocnienie pozycji konkurencyjnej Szpitala na rynku usług medycznych
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	Choroby zakaźne	Wzrost liczby zachorowań na choroby zakaźne oraz chęć wzmocnienia pozycji placówki na tle konkurencji.
Szpital specjalistyczny w Zabrze	Chirurgia onkologiczna, Chirurgia naczyniowa, chemioterapia	Wzrost liczby pacjentów chorych na nowotwory.
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	Świadczenia z zakresu chirurgii metabolicznej i bariatrycznej. świadczenia z zakresu psychiatrii wraz z leczeniem uzależnień zespołów alkoholowych., Udzielanie świadczeń w zakresie chemioterapii onkologicznej.	Rozszerzenie działalności zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów leczonych w OSK. Rozwój istniejących oddziałów. Zwiększenie kontraktu z NFZ
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	Oddział toksykologii, Oddział AiIT, Blok Operacyjny, Izba przyjęć	Oddział toksykologii – leczenie zatruc, w tym zakażeń tlenkiem węgla w powiązaniu z komorą HBO AiIT, blok operacyjny, izba przyjęć – zwiększenie liczby sal operacyjnych, dostosowanie do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia.
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	Dobudowa piętra pod Oddział Rehabilitacji, Otwarcie Poradni genetycznej, Otwarcie Poradni Diabetologicznej, Utworzenie łóżek diabetologicznych i urazowo-ortopedycznych	Zapotrzebowanie na wskazane usługi; Realizacja Strategii Centrum Pediatrii w zakresie kompleksowego świadczenia usług zdrowotnych dla pacjentów.
Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	Brak danych	Brak danych
Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	Oddział Hematologii, Oddział Psychiatrycznego dla chorych somatycznie, Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, Powiększenie Oddziału Opieki Paliatywnej	Brak danych
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	Otwarcie nowych oddziałów; Zwiększenie liczby hospitalizowanych i ambulatoryjnych pacjentów	Wzrost przychodu z NFZ
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	Oddział psychiatryczny dzienny (ogólny); Zespół leczenia Środowiskowego (domowego)	Zapisy Narodowego i Wojewódzkiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego
Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu	Brak danych	Brak danych



Placówka SPZOZ	Oddział	Przyczyna
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	Rehabilitacja medyczna	Brak danych

Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Tabela 3.59. Plany zwiększenia udziału poszczególnych specjalizacji medycznych w ciągu następnych 3 lat oraz ich przyczyny w placówkach klinicznych

Szpital kliniczny	Oddział	Przyczyna
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrzcu ŚUM w Katowicach	Urologia dziecięca	Zapotrzebowanie na tego typu usługi oraz profil ośrodka.
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach	Rozwój transplantologii. Przeznaczenie części łóżek Oddziału Chirurgii Przewodu Pokarmowego dla pacjentów będących przed i po transplantacji. Rozwój technik minimalnej inwazyjności. Utworzenie pododdziału chirurgii onkologicznej. Rozwój technik lokalizacji i przeprowadzania zabiegów z zastosowaniem stereotaksji - neuronawigacji. Rozwijanie metod leczenia ciężkich schorzeń neurologicznych za pomocą stymulatorów w formie implantów. Budowa zintegrowanego Bloku Operacyjnego, Zwiększenie ilości łóżek w Oddziale Udarowym. Rozwój technik minimalnej inwazyjności – zabiegi laparoskopowe. Rozwój pracowni diagnostyki endoskopowej schorzeń przewodu pokarmowego oraz zabiegów minimalnej inwazyjności. Rozwój metod leczenia bezdechów (terapia tlenem)	Korzystne stawki NFZ, silna pozycja placówki na tle konkurencji.
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrzcu ŚUM w Katowicach	Rozwój technik minimalnej inwazyjności. Utworzenie pododdziału chirurgii onkologicznej.	Wzrost liczby pacjentów z chorobami nowotworowymi płuc, chęć wzmocnienia pozycji placówki na tle konkurencji.
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach	Brak danych	Brak danych
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5 w Katowicach ŚUM w Katowicach	Brak danych	Brak danych



Szpital kliniczny	Oddział	Przyczyna
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach	Rozwijanie pracowni żywienia dojelitowego. Rozwijanie rehabilitacji neurologicznej. Rozwijanie kardiologii inwazyjnej, rozwijanie neurochirurgii. U uruchomienie POZ	Brak danych
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5 w Katowicach ŚUM w Katowicach	Brak danych	Brak danych
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca	Zwiększenie zatrudnienia lekarzy onkologów	Utworzenie i rozwój Oddziału Onkologii

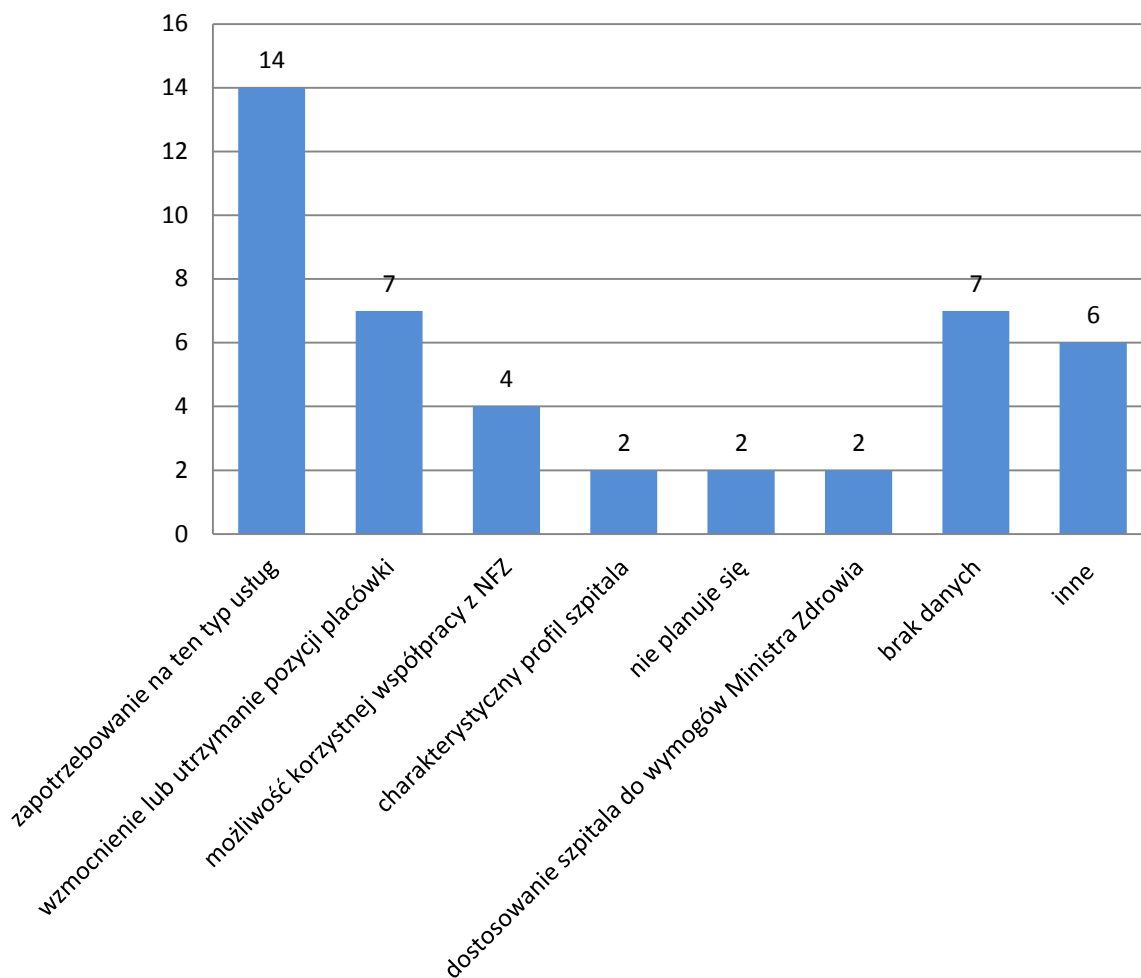
Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

Przedstawiciele placówek zostali zapytani o to, co stanowi motywację dla planowanych zmian w zakresie rozwoju lub utworzenia nowych oddziałów. Wykres poniżej przedstawia ich odpowiedzi.

Najczęściej wskazywano na wzrastające zapotrzebowanie społeczne na niektóre świadczenia (32% wskazań). Następnie, na chęć podniesienia lub utrzymania pozycji szpitala na rynku medycznym (16%). Potem - na możliwość współpracy z NFZ (9%). 4% badanych jako powód planowanych zmian wskazało specyficzny profil szpitala. Również 4% wymieniło w tym kontekście konieczność dostosowania szpitala do wymogów Ministra Zdrowia. 14% stanowiły inne odpowiedzi, wśród których znalazły się: potrzeba finansowego wsparcia szpitala (otworzenie Poradni Medycyny Pracy), brak możliwości korzystniejszego rozliczenia w NFZ, realizacja strategii w zakresie kompleksowego świadczenia usług zdrowotnych dla pacjentów, zapisy Narodowego i Wojewódzkiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.



Wykres 3.37. Przyczyny planów rozwoju na najbliższe 3 lata (według liczby wskazań)



Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Badani z 5 placówek zadeklarowali konieczność ograniczenia działalności poszczególnych oddziałów. Plany dotyczące zamknięcia oddziałów mają tylko dwa szpitale: Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu, w którym rozważana jest możliwość przemodelowania działalności Oddziału Dermatologii i Wenerologii w działalność ambulatoryjną i Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, gdzie plany odnoszą się do likwidacji Poradni Chirurgii Stomatologicznej oraz Poradni Leczenia Bólu. Natomiast w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju planowanie jest ograniczenie działalności Oddziału Pediatrycznego i Oddziału Udarowego. Liczba łóżek ma się również zmniejszyć na Oddziale Nefrologii Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku – Białej.

Sytuacja szpitali klinicznych przedstawia się nieco inaczej. Jedynie dwa z nich mają plany ograniczenia działalności. Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach planuje zmniejszenie ilości łóżek na Oddziale Nefrologii oraz Chirurgii Ogólnej – powodem są niekorzystne stawki NFZ. Natomiast Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach ma zamiar zmniejszyć ilość łóżek na oddziałach Anestezjologii oraz Intensywnej Terapii. Jako przyczynę podaje się w tym wypadku małe zapotrzebowanie na dany rodzaj świadczeń lub też kwestie ekonomiczne (brak umowy z NFZ, niekorzystne stawki).



Tabela 3.60. Plany ograniczenia działalności w placówkach SPZOZ

Szpital	Oddział	Przyczyna
Szpital Wojewódzki w Bielsku - Białej	Zmniejszenie ilości łóżek na Oddziale Nefrologii	Małe obłożenie łóżek obserwowane na przestrzeni kilku lat
	Likwidacja Poradni Chirurgii Stomatologicznej oraz Poradni Leczenia Bólu	Brak podpisanego kontraktu z NFZ.
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	Ograniczenie działalności Oddziału Pediatrycznego i Oddział Udarowego	Niż demograficzny, zmiany organizacyjne w zakresie finansowania przez NFZ
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Przemodelowanie działalności Oddziału Dermatologii i Wenerologii w działalność ambulatoryjną	Brak danych
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach	Ograniczenie liczny łóżek na Oddziałach Chirurgii Ogólnej i Nefrologii	Niekorzystne stawki NFZ
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach	Ograniczenie liczny łóżek na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Brak danych

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012

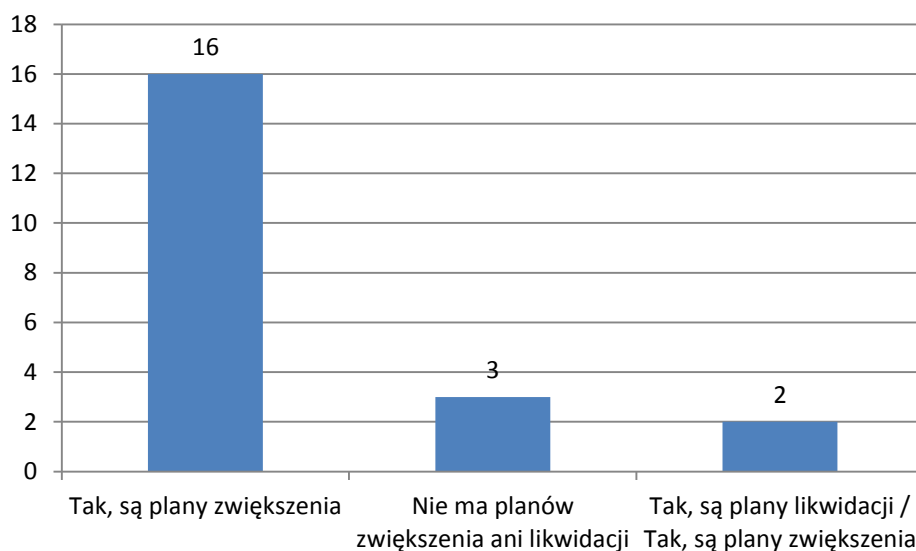
Zdecydowana większość respondentów (18) deklaruje istnienie planów inwestycyjnych w zakresie wyposażenia placówki czy zakupu sprzętu. Zaledwie 14% placówek nie posiada takich planów. Dyrektorzy placówek zadeklarowali plany zakupu następującego sprzętu medycznego:

- angiograf (3 sztuki),
- USG (2 sztuki),
- rezonans magnetyczny,
- tomograf komputerowy,
- aparaty do znieczuleń,
- przewoźny rentgen,
- RTG z ramieniem „C”,
- dozymetria,
- przyśpieszacz liniowy,
- aparat diagnostyki AIDS,
- laser fotosekundowy,
- sprzęt rehabilitacyjny,
- ambulatoryjny sprzęt do chemioterapii,
- respirator,
- kardiomonitor,
- sprzęt torakochirurgiczny,
- analizatory medyczne,
- stół terapeutyczny do rehabilitacji neurologicznej Ergio,
- SRT ZEPTOR (do wczesnej rehabilitacji neurologicznej).

Większość szpitali - 16 - ma w planach zwiększenie udziału poszczególnych specjalizacji medycznych w placówkach w przeciągu najbliższych 3 lat (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu;

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju; Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich; Szpital Specjalistyczny w Zabrze; Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach; Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich; Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu; Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej; Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie; Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej; Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu; Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu; Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju). Zaledwie 3 placówki nie planują zmian w tym zakresie (Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej; Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku; Szpital Specjalistyczny w Chorzowie. Pozostałe 2 jednostki planują zarówno likwidować jak i zwiększać udział poszczególnych specjalizacji medycznych (Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach; Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu).

Wykres 3.38. Plany likwidacji / zwiększenia udziału poszczególnych specjalizacji medycznych w placówce w ciągu najbliższych 3 lat



Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Decyzje w sprawie likwidacji lub zwiększenia udziału poszczególnych specjalizacji są podyktowane przede wszystkim przez kwestie finansowe. Specjalizacje, których zamknięcie planowane jest najczęściej to dermatologia (przeniesienie do poradni), oraz rehabilitacja.

Wedle danych uzyskanych z wywiadów rozwijane będą za to inne specjalizacje. Ich wykaz znajduje się w tabeli zamieszczonej poniżej.

Tabela 3.61. Specjalizacje, które będą rozwijane

Zwiększenie udziału poszczególnych specjalizacji medycznych w placówce	Liczba wskazań
chirurgia naczyniowa	2
chirurgia szczękowa	2
Onkologia	2
rehabilitacja kardiologiczna	2
rehabilitacja neurologiczna	2
Chirurgia	1
Chirurgia onkologiczna	1

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Zwiększenie udziału poszczególnych specjalizacji medycznych w placówce	Liczba wskazań
Chirurgia ortopedyczna	1
Hematologia	1
Intensywna opieka medyczna	1
Interna	1
Kardiologia	1
Laryngologia dziecięca	1
Medycyna paliatywna	1
Neurochirurgii	1
Neurologia udarowa	1
Psychiatria dzienna	1
OIOM	1
Okulistyka	1
Opieka środowiskowa,	1
Ortopedia	1
Ortopedia dziecięca	1
Perinatologia	1
Chirurgia plastyczna	1
Pooperacyjny	1
Psychiatria	1
Psychiatria somatyczna	1
Rehabilitacja dzieci i młodzieży	1
Urologia	1
Utworzenie reumacentrum w powiązaniu z ortopedią i traumatologią	1
Wczesnej rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej	1
Zakład opiekuńczo-leczniczy	1

Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Jeśli chodzi o jednostki kliniczne, wszystkie poza Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach dokonały już w ostatnim czasie pewnej restrukturyzacji. Ich pełne wyliczenie znajduje się w tabeli.

Tabela 3.62. Rodzaje i zakres restrukturyzacji w badanych placówkach

Szpital kliniczny	Rodzaj i zakres restrukturyzacji
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. S. Szyszko w Zabrze ŚUM w Katowicach	Szpital nie jest zrestrukturyzowany.
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach ŚUM w Katowicach	- zasoby ludzkie (zdefiniowano 8 zagadnień problemowych) - zasoby majątkowe (zdefiniowano 11 zagadnień problemowych) - zagadnienia organizacyjno- prawno- finansowe (zdefiniowano 18 zagadnień problemowych) - opracowany w czerwcu 2009, nadal realizowany
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 w Zabrze ŚUM w Katowicach	- zasoby ludzkie (zdefiniowano 8 zagadnień problemowych)

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego




Szpital kliniczny	Rodzaj i zakres restrukturyzacji
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A Mielęckiego w Katowicach ŚUM w Katowicach	<ul style="list-style-type: none"> - zasoby majątkowe(zdefiniowano 11 zagadnień problemowych) zagadnienia organizacyjno – prawno-finansowe (zdefiniowano 18 zagadnień problemowych) - dyrekcja nie posiada planów restrukturyzacji
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach	<ul style="list-style-type: none"> - restrukturyzacja zatrudnienia, obejmująca głównie ośrodki usługowe szpitala, obsługę i administrację; - restrukturyzacja organizacyjna dotycząca oddziałów, centralnej sterylizatorni i transportu wewnętrznego; - restrukturyzacja zaopatrzeniowa wprowadzająca racjonalną politykę lekową, stałe monitorowanie kontrolowanie zużycia leków i materiałów medycznych połączone z minimalizacją zapasów zaopatrzeniowych; - restrukturyzacja majątkowa mająca na celu dostosowanie struktury majątkowej do nowych warunków funkcjonowania poprzez np. zagospodarowanie majątku nieproduktywnego, dzierżawę pomieszczeń, modernizację posiadanego wyposażenia diagnostycznego i leczniczego; - restrukturyzacja operacyjna obejmująca między innymi uruchomienie nowych oddziałów, poradni, wprowadzenie nowych metod diagnostycznych, leczenia, modernizację i wymianę aparatury medycznej, rozszerzenie zakresu usług, poprawę organizacji, czy też wprowadzenie rozwiązań energooszczędnych; - restrukturyzacja finansowa, która ma na celu złagodzenie kryzysu finansowego, usunięcie ewentualnych źródeł niegospodarności oraz pozyskanie środków niezbędnych do sfinansowania innych działań restrukturyzacyjnych. Restrukturyzacja ta obejmować może redukcję kosztów i wydatków, pozyskanie nowych źródeł i form finansowania, poprawę struktury finansowej zakładu oraz poprawę zarządzania finansami. Wszystkie wymienione wyżej restrukturyzacje wzajemnie na siebie zachodzą, uzupełniają się i są ze sobą wzajemnie powiązane.
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 w Katowicach ŚUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum im. Prof. Leszka Gieca	<ul style="list-style-type: none"> - restrukturyzacja organizacyjna, zmierzająca do optymalnego zmniejszenia kosztów

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach klinicznych województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=6 w okresie lipiec – sierpień 2012



Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

	Wnioski
	<ol style="list-style-type: none">1. Plany restrukturyzacji szpitali zadeklarowało 17 dyrektorów badanych placówek SPZOZ.2. W większości przypadków mają one charakter organizacyjny – dotyczą struktury placówek, zakresu świadczonych usług, a także zarządzania i hierarchii służbowej oraz kadr - zmiany w zakresie zatrudnienia, a także organizacji szkoleń.3. Część placówek przewiduje przeprowadzenie restrukturyzacji o charakterze finansowym. Do jej najczęściej wymienianych elementów należą m.in. pozyskanie dodatkowych funduszy (z Unii Europejskiej, w ramach kontraktów z NFZ) oraz ogólne poprawienie kondycji finansowej placówki.4. W 7 szpitalach plany restrukturyzacji obejmują zarówno aspekty finansowe, jak i organizacyjne.5. Szpitale łącznie planują otworzyć lub rozwinąć 45 oddziałów, w większości w ramach SPZOZ-ów. Planowane są również innego rodzaju działania w ramach poszerzania oferty i rozwoju technologicznego placówek.6. Większość szpitali ma w planach zwiększenie udziału poszczególnych specjalizacji medycznych w placówkach w przeciągu najbliższych 3 lat. Plany te wynikają najczęściej ze zwiększającego się zapotrzebowania na określone świadczenia.7. Cztery placówki zadeklarowały ograniczenie działalności poszczególnych oddziałów, zaś dwie zamierzają zamknąć oddziały. Plany te wynikają zarówno z mniejszego zapotrzebowania, jak i ze względów ekonomicznych. Niemalże wszystkie placówki kliniczne (5 z 6) mają już za sobą pewne działania o charakterze restrukturyzacyjnym.

4. Ocena funkcjonowania placówek medycznych w opinii pracowników i pacjentów

4.1. Opinie pracowników na temat organizacji pracy w placówkach medycznych województwa śląskiego



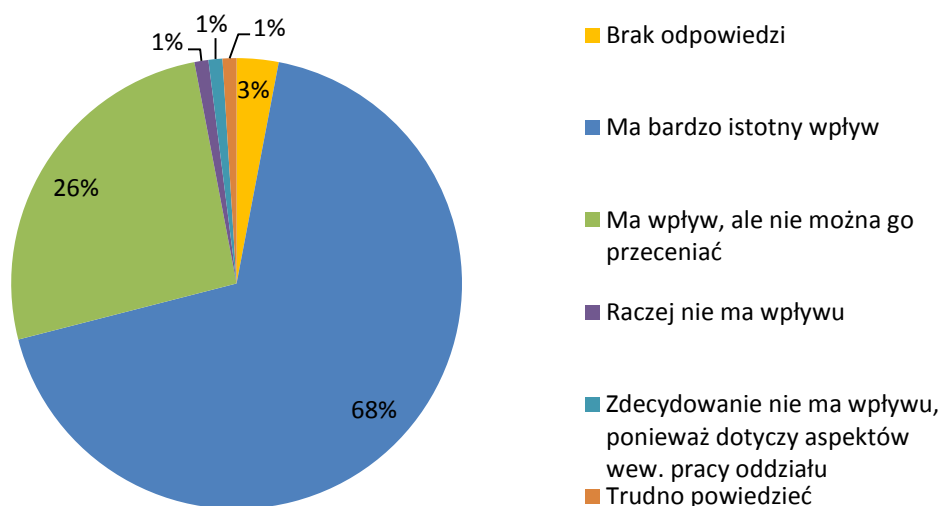
Głównym problemem badawczym na tym etapie była:

Ocena warunków pracy pracowników placówek medycznych w województwie śląskim oraz zdobycie wiedzy na temat tego, jak oni postrzegają swoje placówki - co ich zdaniem sprzyja dobremu wykonywaniu obowiązków, co motywuje, a co przeszkadza i powinno ulec zmianie.

Ocena organizacji pracy

Na początku ankiety spytano pracowników o to, czy ich zdaniem organizacja pracy na oddziale wpływa na sposób świadczenia usług przez personel. Zdecydowana większość badanych (68%) odpowiedziała, że ma ona bardzo istotny wpływ. Wynika z tego, że pracownicy widzą potrzebę dobrej organizacji i sprawnego zarządzania pracą w swoich placówkach, uważają, że czynniki te mają przełożenie, na jakość leczenia pacjentów. Prawie jedna trzecia pracowników uważa, że organizacja pracy ma wpływ na sposób świadczenia usług przez personel, ale nie można go przeceniać (26%).

Wykres 4.1. Wpływ organizacji pracy na sposób świadczenia usług przez personel w badanych placówkach SPZOZ w województwie śląskim



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Opinie na temat wpływu organizacji pracy na oddziale na sposób świadczenia usług przez personel nie były zróżnicowane pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi. Wśród lekarzy odsetek

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



odpowiedzi „Ma bardzo istotny wpływ” wyniósł 68,8%, u pielęgniarek i położnych - 71,5%, natomiast u przedstawicieli innych zawodów - 72,7%.

Tabela 4.1. Ocena wpływu organizacji pracy na sposób świadczenia usług przez personel z uwzględnieniem podziału na grupy zawodowe respondentów

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka/ położna	Inny
Ma bardzo istotny wpływ	70,6%	68,8%	71,5%	72,7%
Ma wpływ, ale nie można go przeceniać	26,9%	31,2%	24,7%	25,0%
Raczej nie ma wpływu	0,5%	0,0%	0,8%	0,0%
Zdecydowanie, ponieważ dotyczy aspektów wewnętrznych pracy oddziału	0,9%	0,0%	1,7%	0,0%
Trudno powiedzieć	1,2%	0,0%	1,3%	2,3%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Niezależnie od pełnionej w placówce funkcji, respondenci zadeklarowali, że organizacja pracy na oddziale ma bardzo istotny wpływ na sposób świadczenia usług medycznych. Wśród respondentów pełniących funkcję kierowniczą poziom odpowiedzi twierdzących wyniósł w tym zakresie 73,2%, a u osób niepełniących takiej funkcji - 70,0%. Zdecydowanie mniej osób deklaruje, iż organizacja pracy wpływa na sposób świadczenia usług przez personel, ale nie można go przeceniać - 27,6% wśród respondentów pełniących funkcję kierowniczą i 23,6% wśród osób niepełniących takiej funkcji. Można zatem stwierdzić, że zajmowanie funkcji kierowniczej nie ma istotnego wpływu na sposób odpowiedzi na to pytanie.

Tabela 4.2. Ocena wpływu organizacji pracy na sposób świadczenia usług przez personel z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Ma bardzo istotny wpływ	70,6%	73,2%	70,0%
Ma wpływ, ale nie można go przeceniać	26,9%	23,6%	27,6%
Raczej nie ma wpływu	0,5%	0,8%	0,3%
Zdecydowanie, ponieważ dotyczy aspektów wewnętrznych pracy oddziału	0,9%	1,6%	0,7%
Trudno powiedzieć	1,2%	0,8%	1,4%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Przedstawiciele wszystkich przebadanych placówek SPZOZ zadeklarowali, że organizacja pracy ma wpływ na sposób świadczenia usług przez personel. Wskazuje na to częste wybieranie odpowiedzi „Ma bardzo istotny wpływ” oraz „Ma wpływ, ale nie można go przeceniać”. Poziom wskazań tych dwóch odpowiedzi wynosi od 85% do 100% w zależności od badanej placówki. Jednak w obrębie tych dwóch wskazań rozkład odpowiedzi jest już dużo bardziej zróżnicowany. Odpowiedź, że organizacja pracy ma bardzo istotny wpływ na sposób świadczenia usług przez personel wybierana była

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



w zależności od placówki na poziomie od 35% do 91,3%. Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie ma najwyższy spośród badanych placówek odsetek odpowiedzi „sposób organizacji pracy ma wpływ na sposób świadczenia usług przez personel, ale nie można go przeceniać” – wynosi on 65%. Najrzadziej odpowiedź tę wybierano w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich - 8,7% wszystkich odpowiedzi.

Tabela 4.3. Ocena wpływu organizacji pracy na sposób świadczenia usług przez personel z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Ma bardzo istotny wpływ	70,6%	65,2%	65,0%	90,0%	75,0%	42,1%	84,0%	75,0%	89,5%	91,3%	50,0%	70,0%	78,9%	55,0%	70,0%	75,0%	82,6%	35,0%	80,0%	85,0%	63,6%	52,9%
Ma wpływ, ale nie można go przecenić	26,9%	30,4%	35,0%	10,0%	20,0%	57,9%	16,0%	25,0%	10,5%	8,7%	40,9%	20,0%	15,8%	30,0%	30,0%	20,0%	17,4%	65,0%	20,0%	15,0%	36,4%	47,1%
Raczej nie ma wpływu	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Zdecydowanie ponieważ dot. pracy oddziału	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	5,3%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	1,2%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	5,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Uczestników badania poproszono również o ocenę pracy personelu na poszczególnych oddziałach - lekarskim, pielęgniarskim oraz o ocenę pracy rehabilitantów/fizjoterapeutów. **Wszystkie trzy grupy zostały ocenione przez respondentów bardzo pozytywnie – najwięcej bardzo dobrych (49%) i dobrych (40%) ocen otrzymał personel pielęgniarski. Niemal równie wysoko została oceniona praca lekarzy - 35% ocen bardzo dobrych oraz 37% dobrych. Najmniej ocen pozytywnych otrzymali rehabilitanci i fizjoterapeuci - 28% bardzo dobrych, 24% dobrych.** Jednak ta grupa pracowników nie otrzymała więcej ocen negatywnych niż pozostałe grupy. Mniejsza ilość pozytywnych ocen wynika z faktu, że wiele osób nie udzieliło na to pytanie odpowiedzi. Prawdopodobnie rehabilitantów i fizjoterapeutów jest niewielu i nie każdy badany ma z nimi styczność w swojej pracy, stąd brak możliwości dokonania oceny.

Tabela 4.4. Ocena organizacji pracy personelu z uwzględnieniem podziału na oddziały

Organizacja pracy	Brak odpowiedzi	Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej słabo	Bardzo słabo	Trudno powiedzieć
Personelu lekarskiego	13%	35%	37%	5%	1%	9%
Personelu pielęgniarskiego	5%	49%	40%	1%	0%	5%
Rehabilitantów / fizjoterapeutów	31%	28%	24%	2%	1%	14%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Na pytanie o to, jak oceniają organizację pracy personelu lekarskiego w ramach oddziału respondenci najczęściej odpowiadali „dobrze” lub „bardzo dobrze”. Zsumowane odpowiedzi w tych kategoriach stanowiły od 70% wśród pracowników wykonujących zawód inny niż lekarz lub pielęgniarka i położna do 92,4% wśród lekarzy. **Wskazania poszczególnych odpowiedzi zależały od zawodu.** Najlepiej organizację pracy personelu lekarskiego ocenili sami lekarze - 53,2% bardzo dobrych ocen. Pielęgniarki i położne najczęściej oceniały ją jako dobrą - 45%. Pozostali respondenci również najczęściej - 38,8% - wskazywali odpowiedź „dobrze”. Inni pracownicy są kategorią, która najbardziej krytycznie oceniła organizację pracy personelu lekarskiego. Zsumowane odpowiedzi „raczej słabo” oraz „bardzo słabo” wyniosły w tej kategorii 12,4%, czyli więcej niż wśród pielęgniarek/położnych oraz lekarzy, gdzie ilość tych wskazań wynosiła odpowiednio 6,9% oraz 3,8%.



Tabela 4.5. Ocena organizacji pracy personelu lekarskiego z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka/ położna	Inny
Bardzo dobrze	40,0%	53,2%	39,6%	31,2%
Dobrze	42,6%	39,2%	45,0%	38,8%
Raczej słabo	6,2%	2,5%	5,9%	11,2%
Bardzo słabo	1,0%	1,3%	1,0%	1,2%
Trudno powiedzieć	10,1%	3,8%	8,4%	17,5%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Bez wątplenia istnieje zależność pomiędzy pełnioną funkcją a oceną organizacji pracy personelu lekarskiego w ramach oddziału. Osoby pełniące funkcje kierownicze oceniały tę organizację zdecydowanie lepiej niż osoby niepełniące takich funkcji. Wśród osób na stanowisku kierowniczym poziom oceny dobre stanowiły 45% wszystkich odpowiedzi, oceny bardzo dobre - 49,5%, co razem daje 94,5% wszystkich odpowiedzi. Natomiast wśród osób, które nie pełnią funkcji kierowniczych przeważały oceny dobre - 41,1% odpowiedzi, oceny bardzo dobre stanowiły 36,5%. Osoby, które nie zajmują funkcji kierowniczych zdecydowanie częściej oceniały organizację pracy jako raczej słabą, odsetek ten wśród osób pełniących kierowniczą funkcję wynosił zaledwie 0,9%, a wśród osób, które nie pełniły kierowniczej funkcji już 8,4%. Tylko wśród osób niepełniących kierowniczej funkcji część respondentów oceniła organizację pracy personelu lekarskiego jako bardzo słabą, poziom wskazań wyniósł 1,5%. Można zatem stwierdzić istnienie zależności pomiędzy pełnioną funkcją, a oceną organizacji pracy personelu lekarskiego¹⁸.

Tabela 4.6. Ocena organizacji pracy personelu lekarskiego z uwzględnieniem podziału na pełnioną funkcję

Odpowiedzi	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Bardzo dobrze	40,0%	49,5%	36,5%
Dobrze	42,6%	45,0%	41,1%
Raczej słabo	6,2%	0,9%	8,4%
Bardzo słabo	1,0%	0,0%	1,5%
Trudno powiedzieć	10,1%	4,6%	12,5%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Można stwierdzić (na poziomie ufności 99%), że istnieje zależność pomiędzy placówką a oceną organizacji pracy personelu lekarskiego¹⁹. Najlepiej organizacja pracy personelu jest oceniana w placówce P9 (Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach

¹⁸ Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 95%.

¹⁹ Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 99%.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Śląskich), gdzie 91,3% osób oceniło ją jako „bardzo dobrą”, a 8,7% oceniło ją jako „dobrą”. Najczęściej organizacja pracy personelu lekarskiego była oceniana jako „bardzo słaba” w placówce P8 (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku), gdzie odsetek wskazań tej oceny wyniósł 10,5%, a jako „raczej słaba” w placówce P21 (Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju). Największy odsetek zsumowanych odpowiedzi „bardzo słabo” oraz „raczej słabo” wynosił 35% w placówce P21 (Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju). W tej placówce również najwięcej respondentów zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć”. Należy także zaznaczyć, że placówka ta miała najmniej zsumowanych wskazań kategorii „bardzo dobrze” i „raczej dobrze” - wynosił on jedynie 23,5%.



Tabela 4.7. Ocena organizacji pracy personelu lekarskiego z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Bardzo dobrze	40,0%	19,0 %	38,9 %	25,0 %	18,8 %	13,3 %	31,8 %	42,1 %	36,8 %	91,3 %	33,3 %	31,2 %	62,5 %	23,5 %	52,6 %	20,0 %	50,0 %	85,0 %	47,4 %	30,0 %	66,7 %	0,0%
Dobrze	42,6%	66,7 %	22,2 %	50,0 %	50,0 %	53,3 %	40,9 %	57,9 %	36,8 %	8,7%	57,1 %	43,8 %	37,5 %	70,6 %	31,6 %	46,7 %	50,0 %	15,0 %	42,1 %	70,0 %	27,8 %	23,5 %
Raczej słabo	6,2%	9,5%	11,1 %	10,0 %	12,5 %	13,3 %	9,1%	0,0%	10,5 %	0,0%	0,0%	12,5 %	0,0%	0,0%	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%	35,3 %
Bardzo słabo	1,0%	0,0%	5,6%	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	10,5 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	10,1%	4,8%	22,2 %	15,0 %	18,8 %	13,3 %	18,2 %	0,0%	5,3%	0,0%	9,5%	12,5 %	0,0%	5,9%	10,5 %	33,3 %	0,0%	0,0%	10,5 %	0,0%	0,0%	41,2 %
Razem	100,0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Najlepiej oceniona została praca personelu pielęgniarskiego. 51,7% ankietowanych uważa ją za bardzo dobrą, 43,1% za dobrą. Istnieje zależność pomiędzy wykonywanym zawodem a oceną organizacji pracy personelu pielęgniarskiego²⁰. Ocenę „bardzo dobrą” najczęściej wskazywały same pielęgniarki/położne (57,6%), następnie lekarze (50,6%), zaś najrzadziej inni pracownicy (40%). Żadna z badanych grup nie oceniła organizacji pracy pielęgniarek „bardzo słabo” lub „raczej słabo”. Największy problem z odpowiedzią mieli inni pracownicy, o czym świadczy fakt, że grupa ta najczęściej wybierała odpowiedź „trudno powiedzieć” (15%). Najczęściej organizację pracy pielęgniarek i położnych jako dobrą oceniali lekarze na (49,4%) następnie inni pracownicy - 45%.

Tabela 4.8. Ocena organizacji pracy personelu pielęgniarskiego z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Bardzo dobrze	51,7%	50,6%	57,6%	40,0%
Dobrze	43,1%	49,4%	40,3%	45,0%
Trudno powiedzieć	4,8%	0,0%	2,1%	15,0%
Raczej słabo	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Bardzo słabo	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Ogólnie	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Organizacja pracy pielęgniarek została oceniona przez respondentów wysoko. Jako bardzo dobrą określiło ją 58,9% osób pełniących funkcję kierowniczą i 49,6% osób niepełniących funkcji kierowniczej. Jako dobrą oceniło ją 40,3% osób pełniących funkcję kierowniczą i 42,9% osób zajmujących inne stanowiska, sumy tych wskazań wyniosły odpowiednio 99,2% i 92,7%. **Istnieje zależność pomiędzy pełnioną funkcją a oceną organizacji pracy personelu pielęgniarskiego w ramach oddziału²¹.**

²⁰ Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 99%,

²¹ Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 50%.



Tabela 4.9. Ocena organizacji pracy personelu pielęgniarstwa z uwzględnieniem podziału na pełnioną funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Bardzo dobrze	51,7%	58,9%	49,6%
Dobrze	43,1%	40,3%	42,9%
Trudno powiedzieć	4,8%	0,8%	6,7%
Raczej słabo	0,2%	0,0%	0,4%
Bardzo słabo	0,2%	0,0%	0,4%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Istnieje zależność pomiędzy badaną placówką a oceną organizacji pracy personelu pielęgniarstwa²². Najlepiej została ona oceniona w placówce P9 (Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich), gdzie 95,8% określiło ją jako „bardzo dobrą”, a 4,2 % jako „dobrą”. Niemal równie dobrze organizacja pracy personelu pielęgniarstwa została oceniona w placówce P17 (Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie), w której poziom wskazań tych odpowiedzi wyniósł odpowiednio 90% i 10%. Łączna suma odpowiedzi „bardzo dobrze” i „dobrze” wynosiła 100% także w placówkach P2 (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku), P3 (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie), P7 (Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach), P9 (Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich), P12 (Szpital Specjalistyczny w Zabrze), P13 (Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach), P14 (Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich), P15 (Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu), P17 (Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie), P19 (Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu), P20 (Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu). Jedynie w placówce P1 (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu) pewna część respondentów oceniła organizację pracy personelu pielęgniarstwa „raczej słabo” (4,5%) oraz „bardzo słabo” (4,5%). W innych placówkach odpowiedzi te nie padały. Ponadto w placówce tej najmniej respondentów wskazało łącznie odpowiedzi „bardzo dobrze” oraz „dobrze” (77,3%).

²² Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 99%.

Tabela 4.10. Ocena organizacji pracy personelu pielęgniarskiego z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Bardzo dobrze	51,7%	31,8 %	38,9 %	45,0 %	47,1 %	40,0 %	60,0 %	27,8 %	47,6 %	95,8 %	50,0 %	45,0 %	65,0 %	23,8 %	50,0 %	57,9 %	59,1 %	90,0 %	66,7 %	60,0 %	59,1 %	6,2%
Dobrze	43,1%	45,5 %	61,1 %	55,0 %	47,1 %	55,0 %	35,0 %	72,2 %	52,4 %	4,2% %	36,4 %	35,0 %	35,0 %	76,2 %	50,0 %	42,1 %	27,3 %	10,0 %	22,2 %	40,0 %	40,9 %	81,2 %
Trudno powiedzieć	4,8%	13,6 %	0,0% %	0,0% %	5,9% %	5,0% %	5,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	13,6 %	20,0 %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	13,6 %	0,0% %	11,1 %	0,0% %	0,0% %	12,5 %
Raczej słabo	0,2%	4,5% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %
Bardzo słabo	0,2%	4,5% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %
Razem	100,0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012



Organizacja pracy rehabilitantów i fizjoterapeutów została oceniona najlepiej przez osoby spoza grup zawodowych lekarzy i pielęgniarek/położnych. Jako „bardzo dobrą” określiło ją 39,7% wszystkich badanych, a jako dobrą - 35,2%. Najwięcej wskazań ocen „raczej słabo” i „bardzo słabo” dokonali lekarze, -3,3% odpowiedzi dla każdej z tych ocen. Pielęgniarki najrzadziej oceniały organizację pracy rehabilitantów jako „bardzo dobrą” i „dobrą”, jednak trzeba zaznaczyć, że właśnie ta grupa zawodowa miała największy problem z oceną i najczęściej wybierały odpowiedź „trudno powiedzieć” (23,8%).

Tabela 4.11. Ocena organizacji pracy rehabilitantów/fizjoterapeutów z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Lekarz	Pielęgniarka/ położna	Inny
Bardzo dobrze	39,7%	41,7%	35,1%	43,6%
Dobrze	35,2%	36,7%	35,1%	35,9%
Trudno powiedzieć	19,9%	15,0%	23,8%	17,9%
Raczej słabo	3,3%	3,3%	3,3%	2,6%
Bardzo słabo	2,0%	3,3%	2,6%	0,0%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Niezależnie od pełnionej funkcji, respondenci oceniali organizację pracy rehabilitantów jako „bardzo dobrą” - około dwóch piątych wszystkich odpowiedzi. Osoby niepełniące funkcji kierowniczej, nieznacznie częściej niż osoby pełniące funkcję kierowniczą oceniały ją jako „dobrą”. Poziom wskazań na tę ocenę wynosił odpowiednio 37,2% oraz 30,5%. Osoby pełniące funkcję kierowniczą nieco częściej niż osoby niepełniące takiej funkcji oceniały organizację pracy rehabilitantów i fizjoterapeutów jako „bardzo słabą”- poziom wskazań wyniósł odpowiednio 25,6% i 17,9%.

Tabela 4.12. Ocena organizacji pracy rehabilitantów i fizjoterapeutów z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Bardzo dobrze	39,7%	39,0%	39,9%
Dobrze	35,2%	30,5%	37,2%
Trudno powiedzieć	3,3%	3,7%	3,2%
Raczej słabo	2,0%	1,2%	1,8%
Bardzo słabo	19,9%	25,6%	17,9%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Istnieje zależność pomiędzy badaną placówką a oceną organizacji pracy rehabilitantów²³. Najlepiej została ona oceniona w placówkach P9 (Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich), gdzie „bardzo dobrze” oceniło ją 91,3% respondentów, a dobrze 4,3% respondentów, oraz w placówce P21 (Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju), gdzie jako „bardzo dobrą” oceniło ją 70,6%, a jako „dobrą” oceniło ją 29,4% respondentów. Najsłabiej organizacja pracy rehabilitantów została oceniona w placówce P1 (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu), gdzie 15% respondentów oceniło ją jako „bardzo słabą” i 15% jako „raczej słabą”, w placówce P13 (Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach), gdzie 16,7% respondentów oceniło ją jako „bardzo słabą”, oraz w placówce P6 (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju), gdzie 23,1% oceniło ją jako „raczej słabą”. Część placówek miało też problem z oceną organizacji pracy rehabilitantów, w placówkach tych istotna część odpowiedzi mieściła się w kategorii „trudno powiedzieć”. Do placówek tych zaliczyć można placówkę P11 (Szpital Specjalistyczny w Chorzowie) - 66.7% oraz placówki P5 (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu) - 43,8% i P18 (Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej) - 40%.

Tabela 4.13. Ocena organizacji pracy rehabilitantów i fizjoterapeutów z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Bardzo dobrze	39.7%	30.0%	27.3%	27.8%	0.0%	6.2%	30.8%	14.3%	26.7%	91.3%	22.2%	0.0%	53.8%	33.3%	47.1%	0.0%	40.0%	80.0%	46.7%	25.0%	52.6%	70.6%
Dobrze	35.2%	30.0%	45.5%	33.3%	63.6%	43.8%	23.1%	71.4%	40.0%	4.3%	50.0%	33.3%	30.8%	16.7%	41.2%	70.0%	33.3%	20.0%	13.3%	50.0%	36.8%	29.4%
Raczej słabo	3.3%	15.0%	0.0%	0.0%	9.1%	0.0%	23.1%	0.0%	0.0%	0.0%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%
Bardzo słabo	2.0%	15.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Trudno powiedzieć	19.9%	10.0%	27.3%	38.9%	27.3%	43.8%	23.1%	14.3%	33.3%	4.3%	22.2%	66.7%	15.4%	33.3%	11.8%	30.0%	13.3%	0.0%	40.0%	20.0%	10.5%	0.0%
Razem	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Legenda:

- P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
- P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
- P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
- P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
- P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
- P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
- P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

²³ Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 99%.



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

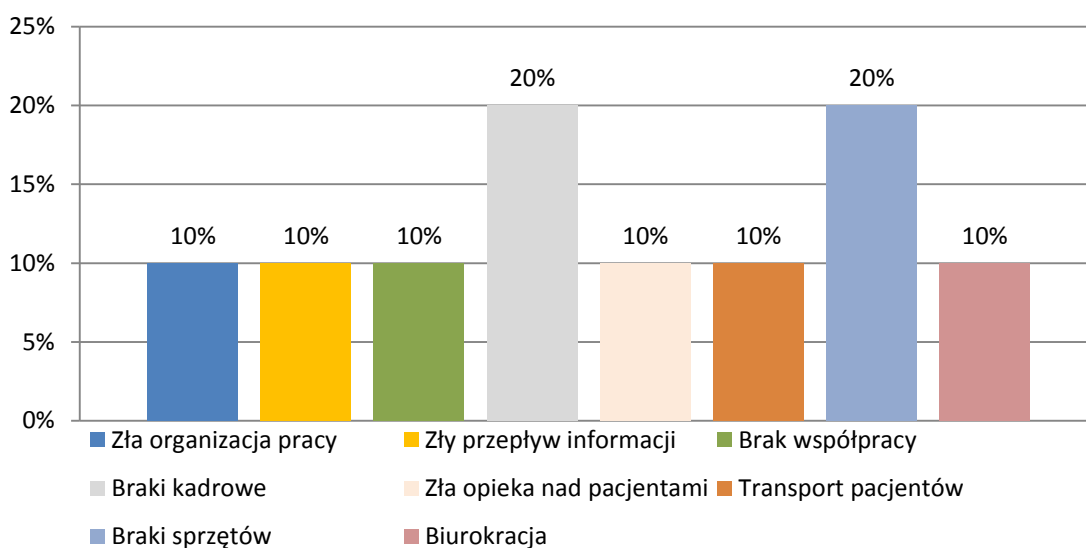
Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012



Istotnym celem badania było określenie problemów związanych z organizacją pracy. Pracownicy mogli w tym wypadku samodzielnie sformułować odpowiedzi, nie ograniczając się do wskazań badaczy. Każdy z badanych mógł wskazać 3 problemy, które uważał za najbardziej dokuczliwe. Odpowiedzi zostały uporządkowane w kategorie. Poniżej zaprezentowano ich rozkład procentowy.

Wiele osób nie chciało odpowiadać na to pytanie. Spośród badanych 34% udzieliło przynajmniej jedną odpowiedź. Pracownicy najczęściej skarżyli się na braki kadrowe oraz brak sprzętu. Nieco rzadziej wymieniane były: zły przepływ informacji, zła organizacja pracy, nadmierna biurokracja, problemy z transportem i zła opieka nad pacjentami.

Wykres 4.2. Najczęstsze problemy związane z organizacją pracy według pracowników oddziałów badanych placówek SPZOZ w województwie śląskim



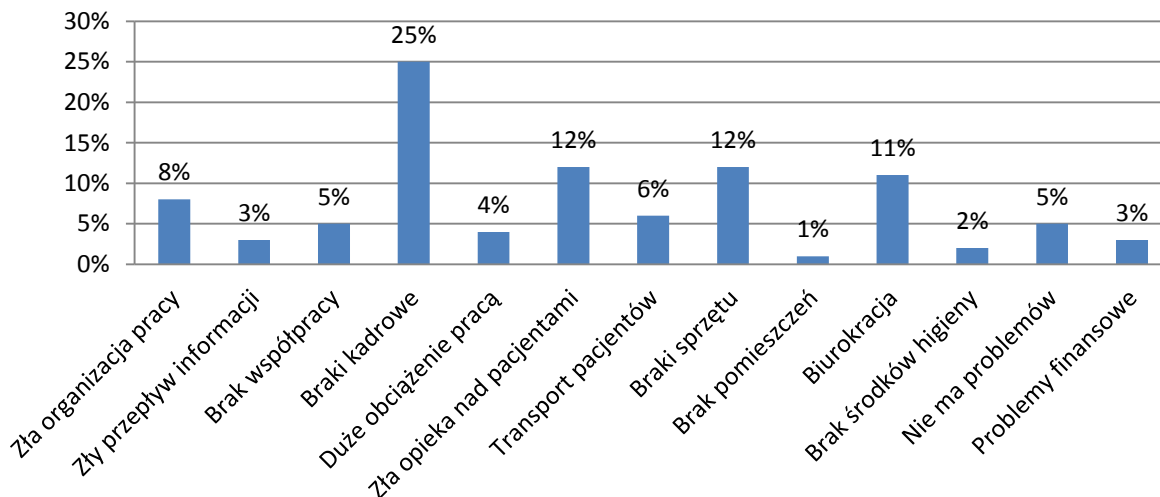
Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Na wykresie poniżej zaprezentowano szczegółowy rozkład odpowiedzi na to pytanie, przy czym zdecydowano się na pominięcie braków odpowiedzi. **Dzięki temu wyraźnie widać, że najbardziej dokuczliwy jest dla pracowników badanych placówek SPZOZ brak personelu (25%).** W ankiecie wskazywano głównie na niedobór personelu pielęgniarskiego, ale deficyt był dostrzegany również jeśli chodzi o lekarzy specjalistów oraz rehabilitantów i fizjoterapeutów. Pracowników niepokoi również zła opieka nad pacjentami (12%), która spowodowana jest brakiem czasu i zindywidualizowanego podejścia do chorego, a także odległymi terminami badań i zabiegów. Równie dotkliwy jest brak sprzętu lub stare, psujące się urządzenia medyczne (12%). Wielu badanych narzeka również na nadmiar procedur i pochłaniającą czas biurokrację. Ich zdaniem odbywa się to kosztem pacjentów (11%). Często powtarzały się odpowiedzi „zła organizacja pracy” (8%), które nie zostały jednak doprecyzowane. Jeśli połączyć te odpowiedzi z odpowiedziami z kategorii „zły przepływ informacji” (3%), to wadliwie zorganizowana praca stanowi ważny problem (11% wskazań). Istotne trudności łączą się również z transportem pacjentów, zwłaszcza tych obłożnie chorych (6%). Wynikają one głównie z braku odpowiedniego sprzętu do podnoszenia chorych, z popsutych wózków oraz niedziałających wind. Wielu pracowników dostrzega problem w tym, że lekarze nie zawsze chętnie współpracują z resztą personelu medycznego lub współpraca pomiędzy wydziałami jest utrudniona (5%). Ponadto, badani czują się zbyt obciążeni pracą (4%), dostrzegają braki w środkach




niezbędnych dla zachowania higieny w placówce (2%) oraz chcieliby mieć lepsze pomieszczenia socjalne (1%).

Wykres 4.3. Najczęstsze problemy związane z organizacją pracy (z pominięciem braków odpowiedzi)



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

Wnioski	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pracownicy badanych placówek medycznych, zapytani o to, czy ich zdaniem organizacja pracy na oddziale wpływa na sposób świadczenia usług przez personel, w większości (68%) odpowiedzieli, że ma ona bardzo istotny wpływ. Ich odpowiedzi nie były zależne od tego, jakiego rodzaju pracę wykonywali. 2. Ocena organizacji pracy personelu szpitali jest ogólnie pozytywna. 3. Najwięcej pozytywnych ocen otrzymał personel pielęgniarstwa - 89%. Niemal równie wysoko została oceniona praca lekarzy - 72%. Najmniej ocen pozytywnych otrzymali rehabilitanci i fizjoterapeuci - 52%, ale wynika to z faktu, że kontakt z nimi jest dużo bardziej ograniczony. 4. Poziom ocen poszczególnych grup personelu różni się pomiędzy placówkami. 5. Większość badanych nie chciała udzielić odpowiedzi na pytanie dotyczące problemów napotykanych podczas pracy na oddziale. Ci, którzy udzielili odpowiedzi najczęściej wskazywali braki kadrowe, brak sprzętu oraz złą opiekę nad pacjentami.

4.2. Ocena warunków pracy i procedur w opinii personelu placówek medycznych województwa śląskiego.

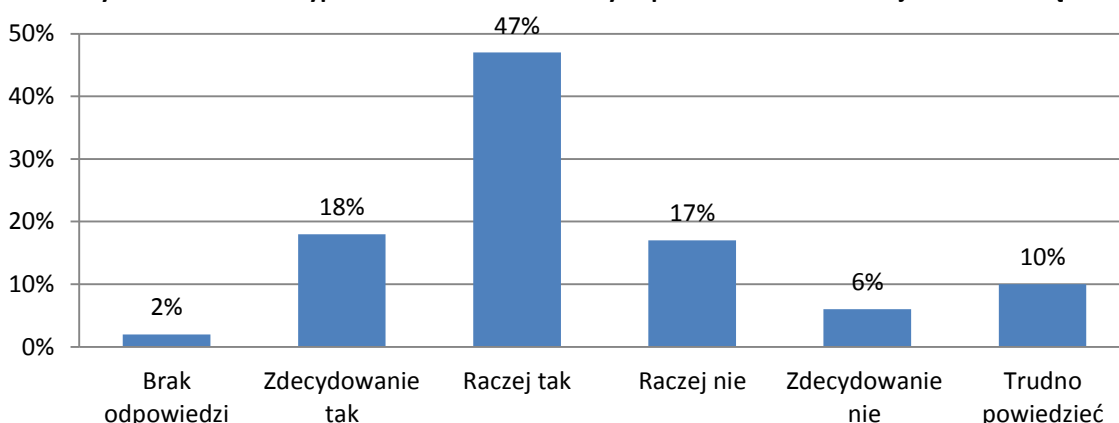


Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Poznanie opinii pracowników na temat jakości i dostępności wyposażenia oddziałów, na których pracują i ich wpływu na jakość świadczonych usług oraz na bezpieczeństwo i higienę pracy.

Mając na uwadze to, jak istotną rolę w funkcjonowaniu placówek medycznych odgrywa sprzęt ułatwiający obsługę pacjentów, poproszono pracowników badanych placówek SPZOZ o odpowiedź na pytanie, czy wyposażenie oddziału jest ich zdaniem odpowiednie z punktu widzenia bezpieczeństwa i higieny pracy. **Większość respondentów odpowiedziała, że „raczej tak” (47%) oraz „zdecydowanie tak” (18%). Istnieje jednak duża grupa badanych, którzy są przeciwnego zdania – 17% uważa, że wyposażenie oddziału jest „raczej nieodpowiednie”, a 6% że jest ono „zdecydowanie nieodpowiednie”. 10% respondentów nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie.**

Wykres 4.4. Ocena wyposażenia oddziału badanych placówek SPZOZ w województwie śląskim



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Badani zostali również poproszeni o określenie obszarów, które powodują największe zagrożenie dla bezpieczeństwa i higieny ich pracy na oddziale. **Zdecydowana większość respondentów (62%) uchyliła się od odpowiedzi na to pytanie.** Poza tym, najczęściej było wskazanych na brak urządzeń do obsługi osób obłożnie chorych (8%). Wielu badanych odpowiedziało, że bardzo uciążliwe jest dźwiganie chorych bez pomocy odpowiednich urządzeń. Część respondentów narzekała na stary lub popsuty sprzęt (4%). Pewna grupa pracowników wskazała na ogólnie złe warunki pracy spowodowane ciasnotą, złym oświetleniem, hałasem (6%) oraz brakiem pomieszczeń sanitarno-socjalnych (2%). W oczach badanych niebezpieczny jest również pośpiech, natłok zadań, stres (4%), nieprzestrzeganie procedur (3%), zakaźne choroby pacjentów oraz ich agresywne zachowanie (3%).

Jako zdecydowanie odpowiednie z perspektywy bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników wyposażenie oddziału najczęściej oceniali lekarze (21,5%). Również lekarze najczęściej oceniali je jako raczej odpowiednie (53,2%). Ocena wyposażenia jako raczej nieodpowiedniego nie była



zróżnicowana w zależności od zawodu. Najgorzej wyposażenie ocenili pielęgniarki wskazując, najczęściej spośród wszystkich grup zawodowych, że jest ono zdecydowanie nieodpowiednie (9,2%). Największy problem z oceną mieli inni pracownicy (15,6%).

Tabela 4.14. Ocena wyposażenia oddziału z uwzględnieniem podziału na zawód wykonywany przez respondentów

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie tak	18,2%	21,5%	18,1%	14,4%
Raczej tak	47,9%	53,2%	45,0%	52,2%
Raczej nie	17,1%	17,7%	17,6%	16,7%
Zdecydowanie nie	6,7%	3,8%	9,2%	1,1%
Trudno powiedzieć	10,1%	3,8%	10,1%	15,6%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Na pytanie dotyczące tego czy wyposażenie oddziału jest odpowiednie z perspektywy bezpieczeństwa i higieny pracy 23,6% osób pełniących funkcje kierownicze udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie tak”. U osób niezajmujących kierowniczego stanowiska poziom odpowiedzi na to pytanie wyniósł 16,6%. **Najczęściej udzielaną odpowiedzią niezależnie od pełnionej funkcji była „raczej tak”, gdzie 46,3% wskazań należy do osób na kierowniczych stanowiskach, a 48,1% dla osób niepełniących funkcji kierowniczych.** Osoby na wyższych stanowiskach częściej wskazywały na to, że wyposażenie oddziałów raczej nie jest odpowiednie z punktu widzenia potrzeb pracowników (18,7%), u osób niepełniących kierowniczych funkcji odsetek ten wyniósł 15,9%. Pracownicy niebędący kierownikami częściej wskazywali na odpowiedź „zdecydowanie nie” (7,5%), wśród kierowników liczba ta wyniosła 5,7%.

Tabela 4.15. Ocena wyposażenia oddziału z uwzględnieniem funkcji pełnionych przez respondentów

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie tak	18,2%	23,6%	16,6%
Raczej tak	47,9%	46,3%	48,1%
Raczej nie	17,1%	18,7%	15,9%
Zdecydowanie nie	6,7%	5,7%	7,5%
Trudno powiedzieć	10,1%	5,7%	11,9%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Zachodzi zależność pomiędzy badaną placówką a oceną wyposażenia z perspektywy bezpieczeństwa i higieny pracy²⁴. Zdecydowanie najlepiej ocenili je respondenci z placówek P9 (Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich) - 79,2% badanych określiło stan wyposażenia jako zdecydowanie odpowiedni, a jako raczej odpowiedni - 20,8 % respondentów, oraz P17 (Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie) gdzie 100% respondentów oceniło wyposażenie jako raczej odpowiednie. Najgorzej ocena wyposażenia wypadła w placówce P5 (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu) gdzie jako zdecydowanie nieodpowiedni oceniło go 21,1% badanych a jako raczej nieodpowiedni 36,8%. Największy problem z odpowiedzią mieli badani placówki P7 (Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach), gdzie 20% respondentów zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć”.

²⁴ Zależność była badana testem χ^2 , na poziomie istotności 99%.

Tabela 4.16. Ocena wyposażenia oddziału z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie tak	18,2%	8,7%	5,6%	10,0%	25,0%	0,0%	32,0%	15,0%	0,0%	79,2%	9,1%	10,0%	15,8%	10,0%	38,1%	20,0%	0,0%	0,0%	20,0%	10,0%	30,4%	29,4%
Raczej tak	47,9%	56,5%	61,1%	55,0%	50,0%	42,1%	24,0%	50,0%	30,0%	20,8%	27,3%	30,0%	26,3%	50,0%	42,9%	55,0%	60,9%	100,0%	55,0%	75,0%	65,2%	35,3%
Raczej nie	17,1%	21,7%	22,2%	10,0%	25,0%	36,8%	20,0%	15,0%	20,0%	0,0%	27,3%	30,0%	21,1%	35,0%	14,3%	15,0%	13,0%	0,0%	10,0%	5,0%	0,0%	23,5%
Zdecydowanie nie	6,7%	0,0%	5,6%	10,0%	0,0%	21,1%	8,0%	0,0%	35,0%	0,0%	22,7%	15,0%	15,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	5,9%
Trudno powiedzieć	10,1%	13,0%	5,6%	15,0%	0,0%	0,0%	16,0%	20,0%	15,0%	0,0%	13,6%	15,0%	21,1%	5,0%	4,8%	10,0%	26,1%	0,0%	15,0%	5,0%	4,3%	5,9%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Standardy oraz procedury stanowią niezwykle istotny element organizacji pracy w placówkach opieki zdrowotnej. **Z tego powodu poproszono badanych o to, aby ocenili realizację przez oddział procedur poprawiających jakość usług i bezpieczeństwo pracy.**

Przestrzeganie procedur związanych z wydawaniem leków zostało ocenione przez pracowników bardzo pozytywnie. Około 36% badanych uważa, że doskonale spełniają one swoją rolę, a 42%, że raczej przyczyniają się one do poprawy jakości usług i bezpieczeństwa pracy.

Podobnie oceniono procedury związane z zabezpieczeniem dokumentacji medycznej i poufnością danych: 32% respondentów uważa, że doskonale spełniają one swoją rolę, a 46% odpowiedziało, że raczej przyczyniają się one do poprawy jakości usług i bezpieczeństwa pracy.

Lekarze, częściej niż pielęgniarki i położne, a także częściej niż inni pracownicy badanych placówek podczas oceny procedur na oddziale wskazywali na odpowiedzi „doskonale spełniają swoją rolę” - udzieliło jej 46,8% lekarzy, 38,0% pielęgniarek i położnych oraz 35,1% innych osób. Pielęgniarki/położne najczęściej wskazywały na to, że procedury raczej przyczyniają się do poprawy jakości usług i bezpieczeństwa pracy (48,7%). U lekarzy procent wskazań wyniósł 48,1%, a u innych 32,5%. Pielęgniarki i położne również najczęściej udzielały odpowiedzi: „raczej nie przyczyniają się do poprawy jakości usług i bezpieczeństwa pracy” (2,1%) oraz „zdecydowanie nie spełniają swojej roli” (0,9%). **Można zatem stwierdzić na poziomie ufności 99%, że istnieje związek między wykonywanym zawodem a oceną realizacji przez oddział procedur wydawania leków.**



Tabela 4.17. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na przedmiot procedur

Odpowiedź	Procedury związane z wydawaniem leków	Procedury związane z zabezpieczeniem dokumentacji medycznej i poufnością danych
Doskonale spełniają swoją rolę	36%	32%
Raczej przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa	42%	46%
Raczej nie przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa	1%	2%
Zdecydowanie nie spełniają swojej roli	1%	1%
Trudno powiedzieć	14%	15%
Brak odpowiedzi	6%	4%
Razem	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Tabela 4.18. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Doskonale spełniają swoją rolę	38,7%	46,8%	38,0%	35,1%
Raczej przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa	45,0%	48,1%	48,7%	32,5%
Raczej nie przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa	1,4%	0,0%	2,1%	1,3%
Zdecydowanie nie spełniają swojej roli	0,5%	0,0%	0,9%	0,0%
Trudno powiedzieć	14,4%	5,1%	10,3%	31,2%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Zależnie od pełnionej funkcji można zauważyć różnice w ocenie realizacji przez oddział procedur wydawania leków, z punktu widzenia tego, czy przyczyniają się one do poprawy jakości usług i bezpieczeństwa pracy. Osoby zajmujące wyższe stanowiska lepiej oceniają tę kwestię. Odpowiedzi „doskonale spełniają swoją rolę” udzieliło 47,5% osób zajmujących kierownicze stanowiska, natomiast 35,7% osób niebędących na tych stanowiskach. Również osoby pełniące funkcję kierownika częściej wskazywały na to, że procedury raczej przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa (47,5%), natomiast osoby niepełniących funkcji kierowniczych udzieliły takiej odpowiedzi w 42,1%. Osoby niezajmujące kierowniczych stanowisk bardziej krytycznie podchodzą do kwestii, gdyż wśród nich można zauważyć więcej odpowiedzi: „raczej nie przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa” (1,8%) oraz „zdecydowanie nie spełniają swojej roli” (0,7%). Można stwierdzić, że istnieje związek między pełnioną funkcją a oceną realizacji przez oddział procedur wydawania leków²⁵.

²⁵Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 95%.



Tabela 4.19. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Doskonale spełniają swoją rolę	38,7%	47,5%	35,7%
Raczej przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa	45,0%	47,5%	42,1%
Raczej nie przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa	1,4%	0,8%	1,8%
Zdecydowanie nie spełniają swojej roli	0,5%	0,0%	0,7%
Trudno powiedzieć	14,4%	4,2%	19,6%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Przedstawiciele badanych placówek zostali poproszeni o ocenę realizacji przez oddział procedur związanych z wydawaniem leków, z punktu widzenia tego, czy przyczyniają się one do poprawy jakości usług i bezpieczeństwa pracy w takiej wersji, jak są obecnie stosowane na oddziale. Najwyższy odsetek odpowiedzi „doskonale spełniają swoją rolę” można odnotować w placówce P9 (Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich), gdzie wynosi on 95,8%. Najniższy procent odpowiedzi w tej samej kategorii ma placówka P3 (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie), a wynosi on 5,0%. Placówka P3 ma najwyższy procent, 75,0%, odpowiedzi „raczej przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa, najniższy natomiast placówka P9, z wynikiem 4,2%. Placówka P4 (Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej) najczęściej (5,9%) wskazywała na to, że procedury raczej nie przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa. Placówka P18 (Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej) miał najwyższy odsetek wskazań na odpowiedź „zdecydowanie nie spełniają swojej roli” i wyniósł on 5,3%. **Można więc stwierdzić, że istnieje związek między badaną placówką a oceną realizacji przez oddział procedur związanych z wydawaniem leków²⁶.**

²⁶ Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 99%.

Tabela 4.20. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Doskonale spełniają swoją rolę	38,7%	13,6%	10,0%	5,0%	41,2%	21,1%	25,0%	44,4%	36,8%	95,8%	44,4%	30,0%	27,8%	33,3%	66,7%	15,0%	42,9%	80,0%	42,1%	55,0%	34,8%	37,5%
Raczej przyczyniają się ...	45,0%	40,9%	70,0%	75,0%	52,9%	42,1%	35,0%	50,0%	47,4%	4,2%	44,4%	45,0%	44,4%	66,7%	28,6%	60,0%	57,1%	20,0%	42,1%	40,0%	52,2%	31,2%
Raczej nie przyczyniają się ...	1,4%	4,5%	0,0%	0,0%	5,9%	5,3%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%
Zdecydowanie nie spełniają swojej roli	0,5%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	14,4%	36,4%	20,0%	20,0%	0,0%	31,6%	35,0%	5,6%	15,8%	0,0%	11,1%	25,0%	27,8%	0,0%	4,8%	20,0%	0,0%	0,0%	10,5%	0,0%	13,0%	31,2%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Niezależnie od wykonywanego zawodu respondenci podobnie odnoszą się do oceny realizacji przez oddział procedur związanych z zabezpieczeniem dokumentacji medycznej. U lekarzy poziom wskazań na odpowiedź „doskonale spełniają swoją rolę” wyniósł 36,7%, u pielęgniarek i położnych - 36,0%. U innych pracowników poziom ten jest najniższy i wynosi 28,4%. Odpowiedzi „raczej przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa” udzieliło 48,1% lekarzy, 46,2% pielęgniarek/położnych i 47,7% innych osób. Najwyższy odsetek odpowiedzi sugerującej, że procedury raczej nie przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa, można zauważyć wśród lekarzy (2,5%), następnie u pielęgniarek/położnych (0,8%), wśród innych osób wyniósł on 0%.

Tabela 4.21. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Doskonale spełniają swoją rolę	33,6%	36,7%	36,0%	28,4%
Raczej przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa	47,4%	48,1%	46,2%	47,7%
Raczej nie przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa	1,9%	2,5%	2,1%	1,1%
Zdecydowanie nie spełniają swojej roli	0,9%	2,5%	0,8%	0,0%
Trudno powiedzieć	16,1%	10,1%	14,8%	22,7%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Respondenci, zależnie od tego czy pełnią w placówce funkcję kierowniczą czy nie, różnie oceniają realizację przez oddział procedur związanych z zabezpieczeniem dokumentacji medycznej.

Osoby, które pełnią funkcje kierownicze częściej widza tę sytuację jako pozytywną. Przekonanych o tym, że procedury „doskonale spełniają swoją rolę” było 40,2% respondentów na kierowniczym stanowisku i 31,8% osób spoza tej grupy. Przy odpowiedzi „raczej przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa” różnica jest nieco mniejsza. I tak dla respondentów na kierowniczym stanowisku poziom wskazań wynosi 47,5%, a wśród osób niepełniących tego typu funkcji - 46,4%. Osoby, które nie zajmują kierowniczego stanowiska częściej niż inni pracownicy miały krytyczne podejście do omawianej kwestii. Odpowiedzi „raczej nie przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa” udzieliło 2,4% takich respondentów, przy 0,8% wskazań u osób pełniących funkcje kierownicze. Odpowiedzi „zdecydowanie nie spełniają swojej roli” padały zdecydowanie rzadko i jedynie wśród osób niepełniących funkcji kierowniczych – 0,7% respondentów z tej grupy.



Tabela 4.22. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Doskonale spełniają swoją rolę	33,6%	40,2%	31,8%
Raczej przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa	47,4%	47,5%	46,4%
Raczej nie przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa	1,9%	0,8%	2,4%
Zdecydowanie nie spełniają swojej roli	0,9%	0,0%	0,7%
Trudno powiedzieć	16,1%	11,5%	18,7%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Badane placówki zostały poproszone o ocenę realizacji przez oddział procedur związanych z zabezpieczeniem dokumentacji medycznej, z punktu widzenia tego, czy przyczyniają się one do poprawy jakości usług i bezpieczeństwa pracy. Najwyższy odsetek odpowiedzi „doskonale spełniają swoją rolę” można odnotować w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, gdzie wynosi on 95,8%. Najniższy procent odpowiedzi w tej samej kategorii ma Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, a wynosi on 9,1%. Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie ma najwyższy procent, 75,0%, odpowiedzi „raczej przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa, najniższy natomiast Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, z wynikiem 4,2%. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu najczęściej (5,3%) wskazywał na to, że procedury raczej nie przyczyniają się do poprawy jakości i bezpieczeństwa. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju ma najwyższy odsetek wskazań na odpowiedź „zdecydowanie nie spełniają swojej roli” i wyniósł on 8,3%. Można stwierdzić, że istnieje związek między badaną placówką a oceną realizacji przez oddział procedur związanych z zabezpieczeniem dokumentacji medycznej, z punktu widzenia tego, czy przyczyniają się one do poprawy jakości usług i bezpieczeństwa w takiej wersji, w jakiej są obecnie stosowane na oddziale²⁷.

²⁷ Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 99%.

Tabela 4.23. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Doskonale spełniają swoją rolę	33,6%	9,1%	10,0%	15,0%	40,0%	10,5%	37,5%	25,0%	40,0%	95,8%	27,8%	42,1%	35,0%	19,0%	57,1%	10,0%	47,6%	20,0%	50,0%	35,0%	43,5%	18,8%
Raczej przyczyniają się ..	47,4%	54,5%	60,0%	60,0%	50,0%	52,6%	29,2%	60,0%	50,0%	4,2%	61,1%	36,8%	50,0%	52,4%	33,3%	60,0%	52,4%	75,0%	40,0%	60,0%	17,4%	56,2%
Raczej nie przyczyniają się ...	1,9%	0,0%	5,0%	0,0%	5,0%	5,3%	4,2%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	4,3%	0,0%
Zdecydowanie nie spełniają swojej roli	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	16,1%	36,4%	25,0%	25,0%	5,0%	31,6%	20,8%	5,0%	10,0%	0,0%	11,1%	21,1%	15,0%	23,8%	9,5%	25,0%	0,0%	5,0%	10,0%	0,0%	34,8%	25,0%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie

N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Pracowników poproszono również o ocenę różnych aspektów codziennej pracy na oddziale przez pryzmat możliwości wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów.

Większość odpowiedzi była pozytywna. Jednak pracownicy odpowiedzieli, że można mieć drobne zastrzeżenia do jakości aparatury medycznej (42%), sprawności aparatury na oddziale (41%), dostępności leków (29%), ilości personelu (37%), kwalifikacji personelu (19%), komunikacji na oddziale (30%), atmosfery w pracy (28%) oraz organizacji pracy oddziału (27%). Należy zwrócić uwagę na fakt, że wielu pracowników wyraziło poważne zastrzeżenia, co do ilości personelu (12%) oraz jakości i sprawności aparatury na oddziale (kolejno 8% i 6%).

Tabela 4.24. Ocena aspektów codziennej pracy na oddziale przez pryzmat możliwości wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów

Odpowiedź	Brak odpowiedzi	Zdecydowanie umożliwia zaspokojenie potrzeb personelu	Można mieć drobne zastrzeżenia	Można mieć poważne zastrzeżenia	Zdecydowanie nie umożliwia zaspokojenia potrzeb personelu	Trudno powiedzieć
Jakość aparatury medycznej na oddziale	5%	38%	42%	8%	2%	5%
Sprawność aparatury na oddziale	4%	42%	41%	6%	1%	6%
Dostępność leków	5%	54%	29%	4%	1%	7%
Ilość personelu	6%	33%	37%	12%	5%	7%
Kwalifikacje personelu	6%	68%	19%	1%	0%	6%
Procedury komunikacji personelu między sobą, w tym przekazywania sobie informacji	4%	58%	30%	3%	0%	5%
Atmosfera w pracy	4%	60%	28%	3%	0%	5%
Organizacja pracy oddziału	4%	61%	27%	3%	1%	4%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

We wszystkich trzech grupach respondentów najwyższy odsetek odpowiedzi wskazuje na to, iż można mieć drobne zastrzeżenia, co do jakości aparatury medycznej, co rzutuje na wywiązywanie się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów. Takiej odpowiedzi udzieliło 43,8% wszystkich lekarzy, 14,1% pielęgniarek i położnych oraz 39,5% innych pracowników). Możliwość „Zdecydowanie daje szansę personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów” wybrało 37,5% lekarzy, 39,1% pielęgniarek i położnych oraz 48,1% innych zatrudnionych. Jedynie 10,4% wszystkich pracowników było zdania, że aparatura medyczna na

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

oddziale zdecydowanie nie daje szans personelowi na realizację usług zaordynowanych dla pacjentów.

Tabela 4.25. Ocena jakości aparatury medycznej na oddziale z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka /położna	Inny
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	40,5%	37,5%	39,1%	48,1%
Można mieć drobne zastrzeżenia	44,1%	43,8%	48,1%	39,5%
Można mieć poważne zastrzeżenia	8,5%	16,2%	6,0%	4,9%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	1,9%	0,0%	2,6%	0,0%
Trudno powiedzieć	5,0%	2,5%	4,3%	7,4%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Na podstawie danych z tabeli można wnioskować, iż istnieje zależność pomiędzy jakością aparatury medycznej na oddziale a możliwością wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów²⁸. Około 84,6% respondentów ze wszystkich placówek pozytywnie ocenia jakość aparatury medycznej i jej wpływ na sprawność zadaniową personelu (w tym 40,5% pracowników twierdzi, że jakość sprzętu medycznego zdecydowanie umożliwia zaspokojenie potrzeb personelu jeśli chodzi o realizację zaordynowanych usług dla pacjentów, a 44,1% ma drobne zastrzeżenia, co do tego). Negatywne zdanie posiada 10,4% odpowiadając, iż jakość sprzętu budzi poważne zastrzeżenia we współpracy (8,5%) lub uniemożliwia zaspokajanie potrzeb personelu w realizacji zadań (1,9%).

Tabela 4.26. Ocena jakości aparatury medycznej na oddziale z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	40,5%	37,7%	42,4%
Można mieć drobne zastrzeżenia	44,1%	52,5%	41,0%
Można mieć poważne zastrzeżenia	8,5%	7,4%	7,8%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	1,9%	1,6%	2,1%
Trudno powiedzieć	5,0%	0,8%	6,7%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

²⁸Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 99%.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Placówki zostały poproszone o ocenę jakości aparatury medycznej na oddziale poprzez pryzmat możliwości wywiązania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów. Najwyższy odsetek odpowiedzi „zdecydowanie daje personelowi medycznemu szanse realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów” padł w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (91,7%), zaś najniższy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu (10,5%). Najgorzej ocenił kwestię Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie - 15% wskazań odpowiedzi „Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów”, podczas gdy w 16 placówkach nie pojawiła się ona ani razu. **Istnieje więc zależność pomiędzy placówką a oceną jakości aparatury medycznej na oddziale dokonanej przez pryzmat możliwości wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów²⁹.**

²⁹ Zależność była badana testem χ^2 , na poziomie istotności 99%.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Tabela 4.27. Ocena jakości aparatury medycznej na oddziale z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
O1	40,5%	38,1%	30,0%	50,0%	41,2%	10,5%	39,1%	75,0%	15,8%	91,7%	28,6%	55,0%	36,8%	14,3%	47,6%	60,0%	19,0%	20,0%	25,0%	55,0%	39,1%	53,8%
O2	44,1%	38,1%	50,0%	30,0%	47,1%	68,4%	34,8%	15,0%	36,8%	8,3%	42,9%	30,0%	57,9%	47,6%	42,9%	30,0%	71,4%	80,0%	65,0%	40,0%	52,2%	46,2%
O3	8,5%	4,8%	15,0%	5,0%	11,8%	21,1%	13,0%	5,0%	31,6%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	10,0%	9,5%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%
O4	1,9%	0,0%	5,0%	15,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,3%	0,0%	9,5%	0,0%	0,0%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	5,0%	19,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,0%	5,0%	10,5%	0,0%	4,8%	15,0%	5,3%	0,0%	9,5%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	5,0%	4,3%	0,0%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

O1 - Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów

O2 - Można mieć drobne zastrzeżenia

O3 - Można mieć poważne zastrzeżenia

O4 - Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie

N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

W kwestii oceny sprawności aparatury dokonywanej przez pryzmat wywiązywania się przez personel ze swoich zadań względem pacjentów rysuje się niewielka różnica zdań w zależności od pełnionych funkcji. Kadra nie kierownicza ocenia sytuację nieco lepiej niż kadra kierownicza. Nie jest to jednak znacząca różnica - 48,8% kadry kierowniczej oceniło pozytywnie sprawność aparatury, podczas gdy wśród pozostałych poziom takich wskazań wyniósł 43,4%. Więcej drobnych zastrzeżeń zgłasza kadra kierownicza – 43%, podczas gdy kadra nie kierownicza – 42,3%. Poważne zastrzeżenia, co do funkcjonowania aparatury ma jedynie 5,9% kadry. Zdecydowanie negatywnie sprawność aparatury ocenia ogółem 1,2% respondentów. Wymijającej odpowiedzi „trudno powiedzieć” - użyło 6,1% respondentów.

Tabela 4.28. Ocena sprawności aparatury na oddziale z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	44,1%	48,8%	43,4%
Można mieć drobne zastrzeżenia	42,7%	43,0%	42,3%
Można mieć poważne zastrzeżenia	5,9%	5,8%	4,9%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	1,2%	0,0%	1,7%
Trudno powiedzieć	6,1%	2,5%	7,7%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Z badania wynika, że 44,1% respondentów jest zdania, iż sprawność aparatury zdecydowanie daje personelowi medycznemu szanse realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów, a zdaniem 42,7% można mieć drobne zastrzeżenia. Negatywny stosunek do sprawności aparatury i jej rzutowania na obowiązki pracujących względem pacjentów ma 7,1% ankietowanych (w tym 5,9% ma poważne zastrzeżenia, a 1,2% twierdzi, iż sprawność uniemożliwia im pracę z osobami chorymi). Natomiast 6,1% zakresiło odpowiedź „trudno powiedzieć”.



Tabela 4.29. Ocena sprawności aparatury na oddziale z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	44,1%	36,7%	45,3%	46,9%
Można mieć drobne zastrzeżenia	42,7%	44,3%	45,3%	40,7%
Można mieć poważne zastrzeżenia	5,9%	12,7%	4,2%	2,5%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	1,2%	0,0%	1,3%	0,0%
Trudno powiedzieć	6,1%	6,3%	3,8%	9,9%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Placówki zostały poproszone o ocenę sprawności aparatury medycznej na oddziale poprzez pryzmat możliwości wywiązania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów. **Najwyższy odsetek odpowiedzi „zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów” padł w SPZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (70,8%), zaś najniższy w Szpitalu Chorób Wewnętrznych "Hutniczym" w Częstochowie (15%).** Najgorzej ocenił tę kwestię Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie (15% wskazań).

Tabela 4.30. Ocena sprawności aparatury na oddziale z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	44,1%	23,8 %	30,0 %	50,0 %	43,8 %	21,1 %	40,0 %	80,0 %	21,1 %	70,8 %	28,6 %	60,0 %	36,8 %	28,6 %	52,4 %	30,0 %	21,1 %	15,0 %	50,0 %	70,0 %	65,2 %	87,5 %
Można mieć drobne zastrzeżenia	42,7%	71,4 %	40,0 %	30,0 %	43,8 %	63,2 %	44,0 %	15,0 %	47,4 %	29,2 %	52,4 %	40,0 %	57,9 %	42,9 %	38,1 %	55,0 %	63,2 %	80,0 %	35,0 %	25,0 %	17,4 %	6,2%
Można mieć poważne zastrzeżenia	5,9%	4,8%	25,0 %	5,0%	6,2%	5,3%	8,0%	0,0%	10,5 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	28,6 %	4,8%	15,0 %	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	1,2%	0,0%	0,0%	15,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	6,1%	0,0%	5,0%	0,0%	6,2%	10,5 %	8,0%	5,0%	21,1 %	0,0%	9,5%	0,0%	5,3%	0,0%	4,8%	0,0%	10,5 %	5,0%	15,0 %	5,0%	13,0 %	6,2%
Razem	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
- P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
- P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
- P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
- P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
- P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
- P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Ponad połowa pracowników badanych placówek medycznych (56,9%) jest zdania, że dostęp do leków zdecydowanie daje personelowi medycznemu szansę na realizację usług zaordynowanych dla pacjentów. 30,7% ma co do tego drobne zastrzeżenia, z kolei 4% - poważne zastrzeżenia, a zdaniem 1,2% jest to zdecydowana przeszkoda. **Odpowiedzi ankietowanych wskazują na istnienie związku pomiędzy oceną dostępu do leków i wywiązywaniem się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów a wykonywanym przez respondentów zawodem³⁰.** Zdecydowanie przekonanych o tym, że dostępność leków daje szansę na realizację usług zaordynowanych dla pacjentów jest 46,8% wszystkich lekarzy, 63,0% pielęgniarek i 51,9% przedstawicieli innych zawodów. O tym, że można mieć co do tego poważne zastrzeżenia – 7,6% lekarzy, 2,5% pielęgniarek i położnych oraz 1,3% innych pracowników. Opinię na ten temat trudno wyrazić 3,8% lekarzy, 4,6% pielęgniarek oraz 19,5% pozostałych pracowników.

Tabela 4.31. Ocena dostępności leków z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie daje szansę personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	56,9%	46,8%	63,0%	51,9%
Można mieć drobne zastrzeżenia	30,7%	39,2%	28,6%	27,3%
Można mieć poważne zastrzeżenia	4,0%	7,6%	2,5%	1,3%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	1,2%	2,5%	1,3%	0,0%
Trudno powiedzieć	7,1%	3,8%	4,6%	19,5%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Pod względem pełnionych przez respondentów funkcji, odpowiedzi rozkładają się w taki sposób, że tylko nieznacznie bardziej optymistyczni są pracownicy na stanowiskach kierowniczych – 63,4% odpowiedzi „zdecydowanie tak” wobec 55,1% takich wskazań wśród osób realizujących inne zadania. Opinii na ten temat nie posiada 3,3% osób pełniących funkcje kierownicze i 9,2% pracowników spoza tej grupy.

³⁰Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 99%.



Tabela 4.32. Ocena dostępności leków z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	56,9%	63,4%	55,1%
Można mieć drobne zastrzeżenia	30,7%	31,7%	29,3%
Można mieć poważne zastrzeżenia	4,0%	1,6%	4,9%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	1,2%	0,0%	1,4%
Trudno powiedzieć	7,1%	3,3%	9,2%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Badane placówki poproszono o ocenienie dostępności leków przez pryzmat możliwości wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów. Najwyższy wskaźnik odpowiedzi „Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów” padł w **Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (100%)**, zaś najniższy w **Szpitalu Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie (25%)**. Kwestię jako mało istotną określił Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie - najwyższy odsetek odpowiedzi „zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów”, podczas gdy w 17 placówkach ta odpowiedź nie pojawiła się ani razu. **Podsumowując można powiedzieć, że istnieje zależność pomiędzy badaną placówką a oceną dostępności leków przez pryzmat możliwości wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów³¹.**

³¹Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 99%.

Tabela 4.33. Ocena dostępności leków z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	56,9 %	42,9 %	31,6 %	30,0 %	47,1 %	40,0 %	52,4 %	41,2 %	66,7 %	100,0 %	31,8 %	75,0 %	72,2 %	52,4 %	90,5 %	65,0 %	66,7 %	25,0 %	65,0 %	55,0 %	54,5 %	86,7 %
Można mieć drobne zastrzeżenia	30,7 %	23,8 %	36,8 %	45,0 %	35,3 %	45,0 %	23,8 %	52,9 %	33,3 %	0,0 %	50,0 %	20,0 %	16,7 %	38,1 %	4,8 %	25,0 %	28,6 %	70,0 %	20,0 %	45,0 %	27,3 %	6,7 %
Można mieć poważne zastrzeżenia	4,0 %	9,5 %	21,1 %	5,0 %	11,8 %	0,0 %	9,5 %	5,9 %	0,0 %	0,0 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %	4,8 %	0,0 %	0,0 %	4,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,5 %	0,0 %
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	1,2 %	4,8 %	0,0 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Trudno powiedzieć	7,1 %	19,0 %	10,5 %	10,0 %	5,9 %	15,0 %	14,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9,1 %	5,0 %	11,1 %	0,0 %	4,8 %	10,0 %	0,0 %	5,0 %	10,0 %	0,0 %	13,6 %	6,7 %
Razem	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
- P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
- P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
- P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
- P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
- P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012



Respondenci w większości (39,0%) są zdania, że można mieć drobne zastrzeżenia, co do ilości personelu w placówkach, w których pracują. Odpowiedzi takiej udzieliło 37,7% lekarzy, 41,4% pielęgniarek oraz 35,0% innych zatrudnionych. 35,1% lekarzy, 33,9% pielęgniarek oraz 37,5% przedstawicieli innych zawodów jest zdania, że liczba personelu zdecydowanie daje szanse na realizację usług zaordynowanych dla pacjentów. Poważne zastrzeżenia, co do tego ma 15,6% lekarzy, 12,1% pielęgniarek i położnych oraz 12,5% innych zatrudnionych. Zdaniem 7,8% badanych lekarzy, 5,4% pielęgniarek i 1,2% innych zatrudnionych, ilość zatrudnionego personelu zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu na realizację zobowiązań wobec pacjentów.

Tabela 4.34. Ocena ilości personelu z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	35,0%	35,1%	33,9%	37,5%
Można mieć drobne zastrzeżenia	39,0%	37,7%	41,4%	35,0%
Można mieć poważne zastrzeżenia	13,0%	15,6%	12,1%	12,5%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	5,4%	7,8%	5,4%	1,2%
Trudno powiedzieć	7,6%	3,9%	7,1%	13,8%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Dane z badań wskazują, że w opinii obu grup - pracowników pełniących funkcje kierowniczą i pracowników spoza tej grupy, ilość personelu zatrudnionego w placówce medycznej zdecydowanie umożliwia wywiązywania się z zadań wobec pacjentów. Odpowiedzi takiej udzieliło 41,3% personelu na stanowiskach kierowniczych oraz 33,2% pracowników zajmujących inne stanowiska. Drobne zastrzeżenia dotyczące ilości personelu miało 39,7% badanych spośród kadry kierowniczej i 38,8% spoza kadry kierowniczej. Poważne zastrzeżenia w tym zakresie zgłosiło 14,0% respondentów spośród kadry kierowniczej i 11,9% respondentów spoza tej kadry. Przekonanych o tym, że ilość zatrudnionego personelu zdecydowanie nie daje szans na realizację usług zaordynowanych dla pacjentów było odpowiednio 3,3% badanych z kadry kierowniczej oraz 5,9% badanych spoza tej kadry.

Według danych zamieszczonych w poniższej tabeli istnieje związek (na poziomie ufności 99%) pomiędzy opinią na temat ilości personelu a opinią na temat możliwości wywiązywania się z zadań wobec pacjentów. Zdecydowane umożliwienie zaspokojenia potrzeb pacjentów potwierdza tylko 35% respondentów, drobne zastrzeżenia ma 39%, poważne zastrzeżenia zgłosiło 13% badanych, o zdecydowanym uniemożliwieniu zaspokojenia potrzeb pacjentów mówi 5,4%, a trudności z opowiedzeniem się po którejkolwiek z propozycji odpowiedzi ma 7,6%.



Tabela 4.35. Ocena ilości personelu z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie daje szansę personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	35,0%	41,3%	33,2%
Można mieć drobne zastrzeżenia	39,0%	39,7%	38,8%
Można mieć poważne zastrzeżenia	13,0%	14,0%	11,9%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	5,4%	3,3%	5,9%
Trudno powiedzieć	7,6%	1,7%	10,1%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Przedstawiciele badanych placówek poproszono o ocenę ilości personelu przez pryzmat możliwości wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów. Istotność ilości personelu wysoko ocenił Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (91,7% wskazań - „Zdecydowanie daje personelowi medycznemu szansę realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów”). Za najmniej ważną kwestię uznał ją Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (25% „zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów”). **Istnieje więc statystyczna zależność pomiędzy placówką medyczną a oceną ilości personelu przez pryzmat możliwości wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów³².**

³²Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 99%.



Tabela 4.36. Ocena ilości personelu z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	35,0 %	19,0 %	15,0 %	35,0 %	52,9 %	15,8 %	54,2 %	38,9 %	23,8 %	91,7 %	18,2 %	45,0 %	42,1 %	33,3 %	60,0 %	26,3 %	19,0 %	5,0 %	30,0 %	30,0 %	22,7 %	53,3 %
Można mieć drobne zastrzeżenia	39,0 %	52,4 %	30,0 %	50,0 %	23,5 %	57,9 %	25,0 %	27,8 %	33,3 %	8,3 %	36,4 %	50,0 %	26,3 %	38,1 %	30,0 %	52,6 %	33,3 %	80,0 %	30,0 %	65,0 %	45,5 %	26,7 %
Można mieć poważne zastrzeżenia	13,0 %	9,5 %	25,0 %	0,0 %	17,6 %	21,1 %	12,5 %	5,6 %	23,8 %	0,0 %	18,2 %	0,0 %	26,3 %	19,0 %	0,0 %	15,8 %	28,6 %	0,0 %	15,0 %	5,0 %	22,7 %	6,7 %
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	5,4 %	0,0 %	25,0 %	10,0 %	5,9 %	0,0 %	0,0 %	5,6 %	14,3 %	0,0 %	22,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,0 %	0,0 %	19,0 %	0,0 %	5,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Trudno powiedzieć	7,6 %	19,0 %	5,0 %	5,0 %	0,0 %	5,3 %	8,3 %	22,2 %	4,8 %	0,0 %	4,5 %	5,0 %	5,3 %	9,5 %	5,0 %	5,3 %	0,0 %	15,0 %	20,0 %	0,0 %	9,1 %	13,3 %
Razem	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
- P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
- P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze
- P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
- P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
- P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
- P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
- P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
- P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
- P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
- P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
- P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012



Większość respondentów jasno określiła, iż kwalifikacje personelu zdecydowanie umożliwiają mu realizację zaordynowanych dla pacjentów usług medycznych. Odpowiedzi takiej udzieliło 64,6% lekarzy, 75,8% pielęgniarek oraz 71,2% innych zatrudnionych. Drobne zastrzeżenia, co do kwalifikacji personelu mają w tym kontekście przede wszystkim lekarze - 34,2%, potem inni pracownicy - 16,2 oraz pielęgniarki – 16,0%. Poważne zastrzeżenia pod adresem kwalifikacji personelu w kontekście tego, czy umożliwiają one skuteczne wywiązywanie się z zadań wobec pacjentów miało 0,9% pielęgniarek oraz 1,2% przedstawicieli innych zawodów. Odpowiedzi takiej nie udzielił żaden z lekarzy. Osoby, którym trudno było wyrazić opinię na ten temat to najczęściej przedstawiciele innych zawodów – 11,2%.

Tabela 4.37. Ocena kwalifikacji personelu z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka /położna	Inny
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	72,4%	64,6%	75,8%	71,2%
Można mieć drobne zastrzeżenia	20,1%	34,2%	16,0%	16,2%
Można mieć poważne zastrzeżenia	0,7%	0,0%	0,9%	1,2%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	6,7%	1,3%	7,4%	11,2%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Większość respondentów uznaje, że posiadane przez personel kwalifikacje zdecydowanie umożliwiają mu realizację usług medycznych zaordynowanych dla pacjentów. Tego zdania jest 74,4% osób z kadry kierowniczej oraz 71,7% spoza niej. Drobne zastrzeżenia, co do jakości kwalifikacji ma w tym kontekście 23,1% respondentów z kadry kierowniczej i 18,3% spoza tej grupy. Z kolei poważne zastrzeżenia, co do tego zgłosiło 0,8% respondentów sprawujących kierownicze funkcje oraz 0,7% respondentów sprawujących inne funkcje. Jasnego zdania na ten temat nie miało 1,7% badanych na stanowiskach kierowniczych oraz 9,3% badanych spoza tej grupy.

Tabela 4.38. Ocena kwalifikacji personelu z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	72,4%	74,4%	71,7%
Można mieć drobne zastrzeżenia	20,1%	23,1%	18,3%
Można mieć poważne zastrzeżenia	0,7%	0,8%	0,7%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	6,7%	1,7%	9,3%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Podsumowując to zagadnienie można powiedzieć, że ocena kwalifikacji personelu przez pryzmat możliwości wywiązywania się ze zobowiązań wobec pacjentów wygląda wg respondentów następująco: 72,4% z nich ocenia je zdecydowanie pozytywnie, drobne zastrzeżenia, co do kwalifikacji personelu ma 20,1%, poważne zastrzeżenia - 0,7%. Żaden z badanych nie stwierdził, że posiadane przez personel kwalifikacje zdecydowanie uniemożliwiają realizację zadań na rzecz pacjentów. Niezdecydowanych w tej kwestii jest 6,7%. W większości badanych placówek kwalifikacje personelu oceniane są jako zdecydowanie wysokie, co przekłada się na jakość świadczonych usług. Wskaźnik poważnych zastrzeżeń na poziomie 0,7% świadczy o świadomości wyników efektywnego, systematycznego doszkalania się i podnoszenia kwalifikacji.

Przedstawiciele badanych placówek poproszono o ocenę kwalifikacji personelu przez pryzmat możliwości wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów. Istotność kwestii wysoko ocenił Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (100% wskazań „Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów”). Żaden ze szpitali nie wskazał odpowiedzi „Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów”.

Tabela 4.39. Ocena kwalifikacji personelu z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	72,4%	60,0%	36,8%	80,0%	76,5%	68,4%	68,0%	60,0%	42,9%	100,0%	73,7%	80,0%	78,9%	61,9%	85,7%	77,8%	78,9%	100,0%	65,0%	65,0%	72,7%	93,3%
Można mieć drobne zastrzeżenia	20,1%	25,0%	42,1%	20,0%	23,5%	10,5%	20,0%	35,0%	38,1%	0,0%	26,3%	10,0%	15,8%	38,1%	9,5%	11,1%	21,1%	0,0%	5,0%	35,0%	27,3%	6,7%
Można mieć poważne zastrzeżenia	0,7%	0,0%	5,3%	0,0%	0,0%	5,3%	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	6,7%	15,0%	15,8%	0,0%	0,0%	15,8%	8,0%	5,0%	19,0%	0,0%	0,0%	10,0%	5,3%	0,0%	4,8%	11,1%	0,0%	0,0%	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
- P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
- P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
- P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
- P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
- P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
- P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Dane uzyskane w badaniu wskazują, że istnieje związek pomiędzy oceną procedur komunikacji w obrębie personelu danej placówki a wykonywanym przez respondentów zawodem³³. Przekonanych o tym, że stan komunikacji w obrębie personelu zdecydowanie daje mu szansę na realizację usług zaordynowanych dla pacjentów jest 51,2% lekarzy, 67,5% pielęgniarek oraz 47,0% przedstawicieli innych zawodów. Drobne zastrzeżenia miało, co do tego 36,2% lekarzy, 26,6% pielęgniarek i położnych oraz 38,6% pozostałych pracowników. Z kolei o tym, że komunikacja wewnątrz personelu zdecydowanie nie daje szans na realizację usług zaordynowanych dla pacjentów jest przekonanych 1,2% lekarzy oraz 0,4% pielęgniarek i położnych. Wśród innych grup zawodowych nie było tego typu odpowiedzi. Zdania na ten temat nie posiada 4,9% wszystkich ankietowanych.

Tabela 4.40. Ocena komunikacji personelu z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie daje szansę personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	59,8%	51,2%	67,5%	47,0%
Można mieć drobne zastrzeżenia	31,3%	36,2%	26,6%	38,6%
Można mieć poważne zastrzeżenia	3,5%	5,0%	3,0%	2,4%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	0,5%	1,2%	0,4%	0,0%
Trudno powiedzieć	4,9%	6,2%	2,5%	12,0%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Komunikacja w obrębie personelu badanych placówek medycznych, niezależnie od pełnionej funkcji jest oceniana jako taka, która zdecydowanie umożliwia realizację zaordynowanych dla pacjentów usług - 58,9% wskazań wśród respondentów z kadry kierowniczej oraz 61,0% spoza tej kadry. 37,1% osób pełniących funkcje kierownicze oraz 28,2% badanych spoza tej grupy ma drobne zastrzeżenia dotyczące jakości komunikacji. Z kolei 0,8% z kadry kierowniczej i 4,5% innych pracowników ma wobec niej poważne zastrzeżenia. Tylko 0,7% badanych spoza kadry kierowniczej uważa, że komunikacja pomiędzy osobami z personelu zdecydowanie nie daje szans na realizację usług zaordynowanych dla pacjentów. Zdania na ten temat nie ma 3,2% ankietowanych z kadry kierowniczej oraz 5,6% spoza tej grupy.

³³Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 90%.

Tabela 4.41. Ocena komunikacji personelu z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	59,8%	58,9%	61,0%
Można mieć drobne zastrzeżenia	31,3%	37,1%	28,2%
Można mieć poważne zastrzeżenia	3,5%	0,8%	4,5%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	0,5%	0,0%	0,7%
Trudno powiedzieć	4,9%	3,2%	5,6%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Na podstawie wyników badania można powiedzieć, że procedury komunikacji personelu z perspektywy możliwości wywiązywania się przez niego z zadań wobec pacjentów zdecydowanie dobrze ocenia 59,8% badanych. Drobne zastrzeżenia zgłasza, co do tego 31,3% respondentów, natomiast poważne – 3,5%. Zdecydowanie negatywne opinie odnośnie komunikacji wyraża 0,5% wszystkich badanych. Osoby niezdecydowane to 4,9% respondentów. **Z tego wynika, że w opinii badanych istnieje ścisły związek pomiędzy dobrą komunikacją personelu a możliwością wywiązywania się przez niego z jego zadań. Dlatego też należy systematycznie poprawiać procedury komunikacji stosując jasne, przejrzyste wytyczne celem zwiększenia ich efektywności.**

Przedstawiciele badanych placówek poproszono o ocenę procedur komunikacji personelu między sobą, w tym przekazywania sobie informacji przez pryzmat możliwości wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów. Istotność tej kwestii wysoko ocenili pracownicy Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (100 % wskazań „Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów”). Żaden ze szpitali nie wskazał odpowiedzi „Zdecydowanie nie daje personelowi medycznemu szans realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów”.



Tabela 4.42. Ocena komunikacji personelu z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	59,8%	47,6%	35,0%	90,0%	52,9%	45,0%	44,0%	40,0%	61,9%	100,0%	50,0%	85,0%	75,0%	42,9%	57,1%	55,6%	57,1%	95,0%	63,2%	40,0%	60,9%	52,9%
Można mieć drobne zastrzeżenia	31,3%	33,3%	50,0%	10,0%	35,3%	55,0%	40,0%	60,0%	23,8%	0,0%	40,0%	15,0%	20,0%	38,1%	28,6%	33,3%	42,9%	5,0%	15,8%	55,0%	26,1%	35,3%
Można mieć poważne zastrzeżenia	3,5%	9,5%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	0,0%	14,3%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	4,8%	9,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	11,8%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%
Trudno powiedzieć	4,9%	9,5%	5,0%	0,0%	5,9%	0,0%	12,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	5,0%	14,3%	4,8%	11,1%	0,0%	0,0%	21,1%	0,0%	8,7%	0,0%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Śląskie.
Pozytywna energia



Strategiczne
Zarządzanie
Zmianami

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Atmosferę pracy w miejscu zatrudnienia, w większości badani oceniają zdecydowanie pozytywnie. Przekonanych o tym jest 60,8% lekarzy, 63,9% pielęgniarek i położnych oraz 57,3% reprezentantów innych zawodów. Niewielka ilość respondentów mówi o tym, że atmosfera ta jest na tyle zła, że nie daje szans na realizację usług zaordynowanych dla pacjentów - tylko 1,3% odpowiedzi wśród lekarzy, w pozostałych grupach w ogóle nie pojawiają się tego typu oceny. Drobne zastrzeżenia ma w tym zakresie 31,6% badanych lekarzy, 29,0% pielęgniarek i położnych oraz 28,0% przedstawicieli innych zawodów. Poważne zastrzeżenia, co do atmosfery w pracy pojawiają się w wypadku 3,8% lekarzy, 2,9% pielęgniarek i położnych oraz 1,2% innych pracowników. Z kolei zdania na ten temat nie ma odpowiednio 2,5% spośród przebadanych lekarzy, 4,2% pielęgniarek oraz 13,4% reprezentantów innych grup zawodowych.

Tabela 4.43. Ocena atmosfery w pracy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawod

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie daje szansę personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	62,1%	60,8%	63,9%	57,3%
Można mieć drobne zastrzeżenia	29,0%	31,6%	29,0%	28,0%
Można mieć poważne zastrzeżenia	3,3%	3,8%	2,9%	1,2%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	0,2%	1,3%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	5,4%	2,5%	4,2%	13,4%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Atmosferę w miejscu zatrudnienia 63,4% kadry kierowniczej i 62,0% poza tej grupy ocenia jako taką, która zdecydowanie umożliwia personelowi realizację zaordynowanych dla pacjentów usług medycznych. 33,3% spośród osób, które sprawują funkcje kierownicze oraz 26,5% osób spoza tej grupy ma drobne zastrzeżenia odnośnie atmosfery panującej w miejscu pracy. Poważne zastrzeżenia, co do niej zgłasza odpowiednio 1,6% osób z kadry kierowniczej oraz 3,8% pozostałych pracowników. Jedynie 0,3% badanych niepełniących funkcji kierowniczych wyraża opinię, że atmosfera w miejscu pracy zdecydowanie nie daje personelowi szans na realizację usług zaordynowanych dla pacjentów. 1,6% przedstawicieli kadry kierowniczej oraz 7,3% osób pełniących inne funkcje nie ma na ten temat zdania.



Tabela 4.44. Ocena atmosfery w pracy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	62,1%	63,4%	62,0%
Można mieć drobne zastrzeżenia	29,0%	33,3%	26,5%
Można mieć poważne zastrzeżenia	3,3%	1,6%	3,8%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	0,2%	0,0%	0,3%
Trudno powiedzieć	5,4%	1,6%	7,3%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Podsumowując tę część badania, trzeba zauważyć, że według większości respondentów atmosfera panująca w pracy zdecydowanie umożliwia personelowi realizację usług medycznych zaordynowanych pacjentom - 62,1% osób wybrało właśnie taką odpowiedź. Drobne zastrzeżenia ma, co do tego 29% badanych, poważne - 3,3%. O zdecydowanym utrudnieniu realizacji zadań personelu w wyniku złej atmosfery w miejscu pracy mówi 0,2% badanych. Zdania na ten temat nie posiada 5,4% respondentów. **Wynika z tego, że atmosfera w miejscu pracy w opinii pracowników stanowi istotny czynnik wpływający na poziom usług świadczonych na rzecz pacjentów.** Im lepsza komunikacja między kadrą medyczna wszystkich stopni, tym lepszy poziom wykonywanych zadań.

Przedstawiciele badanych placówek poproszono o ocenę atmosfery w pracy przez pryzmat możliwości wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów. Istotność kwestii wysoko ocenił Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (95,8% wskazań „Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów”). Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej jako jedyny wskazał odpowiedź „Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów” (5,9%).



Tabela 4.45. Ocena atmosfery w pracy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie daje szansę personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	62,1%	15,0 %	47,4 %	75,0 %	58,8 %	45,0 %	68,0 %	55,0 %	47,6 %	95,8 %	61,9 %	75,0 %	60,0 %	42,9 %	63,2 %	70,0 %	66,7 %	95,0 %	60,0 %	45,0 %	69,6 %	81,2 %
Można mieć drobne zastrzeżenia	29,0%	55,0 %	36,8 %	20,0 %	29,4 %	55,0 %	12,0 %	40,0 %	47,6 %	4,2%	14,3 %	20,0 %	30,0 %	52,4 %	26,3 %	25,0 %	28,6 %	5,0%	20,0 %	50,0 %	26,1 %	18,8 %
Można mieć poważne zastrzeżenia	3,3%	20,0 %	10,5 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	19,0 %	0,0%	5,0%	4,8%	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi ...	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	5,4%	10,0 %	5,3%	5,0%	5,9%	0,0%	20,0 %	0,0%	4,8%	0,0%	4,8%	5,0%	5,0%	0,0%	5,3%	5,0%	4,8%	0,0%	20,0 %	5,0%	4,3%	0,0%
Razem	100,0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%

Legenda:

- P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu
- P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
- P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
- P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
- P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
- P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
- P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
- P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
- P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
- P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu
- P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
- P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze
- P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
- P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
- P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
- P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
- P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
- P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
- P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
- P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
- P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Według danych z ankiety, organizacja pracy oceniana jest przez większość pracowników badanych placówek SPZOZ, jako taka, która zdecydowanie daje szansę na realizację usług zaordynowanych dla pacjentów. Takiej odpowiedzi udzieliło 58,2% lekarzy, 66,9% pielęgniarek i położnych oraz 59,0% innych pracowników. Drobne zastrzeżenia, co do tego zgłasza 34,2% badanych lekarzy 28,0% pielęgniarek i położnych oraz 26,5% pozostałych zatrudnionych. Jeśli chodzi o poważne zastrzeżenia, co do organizacji pracy, to wyniki są bardzo podobne we wszystkich badanych grupach – 2,5% wśród lekarzy, taki sam wynik dla pielęgniarek i położnych oraz 2,4% dla reprezentantów innych zawodów. Opinii na ten temat nie posiada 5,1% lekarzy, 2,1% pielęgniarek i położnych oraz 9,6% innych pracowników placówek medycznych.

Tabela 4.46. Ocena organizacji pracy oddziału z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie daje szansę personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	63,3%	58,2%	66,9%	59,0%
Można mieć drobne zastrzeżenia	28,7%	34,2%	28,0%	26,5%
Można mieć poważne zastrzeżenia	2,8%	2,5%	2,5%	2,4%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	0,7%	0,0%	0,4%	2,4%
Trudno powiedzieć	4,5%	5,1%	2,1%	9,6%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wyniki te są zbliżone, kiedy rozpatrzy się je pod kontem sprawowanej funkcji. 71,3% ankietowanych z kadry kierowniczej i 60,8% osób spoza tej grupy ocenia organizację pracy jako taką, która zdecydowanie daje szansę personelowi medycznemu na realizację usług zaordynowanych dla pacjentów. Drobne zastrzeżenia ma, co do tego 27% osób z kadry kierowniczej oraz 28,3% osób spoza tej grupy. Poważne zastrzeżenia odnośnie organizacji pracy i tego, czy umożliwi ona realizację usług zaordynowanych dla pacjentów ma 1,6% osób na stanowiskach kierowniczych oraz 3,5% osób pełniących inne funkcje. Tylko 1,0% badanych spoza kadry kierowniczej jest zdania, że organizacja pracy w placówce zdecydowanie nie daje personelowi szans na realizację zobowiązań wobec pacjentów. Zdania na ten temat nie ma tylko 6,3% pracowników niepełniących funkcji kierowniczej.



Tabela 4.47. Ocena organizacji pracy oddziału z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	63,3%	71,3%	60,8%
Można mieć drobne zastrzeżenia	28,7%	27,0%	28,3%
Można mieć poważne zastrzeżenia	2,8%	1,6%	3,5%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	0,7%	0,0%	1,0%
Trudno powiedzieć	4,5%	0,0%	6,3%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Zdecydowanie dobrze o organizacji pracy w swoich jednostkach wypowiada się 63,3% badanych, drobne zastrzeżenia ma 28,7%, poważne zastrzeżenia zgłasza 2,8%, zdecydowane uniemożliwienie wykonywania swoich obowiązków zgłasza 0,7% personelu, a nie ma zdania 4,5%. Z powyższej tabeli wynika wyraźnie, iż im bardziej zorganizowana praca na oddziałach i jasno ustalone ścisłe kryteria współpracy ze sobą personelu na każdym szczeblu tym bardziej pacjent jest usatysfakcjonowany z udzielonych mu świadczeń medycznych. Istnieje więc potrzeba stałego podnoszenia kwalifikacji interpersonalnych i menadżerskich celem właściwej organizacji.

Przedstawiciele badanych placówek poproszono o ocenę organizacji pracy oddziału przez pryzmat możliwości wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów. Istotność kwestii wysoko ocenił Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (100% wskazań „Zdecydowanie daje szanse personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów”). Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku jako jedyne wskazały odpowiedź „Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów” (odpowiednio: 5,6 % i 5,3 %).



Tabela 4.48. Ocena organizacji pracy oddziału z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie daje szansę personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	63.3%	44.4%	36.8%	65.0%	35.3%	50.0%	68.0%	60.0%	47.6%	100.0%	54.5%	75.0%	55.0%	52.4%	84.2%	60.0%	65.0%	90.0%	60.0%	75.0%	69.6%	68.8%
Można mieć drobne zastrzeżenia	28.7%	33.3%	42.1%	25.0%	52.9%	50.0%	12.0%	40.0%	52.4%	0.0%	27.3%	25.0%	35.0%	38.1%	0.0%	35.0%	35.0%	10.0%	25.0%	25.0%	26.1%	25.0%
Można mieć poważne zastrzeżenia	2.8%	5.6%	5.3%	0.0%	11.8%	0.0%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	18.2%	0.0%	5.0%	4.8%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Zdecydowanie nie daje szans personelowi medycznemu realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów	0.7%	5.6%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Trudno powiedzieć	4.5%	11.1%	10.5%	10.0%	0.0%	0.0%	16.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	4.8%	10.5%	5.0%	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	4.3%	6.2%
Razem	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



- P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
- P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
- P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
- P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
- P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruzlicy w Bystrej
- P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
- P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
- P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012



Z przeprowadzonych badań można wyprowadzić następujące wnioski:



Wnioski

1. W opinii większości badanych pracowników (47%) wyposażenie ich placówek medycznych jest odpowiednie z punktu widzenia bezpieczeństwa i higieny pracy. Wykonywany zawód oraz funkcja zasadniczo nie wpływają na odpowiedzi na to pytanie. Respondenci niechętnie mówią na temat tego, co najbardziej utrudnia im pracę w tym zakresie. Najwięcej z nich wskazywało na brak urządzeń do obsługi osób obłożnie chorych, w tym do ich podnoszenia.
2. Najlepiej sprzęt medyczny w swojej placówce ocenili pracownicy Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, najgorzej - Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu. Z badania wynika, że 44,1% respondentów jest zdania, iż sprawność aparatury zdecydowanie daje personelowi medycznemu szanse realizacji usług zaordynowanych dla pacjentów, a zdaniem 42,7% można mieć drobne zastrzeżenia. Negatywny stosunek do sprawności aparatury i jej rzutowania na obowiązki pracujących względem pacjentów ma 7,1% ankietowanych.
3. Procedury dotyczące wydawania leków zostały ocenione pozytywnie przez ponad połowę pracowników ze wszystkich badanych placówek.
4. Mniej niż połowa badanych ocenia procedury związane z zabezpieczeniem dokumentacji medycznej i poufnością danych jako takie, które doskonale spełniają swoją rolę.
5. Na podstawie danych uzyskanych w badaniu okazało się, że pracownicy mają drobne zastrzeżenia, co do ilości personelu w szpitalach. Ich zdaniem odpowiednia ilość personelu daje większe szanse na dobrą realizację usług zaordynowanych dla pacjentów.
6. Większość respondentów jest zdania, że kwalifikacje personelu przekładają się na możliwość odpowiedniego świadczenia usług na rzecz pacjentów.
7. W opinii pracowników badanych placówek medycznych istnieje ścisły związek pomiędzy dobrą komunikacją personelu a możliwością wywiązywania się przez niego się ze swoich zobowiązań wobec pacjentów. Na podstawie wyników badania można powiedzieć, że procedury komunikacji personelu dobrze ocenia 59,8% pracowników. Drobne zastrzeżenia zgłasza, co do tego 31,3%, poważne – 3,5%. Zdecydowanie negatywne opinie odnośnie komunikacji wyraża 0,5% wszystkich badanych.
8. Ocena warunków codziennej pracy na oddziale z punktu widzenia możliwości wywiązywania się z obowiązków wobec pacjentów jest generalnie pozytywna, z największymi zastrzeżeniami, co do aspektów związanych z jakością i sprawnością aparatury medycznej oraz ilością personelu.

4.3. Opinie personelu na temat zadowolenia pacjentów z usług placówki



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Poznanie opinii personelu badanych placówek medycznych na temat zadowolenia pacjentów z jakości świadczonych usług.

Większość pracowników szpitali uważa, że pacjenci oddziału są zadowoleni z dostępności informacji na temat ich stanu zdrowia, wyczerpujących informacji o metodach leczenia oraz ogólnie z kontaktów z lekarzami, („raczej zadowoleni” – 48,7% a „zdecydowanie zadowoleni” 23,8 % pracowników). Średnio 6,3% badanych ze wszystkich grup sądzi, że pacjenci raczej nie są z tego zadowoleni. Natomiast 13,9% osób z kadry lekarskiej, 19,8% spośród pielęgniarek i położnych oraz 27,9% reprezentantów innych grup zawodowych nie potrafi udzielić jednoznacznej odpowiedzi na ten temat.

Tabela 4.49. Czy pacjenci oddziału są zadowoleni z dostępności informacji na temat stanu zdrowia, informacji o metodach leczenia i kontaktów z lekarzami? Odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie tak	23,8%	34,2%	23,2%	12,8%
Raczej tak	48,7%	50,6%	50,6%	45,3%
Raczej nie	6,3%	1,3%	5,1%	14,0%
Zdecydowanie nie	0,7%	0,0%	1,3%	0,0%
Trudno powiedzieć	20,5%	13,9%	19,8%	27,9%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Odpowiedzi na to pytanie przeanalizowano także z uwzględnieniem pełnionej przez respondentów w placówce funkcji. W związku z tym udało się ustalić, że 31,1% osób z kadry kierowniczej oraz 20,7% spoza tej kadry jest przekonanych o tym, że pacjenci oddziału są zadowoleni z dostępności informacji na temat ich stanu zdrowia, metod leczenia oraz kontaktów z lekarzami. To, że są raczej zadowoleni szacuje 52,5% respondentów z kadry kierowniczej i 46,9% osób spoza tej grupy. O tym, że pacjenci są raczej niezadowoleni jest przekonanych 2,5% pracowników na stanowiskach kierowniczych oraz 7,6% osób realizujących w placówkach inne zadania. Zdecydowanie niezadowolony z informacji i kontaktów z lekarzami są pacjenci w opinii 0,8% przedstawicieli kadry kierowniczej oraz 0,7% osób spoza tej grupy.



Tabela 4.50. Czy pacjenci oddziału są zadowoleni z dostępności informacji na temat stanu zdrowia, informacji o metodach leczenia i kontaktów z lekarzami? Odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie tak	23,8%	31,1%	20,7%
Raczej tak	48,7%	52,5%	46,9%
Raczej nie	6,3%	2,5%	7,6%
Zdecydowanie nie	0,7%	0,8%	0,7%
Trudno powiedzieć	20,5%	13,1%	24,1%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Badani pracownicy są w większości przekonani o zdecydowanym zadowoleniu pacjentów z dostępności informacji dotyczących ich stanu zdrowia - 23,8%. O tym, że są raczej zadowoleni przypuszcza 48,7% respondentów, a że raczej niezadowoleni - 6,3%. Natomiast, o tym, że pacjenci są zdecydowanie niezadowoleni jest przekonanych już tylko 0,7% badanych. Osoby, które nie potrafią udzielić odpowiedzi na to pytanie stanowią 20,5% wszystkich respondentów. Wynik tego badania świadczy, iż na tym polu pozostaje jeszcze wiele do zrobienia celem usprawnienia udzielania informacji pacjentom. Warto zwrócić uwagę na duży odsetek odpowiedzi „trudno powiedzieć” świadczący o braku jednoznacznej opinii.

Według pracowników, ocena zadowolenia pacjentów z dostępności informacji na temat ich stanu zdrowia, czy wyczerpujących informacji o metodach leczenia najlepiej wypadła w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (62,5 % wskazań „Zdecydowanie tak”). Najgorzej wypadł Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej – najwięcej wskazań „Zdecydowanie nie”. Odsetek wskazań poszczególnych odpowiedzi w każdym z przebadanych szpitali prezentuje poniższa tabela.



Tabela 4.51. Czy pacjenci oddziału są zadowoleni z dostępności informacji na temat stanu zdrowia, metodach leczenia i kontaktów z lekarzami? Odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie tak	23,8%	8,7%	10,0%	50,0%	11,8%	5,3%	25,0%	30,0%	35,0%	62,5%	18,2%	5,3%	10,0%	23,8%	35,0%	5,0%	20,0%	55,0%	20,0%	15,0%	34,8%	5,9%
Raczej tak	48,7%	39,1%	45,0%	45,0%	47,1%	42,1%	50,0%	65,0%	20,0%	25,0%	54,5%	68,4%	55,0%	61,9%	40,0%	55,0%	60,0%	45,0%	60,0%	80,0%	39,1%	29,4%
Raczej nie	6,3%	8,7%	5,0%	0,0%	17,6%	15,8%	12,5%	0,0%	15,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	5,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	23,5%
Zdecydowanie nie	0,7%	4,3%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	20,5%	39,1%	40,0%	5,0%	17,6%	36,8%	12,5%	5,0%	30,0%	12,5%	27,3%	26,3%	35,0%	9,5%	15,0%	15,0%	20,0%	0,0%	20,0%	5,0%	21,7%	41,2%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Średnio co drugi respondent z każdej grupy uważa, że czas poświęcany pacjentom na udzielanie im informacji jest raczej wystarczający (46,1%), zdaniem co piątego – zdecydowanie (18,5%). 12,7% lekarzy, 13% pielęgniarek i położnych, a także 16,1% pozostałych badanych twierdzi, że czas ten raczej nie jest wystarczający. Niewielu badanych jest przekonanych o tym, że czas ten jest zdecydowanie niewystarczający – żaden spośród badanych lekarzy, 2,9% pielęgniarek oraz 1,1% innych pracowników. Jasnego zdania na ten temat nie ma dość dużo badanych - 11,4% lekarzy, 18,8% pielęgniarek i położnych oraz prawie jedna trzecia – 29,9% pozostałych pracowników.

Tabela 4.52. Czy czas poświęcany pacjentom na udzielanie im informacji jest wystarczający? Odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na zwód wykonywany przez respondentów

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie tak	18,5%	22,8%	18,0%	13,8%
Raczej tak	46,1%	53,2%	47,3%	39,1%
Raczej nie	13,0%	12,7%	13,0%	16,1%
Zdecydowanie nie	1,9%	0,0%	2,9%	1,1%
Trudno powiedzieć	20,6%	11,4%	18,8%	29,9%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wyniki te poddano także analizie z uwzględnieniem funkcji pełnionej przez respondentów. Okazało się, że czas poświęcany pacjentom średnio co piąty respondent w obu grupach – osób pełniących funkcje kierownicze i osób sprawujących inne funkcje - uważa za zdecydowanie wystarczający, a co drugi za raczej wystarczający. Dodatkowo w obu tych przypadkach 13% ankietowanych twierdzi, że czas pracy z pacjentem jest raczej zbyt krótki. Opinii na ten temat nie jest w stanie wyrazić 11,4% ankietowanych z kadry kierowniczej i 25,0% spoza tej grupy.

Według przeprowadzonego badania tylko 18,5% pacjentów jest zdecydowanie zadowolona z czasu poświęconego na udzielenie im wystarczającej informacji, raczej zadowolonych jest 46,1%, raczej niezadowolonych 13%, zdecydowanie niezadowolonych jest 1,9%, niezdecydowanych na którąkolwiek wersję odpowiedzi jest 20,6%. Można się tutaj pokusić o stwierdzenie, iż czas na udzielenie wyczerpujących informacji jest jednak niewystarczający, ale na otrzymany wynik może mieć również bardzo istotny wpływ zdolność rozumienia przekazywanych informacji przez personel medyczny. Istnieje zależność między oceną, czy czas poświęcany pacjentom na udzielanie im informacji jest wystarczający, a pełnioną funkcją³⁴.

³⁴Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 90%.

Tabela 4.53. Czy czas poświęcany pacjentom na udzielanie im informacji jest wystarczający? Odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na funkcje pełnione przez respondentów

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie tak	18,5%	22,0%	17,1%
Raczej tak	46,1%	53,7%	43,5%
Raczej nie	13,0%	13,0%	11,6%
Zdecydowanie nie	1,9%	0,0%	2,7%
Trudno powiedzieć	20,6%	11,4%	25,0%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Przedstawiciele badanych placówek poproszono o ocenę tego, czy czas poświęcany pacjentom na udzielanie im informacji jest wystarczający. Najwyższy odsetek odpowiedzi „Zdecydowanie tak” padł w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (33,3 %). Najgorzej sytuację ocenił Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku, wskazując odpowiedź „Zdecydowanie nie” na poziomie 10%.

Istnieje zależność między oceną czy czas poświęcany pacjentom na udzielanie im informacji jest wystarczający, a placówką medyczną³⁵.

³⁵Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 99%.



Tabela 4.54. Czy czas poświęcany pacjentom na udzielanie im informacji jest wystarczający? Odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie tak	18,5%	0,0%	5,0%	25,0 %	18,8 %	10,0 %	12,5 %	30,0 %	30,0 %	33,3 %	31,8 %	10,0 %	5,0%	19,0 %	40,0 %	15,0 %	13,6 %	40,0 %	15,0 %	10,0 %	21,7 %	0,0%
Raczej tak	46,1%	52,2 %	25,0 %	60,0 %	37,5 %	15,0 %	45,8 %	55,0 %	30,0 %	45,8 %	31,8 %	40,0 %	60,0 %	47,6 %	40,0 %	60,0 %	59,1 %	50,0 %	60,0 %	75,0 %	39,1 %	35,3 %
Raczej nie	13,0%	13,0 %	40,0 %	5,0%	31,2 %	55,0 %	12,5 %	10,0 %	15,0 %	0,0%	9,1%	0,0%	5,0%	19,0 %	10,0 %	20,0 %	0,0%	5,0%	0,0%	10,0 %	4,3%	17,6 %
Zdecydowanie nie	1,9%	8,7%	10,0 %	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	20,6%	26,1 %	20,0 %	5,0%	12,5 %	20,0 %	29,2 %	5,0%	15,0 %	20,8 %	27,3 %	50,0 %	30,0 %	14,3 %	5,0%	5,0%	27,3 %	5,0%	25,0 %	5,0%	34,8 %	47,1 %
Razem	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Wnioski

1. 72,5% spośród przebadanych pracowników SPZOZ jest przekonanych o tym, że pacjenci są ogólnie zadowoleni z dostępności informacji na temat stanu ich zdrowia, metod leczenia oraz kontaktów z lekarzami. Wynik ten rozkłada się równomiernie w badanych grupach lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz przedstawicieli innych zawodów.
2. Najlepiej pod tym względem ocenili pracownicy warunki panujące w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich - 62,5 % wskazań „Zdecydowanie tak”. Najgorzej – w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej – 5,9% wskazań „Zdecydowanie nie” oraz 17,6% „Raczej nie”.
3. Zdaniem większości pracowników (72% osób zdecydowanie i raczej co do tego przekonanych) pacjenci są zadowoleni z dostępności informacji na temat stanu swojego zdrowia przekazywanych im przez personel. Zdecydowanie nie zgadza się z tym stwierdzeniem tylko 0,7% respondentów.
4. 70% badanych pracowników placówek medycznych, niezależnie od wykonywanego zawodu, uważa, że czas poświęcany pacjentom na udzielanie im niezbędnych informacji jest wystarczający. 14,9% uważa natomiast, że sytuacja jest pod tym względem zła lub bardzo zła. Wyniki te nie są jednak do końca podzielane przez pacjentów korzystających z usług tych placówek – według danych uzyskanych w badaniu 64,6% pacjentów jest zadowolona z czasu poświęconego na udzielenie im informacji. Niezadowolonych z tego powodu jest 14,9 % badanych.

4.4. Opinie pracowników na temat motywacji do podnoszenia kwalifikacji i rozwoju



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Poznanie opinii pracowników placówek medycznych na temat warunków, które panują w tym zakresie w ich miejscach pracy oraz ich motywacji do podnoszenia kwalifikacji i rozwoju.

Jak wynika z badań, istnieje związek pomiędzy opiniami na temat starań podejmowanych w badanych placówkach medycznych w zakresie rozwoju pracowników a wykonywanym przez respondentów zawodem³⁶. 50,6% lekarzy, 39,0% pielęgniarek i położnych oraz 30,1% pozostałych pracowników jest zdania, że w miejscu pracy zdecydowanie dba się o ich rozwój poprzez zapewnienie dostępu do wiedzy. O tym, że raczej tak jest przekonanych 34,2% lekarzy, 32,4% pielęgniarek i położnych oraz 24,7% reprezentantów innych zawodów. Jak się zatem okazuje, przeważają opinie pozytywne. Jeśli chodzi o negatywne wskazania w tym zakresie to tylko 2,5% lekarzy, ale już 12,4% pielęgniarek oraz 16,1% innych pracowników jest zdania, że placówka raczej nie dba o ich rozwój. **Co ważne, więcej odpowiedzi negatywnych udzielają pracownicy niebędący lekarzami.** O tym, że rozwój ten jest przez placówkę zdecydowanie zaniedbywany jest przekonanych 2,5% lekarzy, 5,4% pielęgniarek oraz 12,9% pozostałych pracowników. Zdania na ten temat nie ma ponad 13% wszystkich respondentów.

Tabela 4.55. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna dba o rozwój pracowników poprzez zapewnienie im dostępu do wiedzy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie tak	38,2%	50,6%	39,0%	30,1%
Raczej tak	30,7%	34,2%	32,4%	24,7%
Raczej nie	11,6%	2,5%	12,4%	16,1%
Zdecydowanie nie	6,4%	2,5%	5,4%	12,9%
Trudno powiedzieć	13,2%	10,1%	10,8%	16,1%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Zagadnienie to rozpatrywano także z perspektywy funkcji pełnionych przez respondentów. Jak się okazało, zdaniem prawie połowy pracowników kadry kierowniczej – 48,4% oraz 34,5% osób pełniących inne funkcje - w placówce, w której pracują zdecydowanie dba się o ich rozwój poprzez zapewnienie dostępu do wiedzy. Prawie co trzeci pracownik w obu tych grupach zaznaczył odpowiedź „raczej tak” (31,5% z kadry kierowniczej oraz 29,1% osób pełniących inne funkcje). Jeśli chodzi o negatywną ocenę tej kwestii to dają się ona zaobserwować z większą intensywnością u pracowników pełniących inne funkcje niż kierownicze – 12,5% wskazań „raczej nie” oraz 8,8% zdecydowanie nie. Kadra kierownicza zaznaczyła odpowiednio 8,1% odpowiedzi „raczej nie” oraz

³⁶Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 90%.

1,6% „zdecydowanie nie”. Opinii na ten temat nie ma 10,5% pracowników sprawujących funkcje kierownicze oraz 15,2% pozostałych. **Można zatem powiedzieć, że istnieje statystyczna zależność pomiędzy opiniami dotyczącymi dbania o rozwój pracowników a pełnioną przez respondentów funkcją³⁷.**

Tabela 4.56. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna dba o rozwój pracowników poprzez zapewnienie im dostępu do wiedzy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie tak	38,2%	48,4%	34,5%
Raczej tak	30,7%	31,5%	29,1%
Raczej nie	11,6%	8,1%	12,5%
Zdecydowanie nie	6,4%	1,6%	8,8%
Trudno powiedzieć	13,2%	10,5%	15,2%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Odpowiedzi na pytanie o ocenę starań badanych placówek medycznych w **zakresie rozwoju pracowników poprzez zapewnianie im dostępu do wiedzy rozpatrywano także z uwzględnieniem podziału na poszczególne placówki SPZOZ w województwie śląskim**. Najwyższy odsetek odpowiedzi „Zdecydowanie tak” uzyskano w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (100%), najniższy - w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (4%). Najgorzej sytuację tę ocenili pracownicy Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu, wskazując odpowiedź „Zdecydowanie nie” na poziomie 27,3%. **Można zaobserwować statystyczną zależność pomiędzy opiniami dotyczącymi dbania o rozwój pracowników a badaną placówką medyczną³⁸.**

³⁷ Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 90%,

³⁸ Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 99%.

Tabela 4.57. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna dba o rozwój pracowników poprzez zapewnienie im dostępu do wiedzy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie tak	38,2%	36,4%	30,0%	25,0%	41,7%	35,0%	4,0%	57,9%	5,0%	100,0%	13,6%	15,0%	30,0%	19,0%	81,0%	50,0%	43,5%	85,0%	25,0%	20,0%	59,1%	17,6%
Raczej tak	30,7%	18,2%	35,0%	55,0%	25,0%	15,0%	40,0%	42,1%	25,0%	0,0%	18,2%	30,0%	45,0%	61,9%	9,5%	40,0%	47,8%	15,0%	35,0%	45,0%	31,8%	11,8%
Raczej nie	11,6%	4,5%	30,0%	10,0%	8,3%	15,0%	12,0%	0,0%	35,0%	0,0%	22,7%	25,0%	15,0%	14,3%	4,8%	5,0%	0,0%	0,0%	10,0%	15,0%	4,5%	17,6%
Zdecydowanie nie	6,4%	13,6%	5,0%	0,0%	4,2%	25,0%	12,0%	0,0%	15,0%	0,0%	27,3%	15,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	5,9%
Trudno powiedzieć	13,2%	27,3%	0,0%	10,0%	20,8%	10,0%	32,0%	0,0%	20,0%	0,0%	18,2%	15,0%	10,0%	4,8%	4,8%	5,0%	8,7%	0,0%	20,0%	20,0%	4,5%	47,1%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

W następnej kolejności zapytano respondentów o to, czy placówka medyczna, w której pracują motywuje pracowników do rozwoju wiedzy. Jak się okazało, najczęściej przekonani o tym czują się lekarze – 37,2% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 41,0% „raczej tak”. Kolejną grupę stanowią pielęgniarki i położne – 25,2% odpowiedzi „zdecydowanie tak” oraz 30,7% raczej tak. Najmniej przekonani o tym, że placówka dba o rozwój wiedzy pracowników są przedstawiciele innych zawodów – 19,6% odpowiedzi „zdecydowanie tak” oraz dokładnie tyle samo – „raczej tak”. Zdaniem 10,3% przedstawicieli kadry lekarskiej, 16,8% pielęgniarek i położnych oraz 28,3% innych pracowników, placówka raczej nie motywuje do rozwoju wiedzy. O tym, że zdecydowanie do tego nie zachęca jest natomiast przekonanych 5,1% lekarzy, 10,9% pielęgniarek oraz 14,1% przedstawicieli innych zawodów. Zdania na ten temat nie ma nieco ponad 15% wszystkich badanych, przy czym w większości są to pielęgniarki i położne oraz pracownicy niebędący lekarzami. **Można stwierdzić istnienie statystycznej zależności pomiędzy opinią pracowników na temat motywowania przez placówkę do rozwoju wiedzy a wykonywanym zawodem**³⁹.

Tabela 4.58. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna motywuje pracowników do rozwoju wiedzy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie tak	26,0%	37,2%	25,2%	19,6%
Raczej tak	29,7%	41,0%	30,7%	19,6%
Raczej nie	18,6%	10,3%	16,8%	28,3%
Zdecydowanie nie	10,6%	5,1%	10,9%	14,1%
Trudno powiedzieć	15,2%	6,4%	16,4%	18,5%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Przekonanie o tym, że pracownicy szpitali są motywowani do rozwoju swojej wiedzy jest bardziej zauważalne wśród osób pełniących funkcje kierownicze – 32,8% osób zdecydowanie o tym przekonanych oraz 36,9% osób raczej przekonanych. Wśród badanych spoza kierownictwa panuje mniejszy optymizm - 23,5% respondentów zdecydowanie przekonanych oraz 25,9% raczej przekonanych. 16,4% osób na stanowiskach kierowniczych oraz 19,4% osób pełniących inne funkcje uważa, że placówka raczej nie motywuje ich do rozwoju wiedzy. O tym, że zdecydowanie nie, jest przekonanych 3,3% osób na stanowiskach kierowniczych i już 13,9% osób spoza tej grupy. **Istnieje statystyczna zależność pomiędzy opinią pracowników na temat motywowania przez placówkę w zakresie rozwoju wiedzy, a pełnioną przez respondentów funkcją**⁴⁰.

³⁹Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 95%,

⁴⁰Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 95%.



Tabela 4.59. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna motywuje pracowników do rozwoju wiedzy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie tak	26,0%	32,8%	23,5%
Raczej tak	29,7%	36,9%	25,9%
Raczej nie	18,6%	16,4%	19,4%
Zdecydowanie nie	10,6%	3,3%	13,9%
Trudno powiedzieć	15,2%	10,7%	17,3%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Odpowiedzi na to pytanie przeanalizowano także z uwzględnieniem podziału na poszczególne placówki SPZOZ biorące udział w badaniu. Najwyższy odsetek odpowiedzi „zdecydowanie tak” uzyskano w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (95,8%), najniższy - w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (4,8%). W pięciu placówkach odsetek odpowiedzi „zdecydowanie tak” jest niższy niż 10%. Najgorzej sytuację tę oceniono w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybnik – 38,1% odpowiedzi „zdecydowanie nie”. **Istnieje statystyczna zależność pomiędzy opinią pracowników nt. motywowania w zakresie rozwoju wiedzy a badaną placówką medyczną⁴¹.**

⁴¹ Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 95%.

Tabela 4.60 Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna motywuje pracowników do rozwoju wiedzy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie tak	26,0%	31,8%	0,0%	10,0%	20,8%	20,0%	8,0%	22,2%	4,8%	95,8%	9,1%	10,0%	20,0%	15,8%	71,4%	15,8%	40,9%	75,0%	10,0%	15,0%	27,3%	6,2%
Raczej tak	29,7%	18,2%	45,0%	65,0%	29,2%	15,0%	20,0%	72,2%	9,5%	4,2%	13,6%	25,0%	30,0%	42,1%	19,0%	52,6%	31,8%	25,0%	30,0%	40,0%	36,4%	12,5%
Raczej nie	18,6%	9,1%	20,0%	20,0%	25,0%	30,0%	44,0%	0,0%	23,8%	0,0%	22,7%	25,0%	5,0%	21,1%	4,8%	5,3%	18,2%	0,0%	25,0%	20,0%	22,7%	50,0%
Zdecydowanie nie	10,6%	22,7%	15,0%	5,0%	16,7%	25,0%	16,0%	0,0%	38,1%	0,0%	36,4%	25,0%	5,0%	0,0%	0,0%	5,3%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	15,2%	18,2%	20,0%	0,0%	8,3%	10,0%	12,0%	5,6%	23,8%	0,0%	18,2%	15,0%	40,0%	21,1%	4,8%	21,1%	9,1%	0,0%	30,0%	25,0%	13,6%	31,2%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Następne pytanie skierowane do pracowników dotyczyło tego, czy placówka, w której pracują zapewnia im dostęp do wiedzy niezbędnej do wykonywania zawodu. 38,0% lekarzy, 29,4% pielęgniarek i położnych oraz 26,4% pozostałych pracowników jest zdecydowanie przekonanych o tym, że taki dostęp został im zapewniony. Raczej przekonanych co do tego jest odpowiednio – 32,9% lekarzy, 33,6% pielęgniarek oraz 25,3% innych pracowników. Negatywna ocena dostępu do wiedzy przeważa wśród reprezentantów innych zawodów – 24,2% odpowiedzi „raczej nie” oraz 15,4% - „zdecydowanie nie”. 13,9% lekarzy oraz 13,0% pielęgniarek jest zdania, że placówka raczej nie udostępnia wiedzy niezbędnej do wykonywania zawodu, a o tym, że zdecydowanie nie – 5,1% lekarzy oraz 3,8% pielęgniarek. **Istnieje statystyczna zależność pomiędzy oceną pracowników dotyczącą zapewnienia dostępu dla nich do niezbędnej wiedzy do wykonywania zawodu, a wykonywanym zawodem⁴².**

Tabela 4.61. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna zapewnia dostęp do niezbędnej do wykonywania zawodu wiedzy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie tak	29,7%	38,0%	29,4%	26,4%
Raczej tak	31,5%	32,9%	33,6%	25,3%
Raczej nie	16,1%	13,9%	13,0%	24,2%
Zdecydowanie nie	6,7%	5,1%	3,8%	15,4%
Trudno powiedzieć	16,1%	10,1%	20,2%	8,8%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Odpowiedzi na to pytanie zostały także przeanalizowane z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję. 34,4% osób na stanowiskach kierowniczych oraz 28,2% osób wykonujących w placówce inne zadania stwierdziło zdecydowanie, że mają zapewniony dostęp do wiedzy niezbędnej do wykonywania zawodu. Tych, którzy byli co do tego już tylko raczej przekonani było odpowiednio – 40,2% na stanowiskach kierowniczych oraz 26,9% poza tą grupą. 9,8% osób na sprawujących funkcje kierownicze oraz 18,0% osób spoza tej grupy stwierdziło, że raczej nie posiada dostępu do wiedzy niezbędnej do wykonywania zawodu. O tym, że zdecydowanie takiej wiedzy brakuje uważa 0,8% osób z kierownictwa badanych placówek oraz 9,5% pozostałych. Zdania na ten temat nie posiada ok. 16% wszystkich badanych. **Istnieje zatem statystyczna zależność pomiędzy oceną pracowników dotyczącą dostępu do wiedzy niezbędnej do wykonywania zawodu, a pełnioną funkcją⁴³.**

⁴²Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 95%,

⁴³Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 95%.

Tabela 4.62. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna zapewnia dostęp do niezbędnej do wykonywania zawodu wiedzy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie tak	29,7%	34,4%	28,2%
Raczej tak	31,5%	40,2%	26,9%
Raczej nie	16,1%	9,8%	18,0%
Zdecydowanie nie	6,7%	0,8%	9,5%
Trudno powiedzieć	16,1%	14,8%	17,3%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Zwracając uwagę na wyniki powyższego badania należy stwierdzić, iż stosunkowo duży odsetek odpowiedzi ma zabarwienie negatywne. Wiele osób deklaruje także, że nie ma w tej kwestii zdania (raczej nie - 16,1%, zdecydowanie nie - 6,7%, trudno powiedzieć - 16,1%). Pracowników, którzy w sposób zdecydowany potwierdzają dostęp do niezbędnej wiedzy jest zaledwie 29,7% (to niespełna jedna trzecia wszystkich badanych). Dostęp do publikacji, seminariów, kursów itp. ma ogromne znaczenie dla pracowników szpitali. Przez udział w nich podnoszą oni poziom swojej wiedzy i poziom kwalifikacji. **W opinii wielu badanych jest on obecnie zbyt mały, aby mogli oni realizować swoje zawodowe zobowiązania.**

Jeżeli chodzi o rozkład odpowiedzi na to pytanie z perspektywy poszczególnych placówek, to najwyższy odsetek odpowiedzi „zdecydowanie tak” uzyskano w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (95,8%), najniższy - w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (5%). W trzech spośród badanych placówek odsetek tej odpowiedzi jest niższy niż 10%. Najgorzej sytuację w tym zakresie ocenili pracownicy Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu, wskazując odpowiedź „Zdecydowanie nie” na poziomie 22,7%. **Istnieje statystyczna zależność pomiędzy oceną pracowników dotyczącą zapewnienia dostępu dla nich do niezbędnej wiedzy do wykonywania zawodu, a placówką medyczną⁴⁴.**

⁴⁴ Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 99%.



Tabela 4.63. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna zapewnia dostęp do niezbędnej do wykonywania zawodu wiedzy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie tak	29,7%	22,7%	10,0%	30,0%	20,8%	25,0%	20,0%	36,8%	5,0%	95,8%	13,6%	10,5%	35,0%	10,5%	81,0%	5,3%	30,4%	90,0%	10,0%	20,0%	27,3%	6,2%
Raczej tak	31,5%	13,6%	40,0%	35,0%	50,0%	15,0%	24,0%	47,4%	10,0%	4,2%	18,2%	15,8%	35,0%	63,2%	14,3%	52,6%	52,2%	10,0%	40,0%	35,0%	72,7%	12,5%
Raczej nie	16,1%	13,6%	30,0%	5,0%	4,2%	20,0%	8,0%	0,0%	60,0%	0,0%	22,7%	47,4%	5,0%	21,1%	4,8%	15,8%	0,0%	0,0%	35,0%	25,0%	0,0%	37,5%
Zdecydowanie nie	6,7%	18,2%	5,0%	5,0%	12,5%	15,0%	16,0%	0,0%	15,0%	0,0%	22,7%	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	18,8%
Trudno powiedzieć	16,1%	31,8%	15,0%	25,0%	12,5%	25,0%	32,0%	15,8%	10,0%	0,0%	22,7%	21,1%	25,0%	5,3%	0,0%	26,3%	17,4%	0,0%	15,0%	15,0%	0,0%	25,0%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Analiza wyników badań pozwala na stwierdzenie, że zdecydowana większość pracowników placówek medycznych czuje się motywowana do udziału w konferencjach i szkoleniach. Najczęściej motywacja taka daje się zauważyć wśród lekarzy (40,5% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 38,0% „raczej tak”), najmniej poziom osiąga zaś wśród pracowników niebędących lekarzami ani pielęgniarkami (17,4% odpowiedzi „zdecydowanie nie” i 18,5% „raczej nie”).

Tabela 4.64. Opinia pracowników na temat motywowania przez placówkę do udziału w konferencjach lub szkoleniach z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie tak	28,2%	40,5%	28,1%	19,6%
Raczej tak	33,0%	38,0%	33,9%	28,3%
Raczej nie	14,3%	7,6%	14,0%	18,5%
Zdecydowanie nie	10,0%	5,1%	8,3%	17,4%
Trudno powiedzieć	14,5%	8,9%	15,7%	16,3%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Odpowiedzi na to pytanie poddano także analizie pod względem pełnionej przez respondentów funkcji. Najwyższy poziom odpowiedzi wśród osób pełniących funkcję kierowniczą zyskała kategoria „raczej tak” (41,9% wskazań), zaś najniższy „zdecydowanie nie” (2,4 %). Wśród osób zajmujących inne stanowiska wyniki rozkładały się podobnie - najwięcej wskazań dla kategorii „raczej tak” (28,7%) a najmniej dla „zdecydowanie nie” (13,9%). **Jak wynika z badań, istnieje statystyczna zależność pomiędzy opinią pracowników na temat motywowania przez placówkę pracowników do udziału w konferencjach czy szkoleniach a pełnioną przez respondentów w funkcją⁴⁵.**

Tabela 4.65. Opinia pracowników na temat motywowania przez placówkę do udziału w konferencjach lub szkoleniach z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie tak	28,2%	37,1%	25,3%
Raczej tak	33,0%	41,9%	28,7%
Raczej nie	14,3%	8,1%	16,2%
Zdecydowanie nie	10,0%	2,4%	13,9%
Trudno powiedzieć	14,5%	10,5%	15,9%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

⁴⁵ Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 99%.

Odpowiedzi różnie rozkładały się w poszczególnych placówkach SPZOZ biorących udział w badaniu. Najwyższy poziom wskazań kategorii „zdecydowanie tak” odnotowano w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich (95,8 %), zaś najniższy w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (9,5 %). Poziom wskazań tej odpowiedzi był niższy niż 10% w 3 szpitalach. Najgorzej swoją sytuację ocenili pod tym względem pracownicy Szpitala specjalistycznego nr 2 w Bytomiu, gdzie aż 31,8% respondentów udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie nie”.

Tabela 4.66. Opinia pracowników na temat motywowania przez placówkę do udziału w konferencjach lub szkoleniach z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																					
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	
Zdecydowanie tak	28,2%	26,1 %	5,0 %	20,0 %	12,5 %	20,0 %	24,0 %	31,6 %	95,8 %	9,5 %	9,1 %	10,0 %	15,8 %	19,0 %	71,4 %	15,0 %	43,5 %	80,0 %	10,0 %	15,0 %	27,3 %	18,8 %	
Raczej tak	33,0%	26,1 %	55,0 %	60,0 %	50,0 %	15,0 %	16,0 %	57,9 %	9,5 %	4,2 %	27,3 %	20,0 %	31,6 %	38,1 %	19,0 %	55,0 %	34,8 %	20,0 %	35,0 %	50,0 %	59,1 %	12,5 %	
Raczej nie	14,3%	21,7 %	20,0 %	10,0 %	12,5 %	30,0 %	24,0 %	0,0 %	42,9 %	0,0 %	22,7 %	30,0 %	19,0 %	5,3 %	4,8 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	15,0 %	5,0 %	0,0 %	31,2 %	
Zdecydowanie nie	10,0%	8,7 %	15,0 %	0,0 %	12,5 %	20,0 %	20,0 %	0,0 %	23,8 %	0,0 %	31,8 %	25,0 %	10,5 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	15,0 %	0,0 %	0,0 %	18,8 %	
Trudno powiedzieć	14,5%	17,4 %	5,0 %	10,0 %	12,5 %	15,0 %	16,0 %	10,5 %	14,3 %	0,0 %	9,1 %	15,0 %	36,8 %	23,8 %	4,8 %	10,0 %	21,7 %	0,0 %	25,0 %	30,0 %	13,6 %	18,8 %	
Razem	100,0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze
- P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
- P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
- P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
- P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
- P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie
- P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
- P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu
- P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu
- P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Większość badanych uważa, że placówka, w której pracują motywuje do dzielenia się z innymi wiedzą i umiejętnościami, nabytymi np. w wyniku wyjazdu na konferencję, udziału w stażu czy szkoleniu. Takiego zdania jest 72,5% lekarzy, ale już zaledwie 45,1% pielęgniarek i położnych oraz 38,9% pozostałych pracowników. Inni respondenci, w tym 11,2% lekarzy, 35,4% pielęgniarek i położnych oraz 27,8% reprezentantów pozostałych zawodów sądzi, że motywacja taka jest zauważalna, ale dotyczy tylko pewnej grupy zawodowej. Średnio co 5 pracownik (16,2% lekarzy, 18,1% pielęgniarek oraz 31,1% innych pracowników) jest zdania, że placówka nie motywuje pracowników do dzielenia się wiedzą. Jak się okazuje, **istnieje zależność pomiędzy opinią pracowników na temat motywowania do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami w danej placówce a wykonywanym przez respondentów zawodem**⁴⁶.

Tabela 4.67. Opinia na temat motywowania do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Tak	48,6%	72,5%	45,1%	38,9%
Tak, ale dotyczy to tylko określonej grupy zawodowej	28,8%	11,2%	35,4%	27,8%
Tak, ale dotyczy to tylko wyjazdów finansowanych ze środków placówki	1,2%	0,0%	1,3%	2,2%
Nie	21,4%	16,2%	18,1%	31,1%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wyniki te rozpatrywano także z **perspektywy pełnionej przez respondentów funkcji**. I tak 58,2% przedstawicieli kadry kierowniczej oraz 44,0% pracowników innego szczebla jest zdania, że placówka, w której pracują motywuje zatrudnionych do dzielenia się nową wiedzą, uzyskaną np. w wyniku udziału w stażach, konferencjach. Zdaniem co trzeciego pracownika obu segmentów dotyczy to tylko określonej grupy zawodowej, a około 1,2% - że dotyczy to tylko wyjazdów finansowanych ze środków placówki.

Tabela 4.68. Opinia na temat motywowania do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Tak	48,6%	58,2%	44,0%
Tak, ale dotyczy to tylko określonej grupy zawodowej	28,8%	27,9%	30,2%
Tak, ale dotyczy to tylko wyjazdów finansowanych ze środków placówki	1,2%	2,5%	0,7%
Nie	21,4%	11,5%	25,1%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

⁴⁶ Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 95%.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Rozkład odpowiedzi na to pytanie wygląda różnie w zależności od badanej placówki SPZOZ. Najkorzystniejszą sytuację w tym zakresie ocenili pracownicy Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich - poziom wskazań kategorii „tak” wyniósł tam 95,8%. Najniższy odsetek pozytywnych odpowiedzi odnotowano w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu (4,8%). Najwyższy odsetek odpowiedzi „Nie” uzyskano w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (60%). **Istnieje zależność pomiędzy opinią pracowników na temat motywowania przez placówkę do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami a pełnioną przez respondentów funkcją⁴⁷.**

⁴⁷ Zależność była badana testem χ^2 , na poziomie istotności 99%.



Tabela 4.69. Opinia na temat motywowania do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Tak	48,6%	43,5 %	20,0 %	55,0 %	62,5 %	20,0 %	21,7 %	95,0 %	15,0 %	95,8 %	4,8% %	16,7 %	42,1 %	42,1 %	85,7 %	45,0 %	73,9 %	90,0 %	40,0 %	50,0 %	59,1 %	23,5 %
Tak, ale dotyczy to tylko określonej grupy zawodowej	28,8%	26,1 %	45,0 %	45,0 %	8,3% %	50,0 %	30,4 %	5,0% %	25,0 %	4,2% %	38,1 %	55,6 %	36,8 %	31,6 %	14,3 %	25,0 %	21,7 %	10,0 %	45,0 %	30,0 %	36,4 %	35,3 %
Tak, ale dotyczy to tylko wyjazdów finansowanych ze środków placówki	1,2%	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	8,7% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	4,8% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	5,0% %	5,0% %	0,0% %	0,0% %
Nie	21,4%	30,4 %	35,0 %	0,0% %	29,2 %	30,0 %	39,1 %	0,0% %	60,0 %	0,0% %	52,4 %	27,8 %	21,1 %	26,3 %	0,0% %	30,0 %	4,3% %	0,0% %	10,0 %	15,0 %	4,5% %	41,2 %
Razem	100,0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Badani dosyć słabo ocenili stosowane w placówkach systemy motywacji pracowników. O tym, że zdecydowanie spełniają one swoją funkcję było przekonanych zaledwie 37,2% lekarzy, 14,0% pielęgniarek i położnych oraz 17,8% osób wykonujących inne zawody. O tym, że raczej tak, odpowiednio 24,4% lekarzy, 22,5% pielęgniarek oraz 25,6% pozostałych pracowników. To, że ich działanie raczej nie jest odpowiednie stwierdziło 12,8% lekarzy, 28,4% pielęgniarek oraz 21,1% innych. Zdecydowanie złe zdanie na ten temat ma 2,6% lekarzy, 12,7% pielęgniarek oraz 15,6% osób wykonujących w placówkach inne zawody. Odpowiedzi na to pytanie nie udzieliło nieco ponad 20% wszystkich badanych.

Tabela 4.70. Ocena tego, czy narzędzia stosowane przez kierownictwo placówek do motywacji pracowników spełniają swoje zadanie - wyniki z uwzględnieniem podziału na zawód wykonywany przez respondentów

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie tak	18,9%	37,2%	14,0%	17,8%
Raczej tak	22,8%	24,4%	22,5%	25,6%
Raczej nie	24,7%	12,8%	28,4%	21,1%
Zdecydowanie nie	11,9%	2,6%	12,7%	15,6%
Trudno powiedzieć	21,7%	23,1%	22,5%	20,0%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Co 5 ankietowany (21,0%) z grupy kierowniczej oraz 18,3% pracowników pełniących inne funkcje mówiło zdecydowanie o skuteczność narzędzi motywacyjnych, stosowanych w ich miejscach pracy. Raczej co do tego przekonanych było odpowiednio – 21,8% osób sprawujących funkcje kierownicze oraz 23,2% osób realizujących inne zadania. Odpowiedź „raczej nie” wybrało 29,0% kierowników placówek oraz 23,6% innych pracowników. „Zdecydowanie nie” odpowiedziało 8,9% osób pełniących funkcje kierownicze oraz 13,0% osób spoza tej grupy. **Istnieje statystyczna zależność pomiędzy oceną temat stosowania przez kierownictwo narzędzi do motywacji do pracy, a wykonywanym zawodem**⁴⁸.

Tabela 4.71. Ocena tego, czy narzędzia stosowane przez kierownictwo placówek do motywacji pracowników spełniają swoje zadanie - wyniki z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie tak	18,9%	21,0%	18,3%
Raczej tak	22,8%	21,8%	23,2%
Raczej nie	24,7%	29,0%	23,6%
Zdecydowanie nie	11,9%	8,9%	13,0%
Trudno powiedzieć	21,7%	19,4%	21,8%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

⁴⁸ Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 95 %.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Odpowiedzi pozytywne w tym zakresie zdecydowanie przeważają w przypadku: Szpitala Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie, Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, Szpitala im. St. Leszczyńskiego w Katowicach. Odpowiedzi negatywne zaś w: Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju, Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze. **Istnieje statystyczna zależność pomiędzy oceną pracowników na temat stosowania przez kierownictwo narzędzi do motywacji do prac badaną a placówką medyczną⁴⁹.**

⁴⁹ Zależność była badana testem χ^2 , na poziomie istotności 99 %.

Tabela 4.72. Ocena tego, czy narzędzia stosowane przez kierownictwo placówek do motywacji pracowników spełniają swoje zadanie - wyniki z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie tak	18,9%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	40,0%	4,8%	82,6%	13,6%	10,5%	15,0%	4,8%	55,0%	21,1%	4,5%	70,0%	10,0%	5,3%	31,8%	5,9%
Raczej tak	22,8%	16,7%	10,5%	45,0%	45,8%	10,5%	29,2%	45,0%	4,8%	17,4%	9,1%	26,3%	10,0%	9,5%	20,0%	31,6%	36,4%	30,0%	15,0%	36,8%	13,6%	11,8%
Raczej nie	24,7%	33,3%	26,3%	20,0%	29,2%	47,4%	33,3%	0,0%	47,6%	0,0%	27,3%	15,8%	55,0%	42,9%	5,0%	21,1%	22,7%	0,0%	10,0%	36,8%	13,6%	35,3%
Zdecydowanie nie	11,9%	11,1%	31,6%	5,0%	16,7%	10,5%	20,8%	0,0%	23,8%	0,0%	40,9%	21,1%	10,0%	9,5%	5,0%	10,5%	0,0%	0,0%	15,0%	0,0%	9,1%	5,9%
Trudno powiedzieć	21,7%	22,2%	31,6%	30,0%	8,3%	31,6%	16,7%	15,0%	19,0%	0,0%	9,1%	26,3%	10,0%	33,3%	15,0%	15,8%	36,4%	0,0%	50,0%	21,1%	31,8%	41,2%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

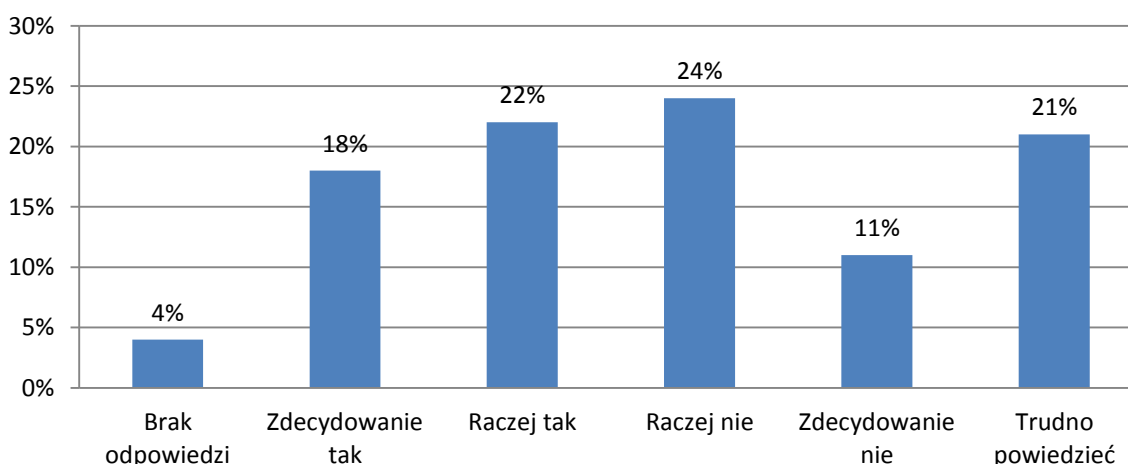
Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

W większości badanych oddziałów funkcjonują systemy ocen pracowniczych. 62% osób biorących udział w badaniu wie o ich istnieniu. Z ich wiedzy wynika, że oceny te prowadzone są najczęściej raz w roku (50%).

Pracowników zapytano o to, czemu w ich opinii służą takie działania. Wśród odpowiedzi najczęściej padało stwierdzenie, że głównym zadaniem ocen pracowniczych jest podniesienie jakości pracy oddziału (19%) i motywowanie pracowników (14%). Pierwsza z tych kategorii sugeruje, że pracownicy czują się oceniani, jako część organizacji, druga z kolei wskazuje na bardziej zindywidualizowane podejście pracowników do swojej pracy, jako osobistego rozwoju. Istnieje grupa pracowników, którzy nie widzą sensu prowadzenia ocen pracowniczych (5%), grupa takich, którzy uważają, że jest to formalność (1%) oraz takich, którzy są zdania, że pogarszają one tylko relacje w zespole (3%). **Niewiele osób jest przekonanych co do tego, że ocena pracownicza może służyć do prowadzenia polityki zatrudnienia na oddziale (1%).**

Opinia na temat sposobów motywowania pracowników wydaje się być podzielona. Na pytanie „Czy według Pani/Pana stosowane przez kierownictwo narzędzia motywacji do pracy spełniają swoje zadanie? Czy motywują Panią/Pana do większego zaangażowania?” **24% badanych odpowiedziało „Raczej nie” – i była to najczęściej wybierana odpowiedź** - a 11% „Zdecydowanie nie”. Odpowiedzi „Zdecydowanie tak” (18%) i „Raczej tak” (22%) również były częste.

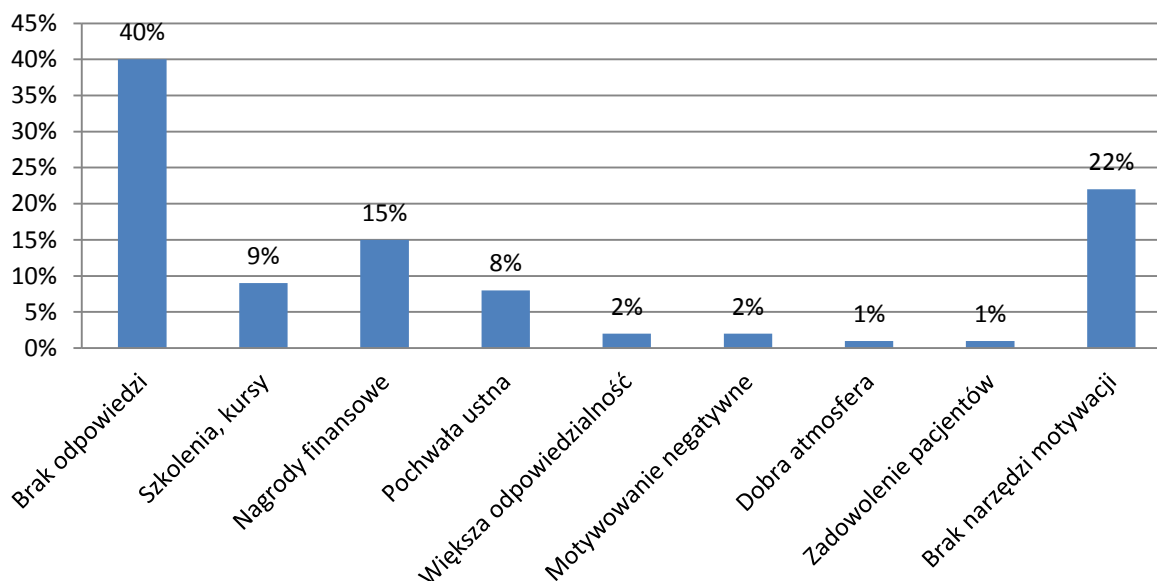
Wykres 4.5. Odsetek odpowiedzi pracowników na pytanie, czy stosowane przez kierownictwo narzędzia motywacji do pracy spełniają swoje zadanie, czy motywują ich do większego zaangażowania



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Gdy badani zostali poproszeni o wymienienie konkretnych narzędzi motywacji, z jakimi mieli kontakt na swoim oddziale, **aż 22% odpowiedziało, że nie spotkało się z żadnymi narzędziami tego typu, a 40% w ogóle nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.** Wśród najczęściej wymienianych narzędzi były nagrody finansowe (15%), dostęp do szkoleń i kursów (9%) oraz ustne pochwały od przełożonych (8%). Około 2% badanych uważa, że zwiększenie zakresu obowiązków i odpowiedzialności było dla nich motywujące, jednak również 2% uważa, że na ich oddziale motywuje się poprzez stosowanie kar, represji, mobbingu oraz zastraszania. Tylko dla 2% badanych motywująca jest dobra atmosfera pracy a dla 1% zadowolenie pacjentów.

Wykres 4.6. Wykaz narzędzi służących motywacji, z którymi spotkali się pracownicy placówki medycznej podczas pracy na oddziale



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

58,8% lekarzy, 65,1% pielęgniarek i położnych oraz 63,3% pozostałych pracowników stwierdziło, że w ramach oddziału, na którym są zatrudnieni funkcjonuje system ocen pracowniczych.

Tabela 4.73. Odpowiedzi na pytanie o funkcjonowanie systemu ocen pracowniczych z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Tak	64,9%	58,8%	65,1%	63,3%
Nie	35,1%	41,2%	34,9%	36,7%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Tabela 4.74. Odpowiedzi na pytanie o funkcjonowanie systemu ocen pracowniczych z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Tak	64,9%	60,8%	67,8%
Nie	35,1%	39,2%	32,2%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

W większości placówek medycznych przeważają odpowiedzi, że na oddziale funkcjonują systemy oceny pracowniczey. W przypadku 6 placówek medycznych ilość odpowiedzi twierdzących wynosi 100%. W 7 przypadkach przeważają odpowiedzi przeczące, a w 2 jednostkach zdrowia odsetek odpowiedzi przeczących wynosi 100%.

Tabela 4.75. Odpowiedzi na pytanie o funkcjonowanie ocen pracowniczych z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Tak	64,9%	85,7 %	16,7 %	100, 0%	95,8 %	15,8 %	21,7 %	85,0 %	0,0%	100, 0%	90,5 %	36,8 %	21,1 %	0,0%	100, 0%	70,0 %	100, 0%	100, 0%	94,7 %	10,5 %	100, 0%	94,1 %
Nie	35,1%	14,3 %	83,3 %	0,0%	4,2%	84,2 %	78,3 %	15,0 %	100, 0%	0,0%	9,5%	63,2 %	78,9 %	100, 0%	0,0%	30,0 %	0,0%	0,0%	5,3%	89,5 %	0,0%	5,9%
Razem	100,0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

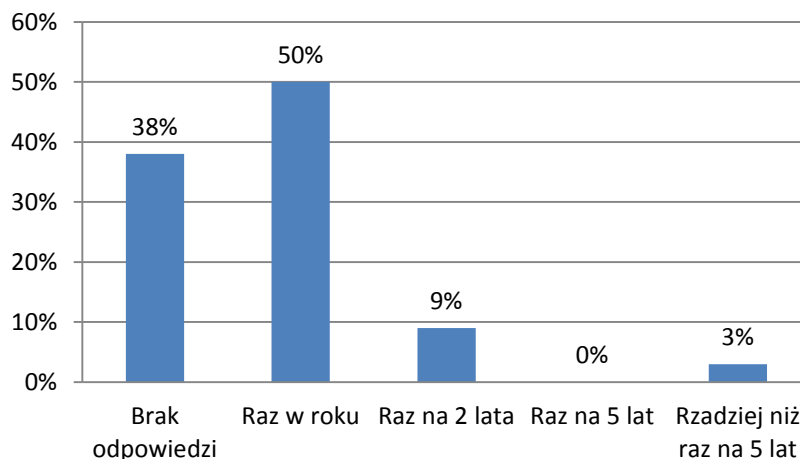
Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Jak zostało już wspomniane na wstępie tej część badania i jak wynika z odpowiedzi respondentów, najczęściej oceny pracownicze prowadzone są w badanych placówkach medycznych raz w roku (50% odpowiedzi).

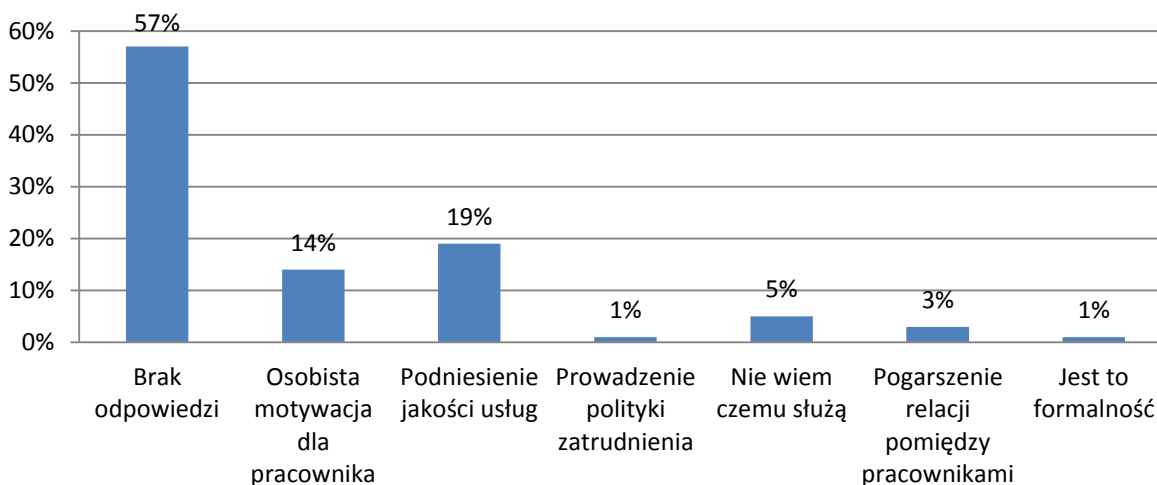
Wykres 4.7. Częstotliwość prowadzonych ocen pracowniczych



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Szczegółowe dane uzyskane w wyniku badania opinii na temat celów prowadzenia ocen pracowniczych pokazują, że zdaniem respondentów służą one głównie **podniesieniu jakości usług oddziału** (19%) oraz motywowaniu pracowników (14%). Istnieje też grupa badanych, którzy w ogóle rozumieją sensu prowadzenia ocen pracowniczych (5%), uważają, że jest to formalność (1%) oraz tych, którzy sądzą, że pogarszają one tylko relacje panujące w zespole (3%). Bardzo mała grupa respondentów przypuszcza, że ocena pracownicza może służyć do prowadzenia polityki zatrudnienia na oddziale (1%). **Zdecydowana większość pracowników nie jest w stanie nawet w przybliżeniu określić celowości takiego działania – 57%. Wydaje się, że konieczne jest uświadomienie i sprecyzowanie tych kwestii przez kierowników placówek.**

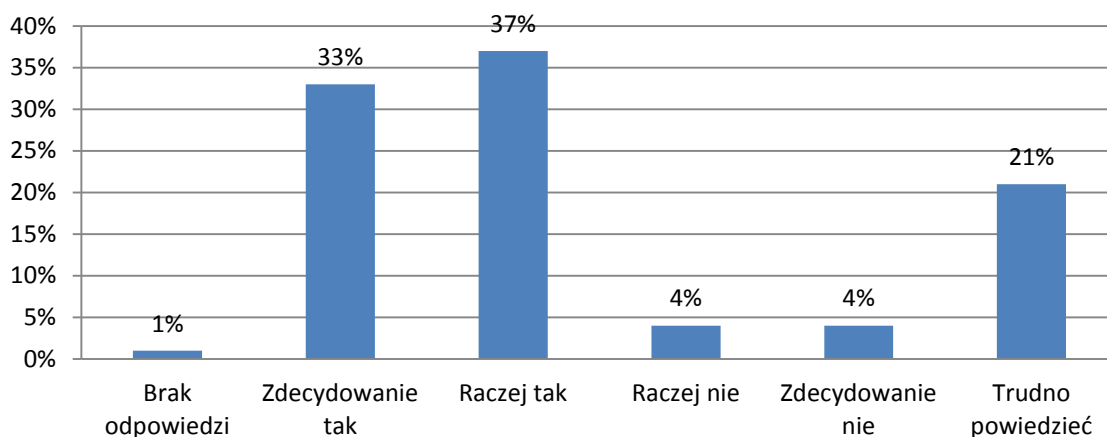
Wykres 4.8. Opinie na temat celów ocen pracowniczych



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Większość osób (70%) biorących udział w badaniu byłaby skłonna do polecenia miejsca swojej pracy innym osobom. Jedynie niecałe 10% nie zdobyłoby się na taką rekomendację. Nieco ponad 20% osób stwierdziło, że trudno odpowiedzieć jednoznacznie na to pytanie.

Wykres 4.9. Gotowość do polecenia oddziału, jako dobrego miejsca pracy



Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Można zaobserwować istnienie statystycznej zależności pomiędzy chęcią do rekomendowania obecnego miejsca pracy bliskiemu(ej) koledze/koleżance po fachu a wykonywanym przez respondentów zawodem⁵⁰. 52,5% lekarzy, 29,9% pielęgniarek i położnych oraz 23,3% reprezentantów innych zawodów zdecydowanie poleciłoby swoje obecne miejsce pracy. Na taką rekomendację raczej zdobyłoby się 30,0% lekarzy, 39,8% pielęgniarek oraz 43,3% pozostałych pracowników. Raczej negatywną opinię wyraża w tym kontekście tylko 5,0% lekarzy, 2,1% pielęgniarek i położnych oraz 7,8% pozostałych pracowników. Zdecydowanie nie poleciłoby swojego oddziału jako miejsca pracy 1,2% lekarzy, 3,3% pielęgniarek oraz 5,6% innych pracowników. Zdania na ten temat nie potrafił wyrazić ponad 20% badanych.

Tabela 4.76. Gotowość do polecenia oddziału jako dobrego miejsca pracy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód

Odpowiedź	Ogólnie	Wykonywany zawód		
		Lekarz	Pielęgniarka / położna	Inny
Zdecydowanie tak	33,6%	52,5%	29,9%	23,3%
Raczej tak	37,4%	30,0%	39,8%	43,3%
Raczej nie	3,9%	5,0%	2,1%	7,8%
Zdecydowanie nie	3,9%	1,2%	3,3%	5,6%
Trudno powiedzieć	21,2%	11,2%	24,9%	20,0%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

⁵⁰ Zależność była badana testem Chi2, na poziomie istotności 95%.

Na podstawie badań można też stwierdzić, że istnieje statystyczna zależność pomiędzy chęcią do rekomendowania obecnego miejsca pracy bliskiemu(ej) koledze/koleżance po fachu a pełnioną przez respondentów funkcją⁵¹. 44,4% osób z kadry kierowniczej oraz 29,4% osób spoza tej grupy jest zdecydowanie gotowych na udzielenie takiej rekomendacji. Raczej przekonanych co do tego jest natomiast 42,7% osób pełniących funkcje kierownicze i 34,1% pozostałych badanych, raczej nieprzekonanych – tylko 5,5% osób niepełniących funkcji kierowniczych. Zdecydowanie niechętnych do udzielenia takiej rekomendacji jest 1,6% osób na stanowiskach kierowniczych oraz 5,1% osób spoza tej grupy. Zdania na ten temat nie posiada ponad 20% wszystkich respondentów. Można zatem powiedzieć, że personel zatrudniony w placówkach, które wzięły udział w badaniu identyfikuje się ze swoim miejscem pracy i wykazuje pozytywne nastawienie do panujących tam stosunków służbowych.

Tabela 4.77. Gotowość do polecenia oddziału jako dobrego miejsca pracy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję

Odpowiedź	Ogólnie	Czy pełniona funkcja jest kierowniczą?	
		Tak	Nie
Zdecydowanie tak	33,6%	44,4%	29,4%
Raczej tak	37,4%	42,7%	34,1%
Raczej nie	3,9%	0,0%	5,5%
Zdecydowanie nie	3,9%	1,6%	5,1%
Trudno powiedzieć	21,2%	11,3%	25,9%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wyniki te przedstawiają się też różnie w zależności od badanej placówki. W Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich wszyscy respondenci zdecydowanie poleciliby pracę na swoim oddziale innym osobom. Natomiast w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku już tylko 50% respondentów poleciłoby pracę na swoim oddziale. Najwięcej respondentów ze Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu nie byłoby skłonnych do rekomendowania pracy na swoim oddziale. **Istnieje statystyczna zależność pomiędzy chęcią do udzielania rekomendacji a placówką medyczną⁵².**

⁵¹ Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 99 %.

⁵² Zależność była badana testem Chi², na poziomie istotności 99 %.



Tabela 4.78. Gotowość polecenia oddziału jako dobrego miejsca pracy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim

Odpowiedź	Ogólnie	Placówka SPZOZ																				
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
Zdecydowanie nie tak	33,6%	28,6%	10,0%	15,0%	25,0%	10,0%	44,0%	40,0%	9,5%	91,7%	14,3%	15,0%	35,0%	33,3%	52,4%	55,0%	43,5%	35,0%	21,1%	47,4%	50,0%	11,8%
Raczej tak	37,4%	23,8%	40,0%	50,0%	54,2%	55,0%	24,0%	55,0%	42,9%	8,3%	19,0%	20,0%	25,0%	47,6%	23,8%	30,0%	52,2%	65,0%	42,1%	36,8%	40,9%	35,3%
Raczej nie	3,9%	4,8%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,0%	0,0%	4,8%	0,0%	4,8%	15,0%	5,0%	4,8%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	29,4%
Zdecydowanie nie nie	3,9%	14,3%	5,0%	5,0%	8,3%	0,0%	4,0%	0,0%	4,8%	0,0%	28,6%	5,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trudno powiedzieć	21,2%	28,6%	40,0%	30,0%	12,5%	35,0%	20,0%	5,0%	38,1%	0,0%	33,3%	45,0%	30,0%	14,3%	19,0%	15,0%	4,3%	0,0%	36,8%	15,8%	9,1%	23,5%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda:

P1 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

P2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

P3 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

P4 Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

P5 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

P6 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

P7 Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

P8 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

P9 Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

P10 Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

P11 Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

P12 Szpital Specjalistyczny w Zabrze

P13 Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

P14 Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

P15 Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

P16 Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej

P17 Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie

P18 Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

P19 Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu

P20 Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny w Ustroniu

P21 Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju

Źródło: Badanie opinii pracowników na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=444 w okresie lipiec – sierpień 2012



Wnioski

- Większość badanych jest zdania, że w ich miejscu pracy zdecydowanie dba się o rozwój pracowników poprzez zapewnienie dostępu do wiedzy. Odpowiedzi takiej udzieliło 50,6% lekarzy, 39,0% pielęgniarek oraz 30,1% pozostałych pracowników. Wyniki te rozkładają się różnie w zależności od pełnionej przez respondentów funkcji, a także w zależności od badanej placówki. 48,4% pracowników z kadry kierowniczej pozytywnie ocenia starania w tym zakresie. Takiego samego zdania jest 34,5% osób spoza tej grupy. Negatywne opinie w tym zakresie przeważają wśród osób pełniących inne funkcje niż kierownicze – 12,5% wskazań odpowiedzi „raczej nie” oraz 8,8% zdecydowanie nie. Najwyżej ten aspekt pracy oceniono w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich. Najgorszy wynik odnotowano natomiast w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu.
- W badaniu postawiono również pytanie o ocenę sposób motywowania przez placówkę do rozwoju wiedzy. Najbardziej przekonani o tego typu działaniach czują się lekarze – 78,2% odpowiedzi „raczej tak” i „zdecydowanie tak”. Pozytywne oceny i tym razem przeważają wśród kadry kierowniczej. Jeżeli chodzi o rozkład odpowiedzi na to pytanie z perspektywy poszczególnych placówek, to najwyższy odsetek odpowiedzi „zdecydowanie tak” uzyskano w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, najniższy zaś w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.
- Większość pracowników udzieliła twierdzącej odpowiedzi na pytanie czy placówka w której pracują zapewnia im dostęp do wiedzy potrzebnej do wykonywania zawodu. Szczególnie pozytywne opinie w tej kwestii wyrażają lekarze oraz osoby pracujące na stanowiskach kierowniczych.
- Większość pracowników placówek medycznych jest motywowana do udziału w konferencjach i szkoleniach. Najbardziej motywacja taka daje się zauważyć wśród lekarzy, a najmniejszy poziom osiąga wśród pracowników niebędących lekarzami ani pielęgniarkami.
- Większość badanych uważa, że placówka, w której pracują motywuje pracowników do dzielenia się z innymi nową wiedzą i umiejętnościami, nabytymi np. w wyniku wyjazdu na konferencję, udziału w stażu czy szkoleniu. Takiego zdania jest 72,5% lekarzy, ale już zaledwie 45,1% pielęgniarek i położnych oraz 38,9% pozostałych pracowników.
- O tym, że funkcjonujące w ramach placówki systemy motywacyjne spełniają swoją funkcję przekonanych jest 61,6% lekarzy (suma odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”), ale już tylko 36,5% pielęgniarek i 43,4% innych pracowników.
- 58,8% badanych lekarzy, 65,1% pielęgniarek i położnych oraz 63,1% pozostałych pracowników stwierdziło, że w ramach oddziału, na którym są zatrudnieni funkcjonuje system ocen pracowniczych. Pracownicy najczęściej uważają, że ich celem jest podniesienie jakości pracy oddziału oraz motywowanie pracowników.
- Większość osób biorących udział w badaniu (71%) jest skłonna do tego, aby polecić



swoje miejsce pracy innym. Ci, którzy deklarują gotowość takiej rekomendacji, to w większości lekarze oraz osoby na stanowiskach kierowniczych. Najwięcej pozytywnych odpowiedzi pada w tym kontekście w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. Prof. Dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich.

4.5. Jakość obsługi w placówkach województwa śląskiego w opinii pacjentów



Głównym celem badań realizowanych na tym etapie była:

Ocena jakości obsługi realizowanej w uczestniczących w badaniu placówkach medycznych.

Cel ten realizowano poprzez:

1. Zbadanie różnic pomiędzy usługą oczekiwaną, a usługą otrzymaną decydującą o postrzeganej w tym wypadku przez pacjenta jakości usług świadczonych przez uczestniczące w badaniu placówki medyczne.
2. Dokładne poznanie oczekiwań pacjentów w celu określenia zestawu cech pożądanych, stanowiących fundament w realizacji usługi satysfakcjonującej.
3. Określenie ważności poszczególnych aspektów jakości świadczonych usług.
4. Sprawdzenie, czy wagi nadawane przez pacjentów poszczególnym wymiarom oceny świadczonych usług istotnie wpływają na poziom różnic pomiędzy usługą oczekiwaną a usługą otrzymaną.

Badania dotyczące jakości obsługi w placówkach medycznych województwa śląskiego zostały przeprowadzone na przełomie lipca i sierpnia 2012 roku. Próba celowa obejmowała 1251 pełnoletnich pacjentów badanych placówek medycznych.

Twierdzenia dotyczące oceny jakości obsługi pogrupowane zostały w następujący sposób:

1. W ramach wymiaru dotyczącego **namacalności** świadczonych usług, analizowano odpowiedzi na twierdzenia 1-5 obejmujące:
 - wygląd budynków, korytarzy, sal zabiegowych;
 - wygląd i jakość łazienek, toalet;
 - jakość łóżek i ich dostosowanie do potrzeb pacjenta;
 - czystość sal pacjentów oraz czystość sanitariatów;
 - jakość posiłków (np. ilość, sposób podania, dostosowanie do różnych schorzeń (dieta)).
2. W ramach wymiaru dotyczącego **niezawodności** świadczonych usług, analizowano odpowiedzi na twierdzenia 6-9 obejmujące:
 - czas oczekiwania na leczenie;
 - dostępność badań na terenie placówki (bez konieczności przemieszczania się do innej);
 - łatwy dostęp pacjenta do informacji na temat oferty usług i czasu oczekiwania (np. telefonicznie, na stronach internetowych);
 - łatwość dodzwonienia się w celu uzyskania informacji.



3. W ramach wymiaru dotyczącego **reagowania**, analizowano odpowiedzi na twierdzenia 10-14 obejmujące:
 - sposób zwracania się do pacjenta na izbie przyjęć (uprzejmość, poszanowanie godności);
 - sposób zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki), (uprzejmość, poszanowanie godności);
 - sposób zwracania się do pacjenta przez lekarzy (uprzejmość, poszanowanie godności);
 - łatwość uzyskania od lekarza pełnej informacji na temat stanu zdrowia;
 - precyzyjne i jasne wyjaśnienie przez lekarza zagrożeń, metod leczenia.
4. W ramach wymiaru dotyczącego **pewności** usługi analizowano odpowiedzi na twierdzenia 15-18 obejmujące:
 - dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, chorych, po operacjach, zabiegach;
 - dostęp (przekazanie przez personel) do informacji o dalszym leczeniu, postępowaniu w chorobie (np. o metodach rehabilitacji, wskazówkach żywieniowych);
 - dostęp do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań;
 - dostępność informacji o prawach pacjenta, w tym możliwości i sposobu postępowania w przypadku chęci zgłoszenia skargi.
5. W ramach wymiaru dotyczącego **przystępności** usługi (empatia), analizowano odpowiedzi na twierdzenia 19-22 obejmujące:
 - szybkość reagowania personelu na potrzeby (nie nagłe, niezwiązane z zagrożeniem życia) pacjenta;
 - kwalifikacje lekarzy – ocena profesjonalizmu działania i zachowania;
 - kwalifikacje pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania;
 - ogólną opinię na temat placówki w regionie.

W pierwszym etapie badania poproszono pacjentów badanych placówek medycznych o dokonanie oceny ważności poszczególnych wymiarów w badanych placówkach medycznych. Pacjenci mieli za zadanie podzielić 100 punktów pomiędzy poszczególne wymiary jakości usług. Najważniejszy wymiar powinien otrzymać najwięcej punktów. Wyniki tego etapu badania przedstawiono w tabeli poniżej.

Najwyższą liczbę punktów pacjenci badanych placówek medycznych przyznali wymiarowi związanemu z *pewnością* i *empatią*.

Najmniej ważnym obszarem mogącym wpływać na jakość obsługi, jest według pacjentów wymiar *reagowanie*, czyli dostęp do dodatkowych informacji oraz dostosowanie pomieszczeń do potrzeb pacjentów w trakcie leczenia (np. dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, dostęp do informacji o dalszym leczeniu); uprzejmość pracowników i rozumienie potrzeb klientów (dostęp do informacji: co, gdzie i jak załatwić).

Tabela 4.79. Ocena ważności wymiarów wpływających na jakość obsługi w badanych placówkach SPZOZ w województwie śląskim

Obszar oceny	Średnia arytmetyczna
<ul style="list-style-type: none"> Namacalność - warunki lokalowe, w których odbywa się obsługa pacjentów (np. czystość sal, łazienek i toalet, wygląd budynków, jakość posiłków) 	17,9
<ul style="list-style-type: none"> Niezawodność - przystępność usług (np. czas oczekiwania na leczenie, dostępność do badań, dostępność potrzebnych informacji o świadczonych usługach) 	19,9
<ul style="list-style-type: none"> Pewność - chęć pomocy i zaangażowanie personelu w realizowaniu usług (np. sposób zwracania się personelu do pacjenta, łatwość uzyskania podstawowych informacji od lekarza prowadzącego) 	22,9
<ul style="list-style-type: none"> Reagowanie - dostęp do dodatkowych informacji oraz dostosowanie pomieszczeń do potrzeb pacjentów w trakcie leczenia (np. dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, dostęp do informacji o dalszym leczeniu); uprzejmość pracowników i rozumienie potrzeb klientów (dostęp do informacji: co, gdzie i jak załatwić) 	16,4
<ul style="list-style-type: none"> Empatia - wiedza personelu i zaufanie do niego (do kompetencji personelu placówki medycznej) 	22,9

Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W kolejnej tabeli przedstawiono rozkład odpowiedzi w odniesieniu do poszczególnych obszarów oceny, wskazywanych przez respondentów. Wyniki uzyskane w badanych placówkach medycznych przedstawiono w dwóch ujęciach: całościowo dla wszystkich placówek biorących udział w badaniu (tabela 4.80, wykresy 4.5 – 4.7) oraz w podziale na poszczególne placówki medyczne (tabela 4.81, wykresy 4.8-4.28). Dodatkowo szczegółowe wyniki dotyczące poszczególnych placówek medycznych przedstawiono w **załączniku nr 16**. Tabele oraz rysunki zawierają również wyniki uzyskane metodą **SERVQUAL** z uwzględnieniem wag przyznanych przez pacjentów (wyniki nieważone i ważne). Otrzymane wyniki umożliwiają również wyznaczenie **luk jakościowych względnych i bezwzględnych**. Luka jakościowa względna obliczana jest jako różnica rzeczywistych preferencji i ocen pacjentów. Natomiast luka jakościowa bezwzględna to różnica maksymalnych, możliwie idealnych oczekiwań w zakresie usługi oraz rzeczywistych ocen pacjentów.

Tabela 4.80. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w placówkach SPZOZ w województwie śląskim

Oceniany aspekt badania	Poziom oczekiwań	Poziom zadowolenia (ocena stanu bieżącego)	Maksymalny poziom oczekiwań	Względna luka jakościowa	Bezwzględna luka jakościowa
1. Wygląd budynków, korytarzy, sal zabiegowych	3,96	3,71	5,00	0,25	1,29
2. Wygląd i jakość łazienek, toalet	4,09	3,60	5,00	0,49	1,40
3. Jakość łóżek i ich dostosowanie do potrzeb pacjenta	4,11	3,63	5,00	0,48	1,37
4. Czystość na salach pacjentów oraz czystość sanitariatów	4,34	4,20	5,00	0,14	0,80
5. Jakość posiłków (np. ilość, sposób podania, dostosowanie do różnych schorzeń (dieta)	4,01	3,43	5,00	0,58	1,57
6. Czas oczekiwania na leczenie	4,22	3,73	5,00	0,49	1,27
7. Dostępność badań na terenie placówki (bez konieczności	4,23	4,04	5,00	0,19	0,96

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

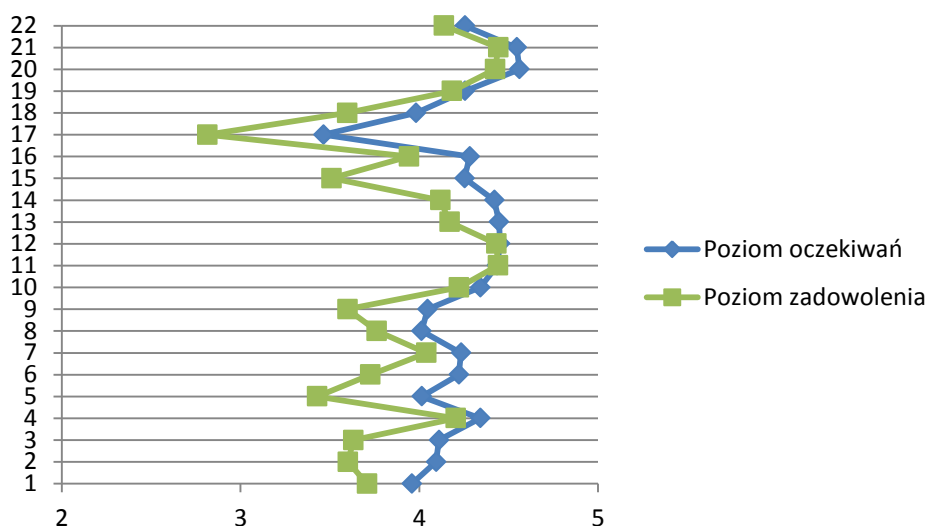


Oceniany aspekt badania	Poziom oczekiwania	Poziom zadowolenia (ocena stanu bieżącego)	Maksymalny poziom oczekiwania	Względna luka jakościowa	Bezwzględna luka jakościowa
przemieszczania się do innej)					
8. Łatwy dostęp pacjenta do informacji na temat oferty usług i czasu oczekiwania (np. telefonicznie, na stronach internetowych)	4,01	3,76	5,00	0,25	1,24
9. Łatwości dodzwonienia się uzyskania informacji	4,05	3,60	5,00	0,45	1,40
10. Sposób zwracania się do pacjenta na izbie przyjęć (uprzejmość, poszanowanie godności)	4,34	4,22	5,00	0,12	0,78
11. Sposób zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki) (uprzejmość, poszanowanie godności)	4,44	4,44	5,00	0,00	0,56
12. Sposób zwracania się do pacjenta przez lekarzy (uprzejmość, poszanowanie godności)	4,45	4,43	5,00	0,02	0,57
13. Łatwość uzyskania od lekarza pełnej informacji na temat stanu zdrowia	4,45	4,17	5,00	0,28	0,83
14. Precyzyjne i jasne wyjaśnienie przez lekarza zagrożeń, metod leczenia	4,42	4,12	5,00	0,30	0,88
15. Dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, chorych, po operacjach, zabiegach	4,25	3,51	5,00	0,74	1,49
16. Dostęp (przekazanie przez personel) do informacji o dalszym leczeniu, postępowaniu w chorobie (np. o metodach rehabilitacji, wskazówkach żywieniowych)	4,28	3,94	5,00	0,34	1,06
17. Dostęp do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań	3,46	2,81	5,00	0,65	2,19
18. Dostępność informacji o prawach pacjenta, w tym możliwości i sposobach postępowania w przypadku chęci zgłoszenia skargi	3,98	3,60	5,00	0,39	1,40
19. Szybkość reagowania personelu na potrzeby (nie nagłe, niezwiązane z zagrożeniem życia) pacjenta	4,26	4,18	5,00	0,07	0,82
20. Kwalifikacje lekarzy – ocena	4,56	4,42	5,00	0,14	0,58

Oceniany aspekt badania	Poziom oczekiwań	Poziom zadowolenia (ocena stanu bieżącego)	Maksymalny poziom oczekiwań	Względna luka jakościowa	Bezwzględna luka jakościowa
profesjonalizmu działania i zachowania					
21. Kwalifikacje pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania	4,54	4,44	5,00	0,10	0,56
22. Ogólna opinia na temat placówki w regionie	4,25	4,14	5,00	0,12	0,86

Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wykres 4.10. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w badanych placówkach medycznych



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

Największa luka jakościowa względna dla omawianych cech wystąpiła w następujących pozycjach:

- Dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, chorych, po operacjach, zabiegach;
- Dostęp do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań;
- Jakość posiłków (np. ilość, sposób podania, dostosowanie do różnych schorzeń (dieta)).

Najmniejsza luka jakościowa względna wystąpiła dla następujących twierdzeń ocenianych przez pacjentów:

- Sposób zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki) (uprzejmość, poszanowanie godności);
- Sposób zwracania się do pacjenta przez lekarzy (uprzejmość, poszanowanie godności);
- Szybkość reagowania personelu na potrzeby (nie nagłe, niezwiązane z zagrożeniem życia) pacjenta.



Największa luka jakościowa bezwzględna wystąpiła dla cech:

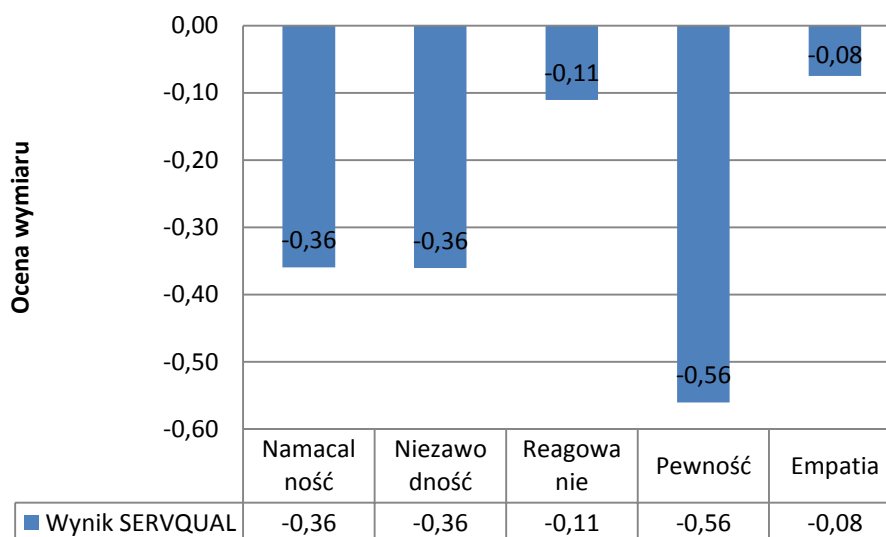
- Dostęp do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań;
- Jakość posiłków (np. ilość, sposób podania, dostosowanie do różnych schorzeń (dieta);
- Dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, chorych, po operacjach, zabiegach.

Najmniejsza luka jakościowa bezwzględna wystąpiła dla cech:

- Sposób zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki) (uprzejmość, poszanowanie godności);
- Sposób zwracania się do pacjenta przez lekarzy (uprzejmość, poszanowanie godności);
- Kwalifikacje pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania;
- Kwalifikacje lekarzy – ocena profesjonalizmu działania i zachowania.

W kolejnym etapie badania wyznaczono ogólną ocenę nieważoną oraz ważoną w oparciu o metodę SERVQUAL. Wynik nieważony SQ (dla wszystkich pacjentów uczestniczących w badaniu), wynosi -0,29. Natomiast wyniki uzyskane dla poszczególnych wymiarów przedstawiono na kolejnym rysunku.

Wykres 4.11. Średnie nieważone wyniki SERVQUAL dla poszczególnych analizowanych wymiarów oceny



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

Otrzymane wyniki dla wszystkich pięciu analizowanych wymiarów SERVQUAL wskazują na istnienie stosunkowo niewielkich różnic pomiędzy oczekiwaniami klientów, a rzeczywistą oceną poziomu świadczonych usług we wszystkich analizowanych wymiarach. Wszystkie analizowane wymiary uzyskały ujemny wynik, ale nie są to wartości duże. Otrzymane ujemne wyniki w przypadku badania dotyczącego usług nie są zaskoczeniem. Najczęściej, w przypadku tego typu analiz, mamy do czynienia z sytuacją maksymalnych oczekiwań pacjentów, co w praktyce oznacza, że ocena rzeczywistego poziomu świadczonych usług prawie nigdy nie przewyższy oczekiwań, a jedynie będzie mogła zbliżyć się do ich poziomu. W związku z powyższym ujemne wyniki nie zawsze świadczą o złym funkcjonowaniu badanego podmiotu. Dopiero duże wartości ujemne mogą być interpretowane jako istotny problem w zakresie analizowanego obszaru.

Najgorzej ocenionym wymiarem jest wymiar określany jako pewność w przypadku, którego różnica między jakością postrzeganą a oczekiwaną wyniosła $-0,56$. Oznacza to, że placówki medyczne biorące udział w badaniu zostały najgorzej ocenione pod względem:

- dostosowania pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, chorych, po operacjach, zabiegach;
- dostępu (przekazanie przez personel) do informacji o dalszym leczeniu, postępowaniu w chorobie (np. o metodach rehabilitacji, wskazówkach żywieniowych);
- dostępu do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań;
- dostępności informacji o prawach pacjenta, w tym możliwości i sposobie postępowania w przypadku chęci zgłoszenia skargi.

Zdecydowanie najmniejsze różnice odnotowano w przypadku wymiaru *empatia*, dla którego różnica między jakością postrzeganą a oczekiwaną wyniosła jedynie $-0,08$. Pacjenci biorący udział w badaniu w przypadku tego wymiaru nie dostrzegają w zasadzie różnic pomiędzy swoimi oczekiwaniami a poziomem ich spełniania przez badane placówki medyczne w odniesieniu do:

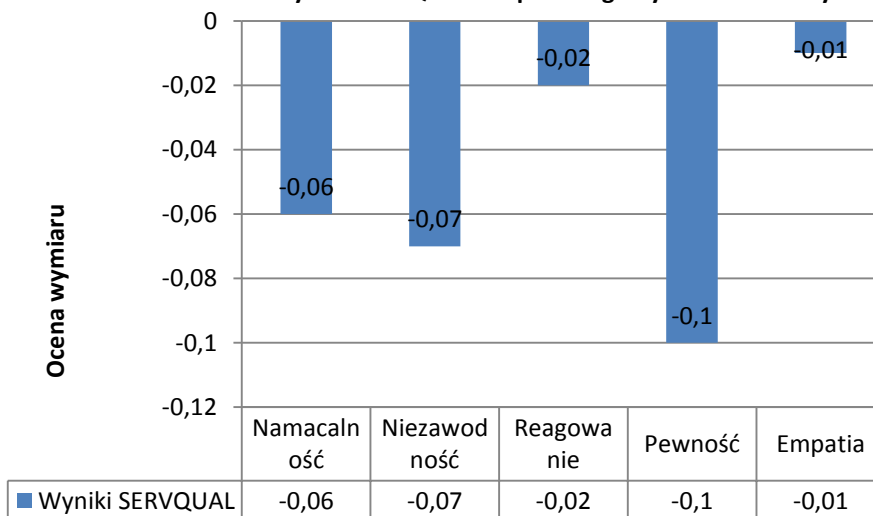
- szybkości reagowania personelu na potrzeby (nie nagłe, niezwiązane z zagrożeniem życia) pacjenta;
- kwalifikacji lekarzy – ocena profesjonalizmu działania i zachowania;
- kwalifikacji pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania;
- ogólnej opinii na temat placówki w regionie.

W ramach kolejnego etapu badania wyznaczono ważony wynik SQ przy wyznaczaniu, którego uwzględniono dodatkowo relatywne znaczenie poszczególnych wymiarów wyznaczone na podstawie ocen pacjentów.

Ogólny wynik ważony SQ okazał się nieco niższy niż wynik nieważony i wyniósł **-0,27**. Otrzymano również zdecydowanie niższe oceny poszczególnych wymiarów. Oceny poszczególnych wymiarów są zdecydowanie mniej zróżnicowane, co wskazuje stosunkowo niewielkie zróżnicowanie ważności poszczególnych wymiarów wskazywanych przez pacjentów biorących udział w badaniu. Wyniki tego etapu badania przedstawiono na kolejnym rysunku.



Wykres 4.12. Średnie ważone wyniki SERVQUAL dla poszczególnych analizowanych wymiarów oceny



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W podobny sposób obliczono nieważone oraz ważone oceny poszczególnych wymiarów dla wszystkich placówek medycznych biorących udział w badaniu. Zbiorcze wyniki tego etapu badania przedstawiono w kolejnej tabeli. Kolorem czerwonym zaznaczono największe różnice pomiędzy oczekiwaniem pacjentów a postrzeganiem poszczególnych elementów oceny jakości obsługi przez pacjentów. Oceny ujemne oznaczają, że oczekiwania pacjentów przewyższają ich ocenę świadczonych usług. Oceny dodatnie odwrotnie wskazują, że ocena świadczonych usług przewyższa oczekiwania pacjentów.

Dodatkowo szczegółowe wyniki dla poszczególnych placówek medycznych przedstawiono w Załączniku nr 16.

Tabela 4.81. Średnie nieważone⁵³ oraz ważone⁵⁴ wyniki SERVQUAL dla poszczególnych analizowanych wymiarów oceny w badanych szpitalach

Placówka medyczna	SQ	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
Wojewódzki Szpital Zespolony im. św. Barbary w Sosnowcu	SQ nieważony	0,12	0,42	0,33	-0,48	0,45
	SQ ważony	0,02	0,07	0,07	-0,09	0,12
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku	SQ nieważony	-0,33	-0,56	-0,28	-0,19	-0,14
	SQ ważony	-0,06	-0,10	-0,06	-0,03	-0,03
Wojewódzki	SQ	Wymiar oceny				

⁵³ Ocena nieważona wyznaczana jest na podstawie różnic ocen poziomu oczekiwań pacjentów oraz poziomu zadowolenia w ramach badanego wymiaru oceny.

⁵⁴ Przy wyznaczaniu oceny ważonej uwzględnia się wagi nadane przez pacjentów dla poszczególnych wymiarów. Wyznaczone średnie wagi dla poszczególnych wymiarów mnoży się przez ich oceny w ramach poszczególnych wymiarów.



Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	nieważony	Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,56	-0,48	-0,05	-0,95	-0,18
	SQ ważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,09	-0,07	-0,01	-0,15	-0,04
	SQ nieważony	Wymiar oceny				
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,30	-0,38	-0,35	-0,43	-0,23
	SQ ważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,06	-0,08	-0,07	-0,07	-0,05
	SQ nieważony	Wymiar oceny				
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,74	-0,66	-0,06	-1,05	-0,27
	SQ ważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,14	-0,13	-0,01	-0,20	-0,06
	SQ nieważony	Wymiar oceny				
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,23	-0,17	0,08	-0,29	-0,05
	SQ ważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,04	-0,03	0,07	-0,05	-0,01
	SQ nieważony	Wymiar oceny				
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,55	-1,35	-0,51	-1,55	-0,22
	SQ ważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,09	-0,34	-0,11	-0,24	-0,05
	SQ nieważony	Wymiar oceny				
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 im. prof. J. Gasińskiego w Tychach		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,43	-0,22	-0,20	-0,21	-0,05
	SQ ważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,08	-0,04	-0,05	-0,04	-0,01
	SQ nieważony	Wymiar oceny				
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,20	-0,18	-0,15	-0,30	-0,17
	SQ ważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,04	-0,03	-0,03	-0,05	-0,04
	SQ nieważony	Wymiar oceny				
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,96	-0,86	-0,27	-1,13	-0,43
	SQ ważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,18	-0,18	-0,05	-0,21	-0,09
	SQ nieważony	Wymiar oceny				
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,34	-0,23	-0,14	-0,44	-0,20

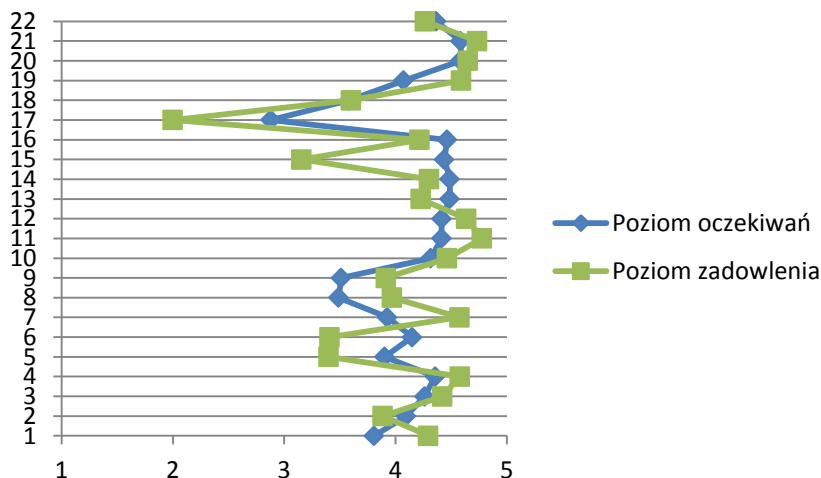


	SQ ważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
		-0,07	-0,05	-0,03	-0,08	-0,04
Szpital Specjalistyczny w Zabrze	SQ nieważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
	-0,53	-0,43	-0,08	-0,35	-0,25	
	SQ ważony	Wymiar oceny				
Namacalność		Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia	
-0,09	-0,08	-0,02	-0,05	-0,06		
Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	SQ nieważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
	-0,51	-0,42	-0,11	-1,26	0,04	
	SQ ważony	Wymiar oceny				
Namacalność		Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia	
-0,07	-0,08	-0,03	-0,20	0,01		
Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicac h Śląskich	SQ nieważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
	-0,17	-0,12	0,06	-0,27	0,16	
	SQ ważony	Wymiar oceny				
Namacalność		Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia	
-0,04	-0,02	0,01	-0,04	0,04		
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	SQ nieważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
	0,11	-0,47	-0,37	-0,69	-0,27	
	SQ ważony	Wymiar oceny				
Namacalność		Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia	
0,02	-0,09	-0,08	-0,11	-0,07		
Szpital Kolejowy w Wilkowycach- Bystrej	SQ nieważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
	-0,61	-0,24	-0,06	-0,35	-0,01	
	SQ ważony	Wymiar oceny				
Namacalność		Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia	
-0,09	-0,06	-0,02	-0,04	0,00		
Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie	SQ nieważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
	-0,37	-0,16	0,09	-0,69	0,17	
	SQ ważony	Wymiar oceny				
Namacalność		Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia	
-0,06	-0,03	0,02	-0,13	0,04		
Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	SQ nieważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
	0,08	0,05	0,12	-0,07	0,17	
	SQ ważony	Wymiar oceny				
Namacalność		Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia	
0,01	0,01	0,03	-0,01	0,04		
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatr yczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu	SQ nieważony	Wymiar oceny				
		Namacalność	Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia
	-0,21	-0,16	-0,07	-0,23	0,08	
	SQ ważony	Wymiar oceny				
Namacalność		Niezawodność	Reagowanie	Pewność	Empatia	
-0,04	-0,03	-0,02	-0,04	0,02		

Źródło: Opracowanie własne



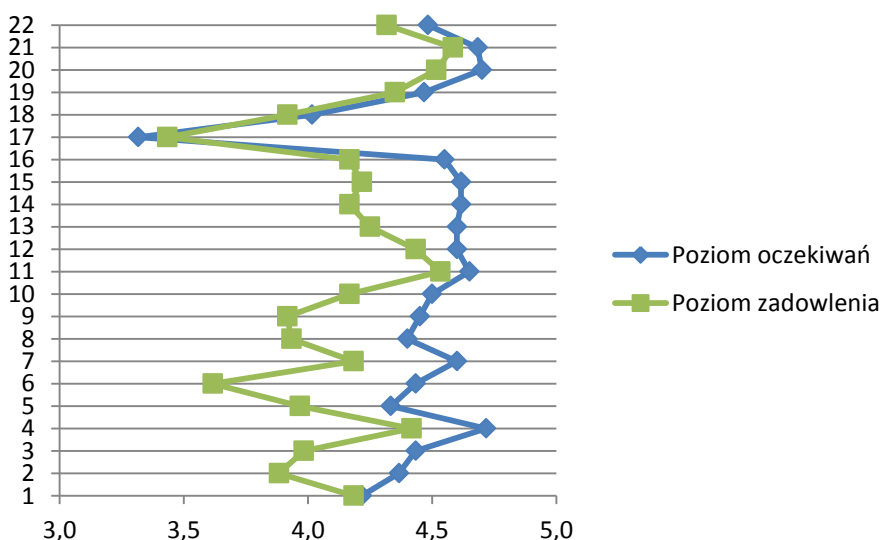
Wykres 4.13. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. św. Barbary w Sosnowcu



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

Uczestniczący w badaniu pacjenci Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. św. Barbary w Sosnowcu najwyżej ocenili „Sposób zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki) (uprzejmość, poszanowanie godności)” oraz „Kwalifikacje pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania” – oceny powyżej 4,7. Najniższą ocenę uzyskał natomiast „Dostęp do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań” – ocena 2,0, jednak aspekt ten został również najniżej oceniony jeżeli chodzi o poziom oczekiwań – jedyna ocena poniżej 3,0. Najwyższe oczekiwania pacjenci mają co do „Kwalifikacji lekarzy – ocena profesjonalizmu działania i zachowania” oraz „Kwalifikacji pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania”.

Wykres 4.14. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku

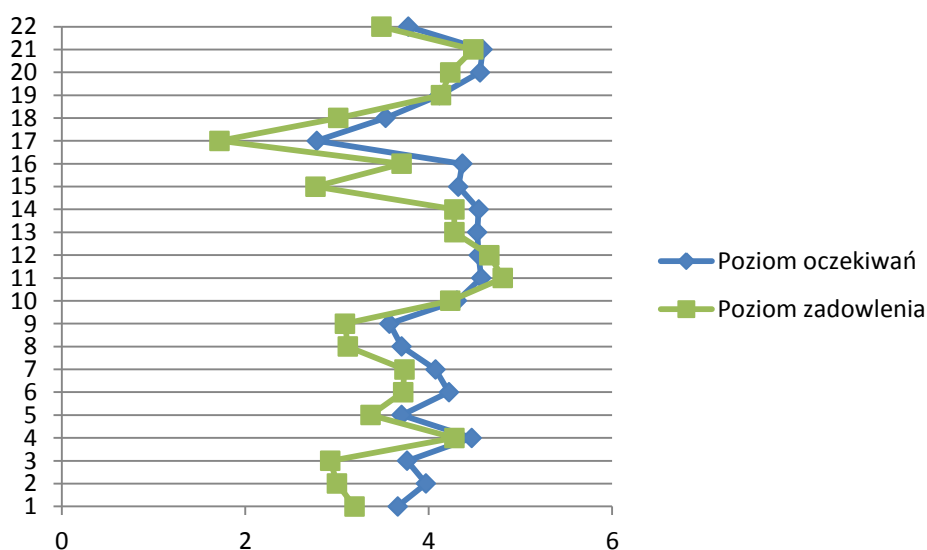


Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012



Pacjenci Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 3 w Rybniku najwyżej ocenili takie elementy jak: „Kwalifikacje lekarzy – ocena profesjonalizmu działania i zachowania”, „Sposób zwracania się do pacjenta przez lekarzy (uprzejmość, poszanowanie godności)” oraz „Kwalifikacje pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania” (ocena powyżej 4,5). Co do tych elementów, jak również do „Czystości na salach pacjentów oraz czystości sanitariatów”, pacjenci mają najwyższe oczekiwania. Podobnie, jak w przypadku placówki nr 1, najniżej oceniono „Dostęp do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań”, ale również poziom oczekiwań jest tu najniższy.

Wykres 4.15. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

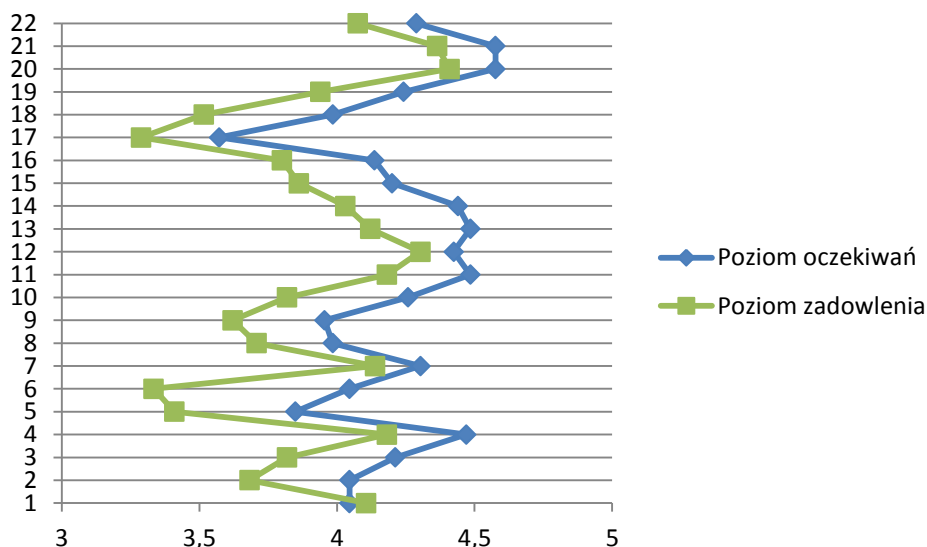


Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W przypadku Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, najwyżej ocenionymi aspektami są: „Sposób zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki) (uprzejmość, poszanowanie godności)” oraz „Sposób zwracania się do pacjenta przez lekarzy (uprzejmość, poszanowanie godności)”, a najniżej „Dostęp do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań” (tu również najniższy poziom oczekiwań) oraz „Dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, chorych, po operacjach, zabiegach”. Najwyższe oczekiwania pacjenci mają odnośnie „Kwalifikacji pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania”.



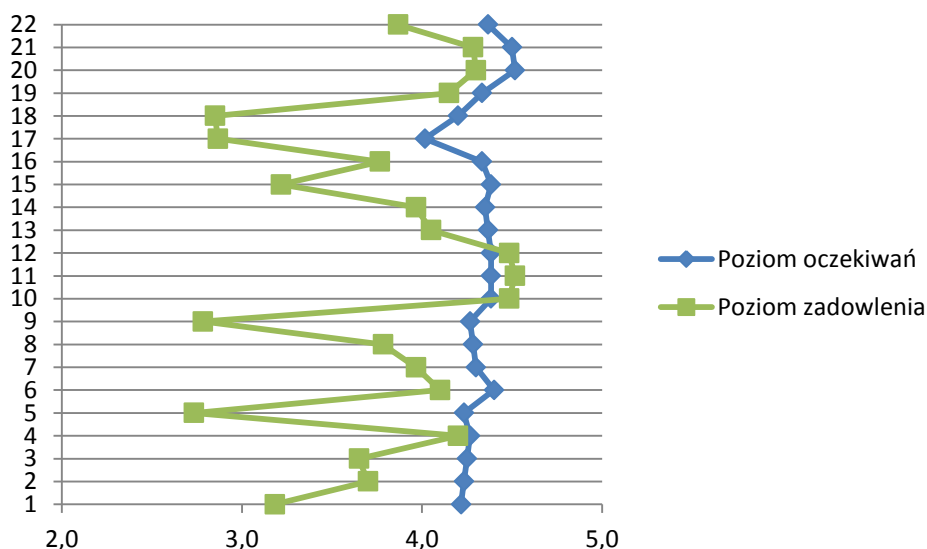
Wykres 4.16. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej najwyżej zostały ocenione elementy takie, jak: „Kwalifikacje lekarzy – ocena profesjonalizmu działania i zachowania” oraz „Kwalifikacje pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania”. Co do tych kryteriów oceny pacjenci mają również najwyższe oczekiwania. W placówce tej najniższa ocena zarówno poziomu oczekiwań jak i poziomu zadowolenia przypadły „Dostępowi do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań”.

Wykres 4.17. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu

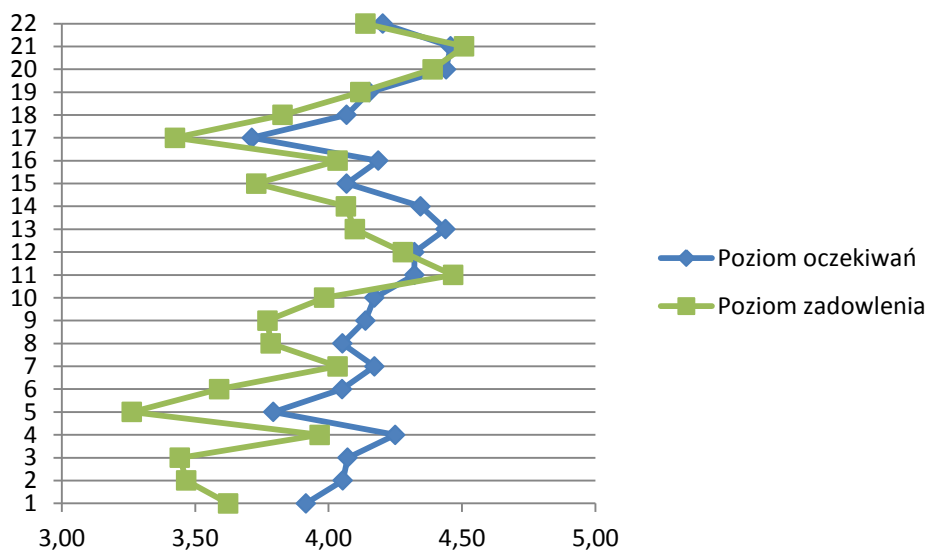


Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012



Na powyższym wykresie wyraźnie widać, że w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu, w wielu przypadkach poziom zadowolenia pacjentów jest znacznie niższy niż poziom oczekiwań. Najniżej oceniono „łatwość dodzwonienia się, uzyskania informacji”, najwyżej natomiast „Sposób zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki) (uprzejmość, poszanowanie godności)”. Poziom oczekiwań jest dosyć wyrównany, wyraźnie niższy jedynie w przypadku „Dostępu do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań”.

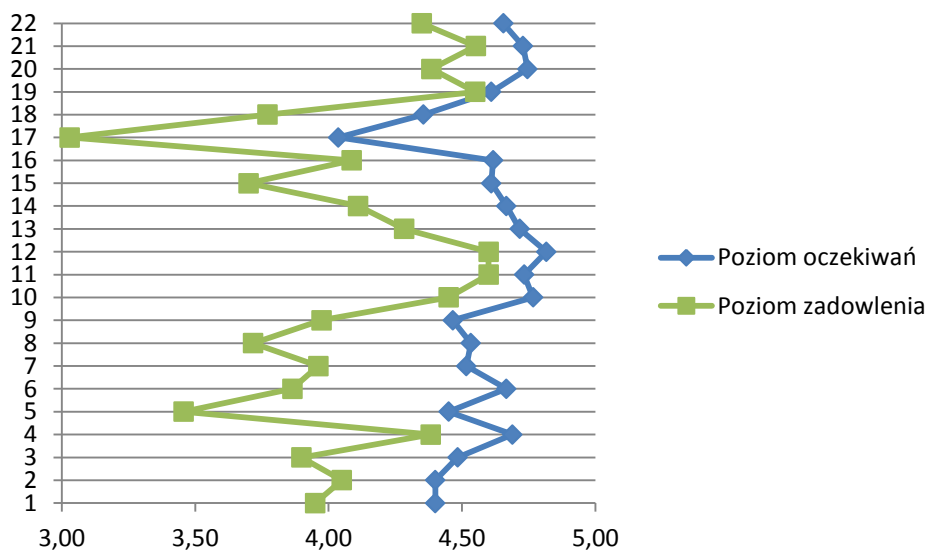
Wykres 4.18. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Jastrzębiu Zdroju



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Jastrzębiu Zdroju, pacjenci są najbardziej zadowoleni z: „Kwalifikacji pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania” oraz ze „Sposobu zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki) (uprzejmość, poszanowanie godności)”, najmniej natomiast z: „Dostępu do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań” i „Jakości posiłków (np. ilość, sposób podania, dostosowanie do różnych schorzeń (dieta)”. Co do dwóch ostatnich, mają oni również najniższe oczekiwania, najwyższe zaś co do „Kwalifikacji pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania”.

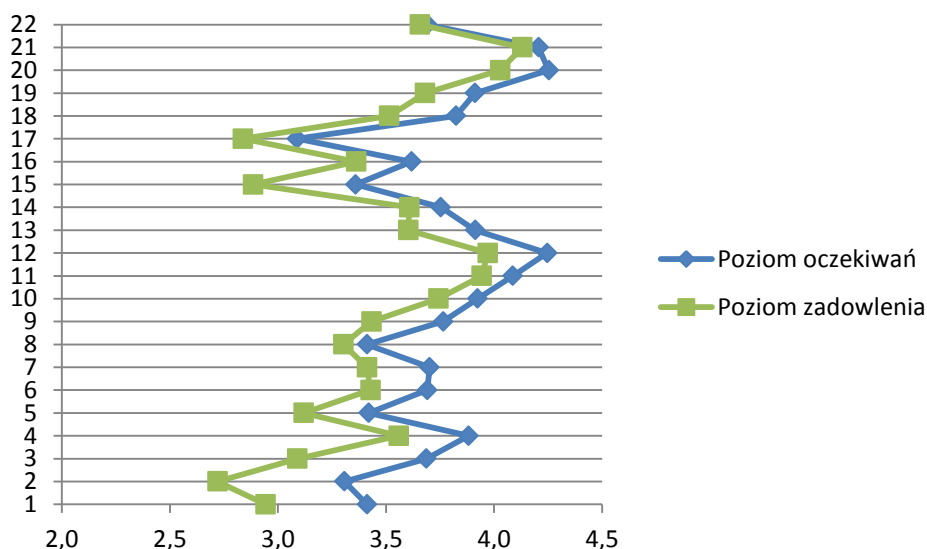
Wykres 4.19. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu im. St. Leszczyńskiego w Katowicach



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W Szpitalu im. St. Leszczyńskiego w Katowicach, w każdym z elementów poziom oczekiwań jest wyższy niż poziom zadowolenia. Najniższy poziom zadowolenia oraz najniższy poziom oczekiwań odnotowano dla „Dostępu do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań”. Najwyżej oceniono sposób zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy oraz przez lekarzy i wobec tych elementów pacjenci mają też wysokie oczekiwania.

Wykres 4.20. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

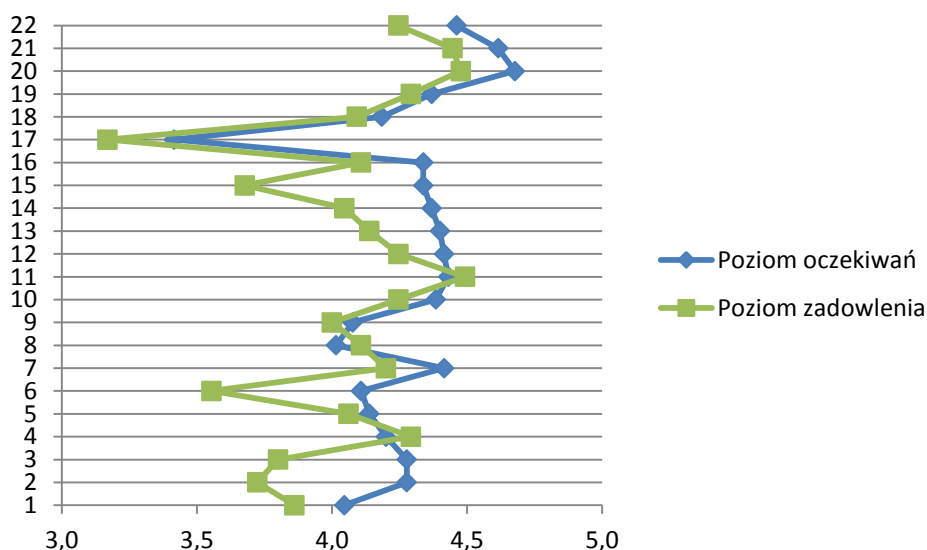


Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012



Powyższy wykres pokazuje, że w wielu przypadkach, w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, poziom oczekiwań jest zbliżony do poziomowi zadowolenia. Najmniej pacjenci są zadowoleni z „Wyglądu i jakości łazienek, toalet”, najbardziej zaś z „Kwalifikacji pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania”. Poziom oczekiwań jest najniższy w przypadku „Dostępu do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań”, a najwyższy wobec „Kwalifikacji lekarzy – ocena profesjonalizmu działania i zachowania” i „Sposobu zwracania się do pacjenta przez lekarzy (uprzejmość, poszanowanie godności)”.

Wykres 4.21. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

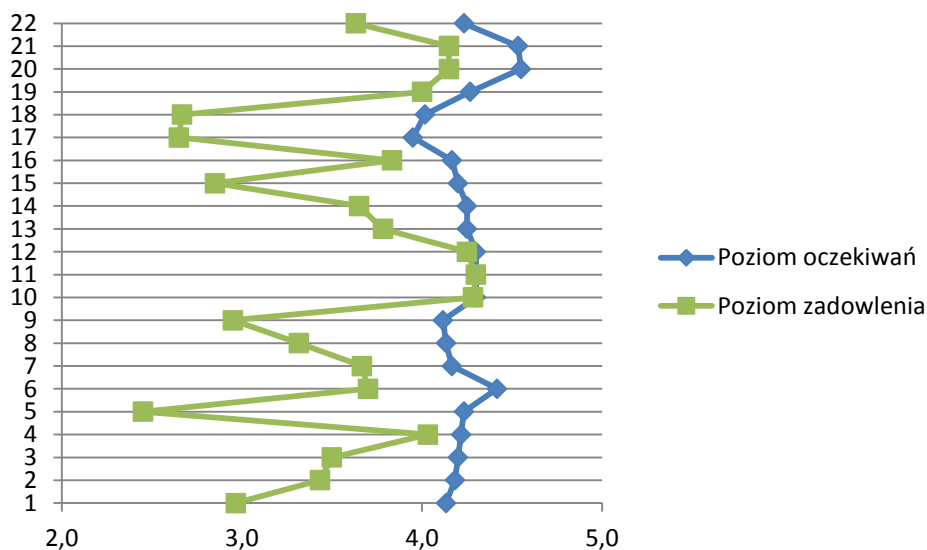


Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

Również w przypadku Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, poziom oczekiwań oraz poziom zadowolenia jest najniższy dla elementu: „Dostęp do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań”. Najwyższy poziom zadowolenia odnotowano w przypadku „Sposobu zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki) (uprzejmość, poszanowanie godności)” oraz „Kwalifikacji lekarzy – ocena profesjonalizmu działania i zachowania”. Co do tego ostatniego, pacjenci mają najwyższe oczekiwania.



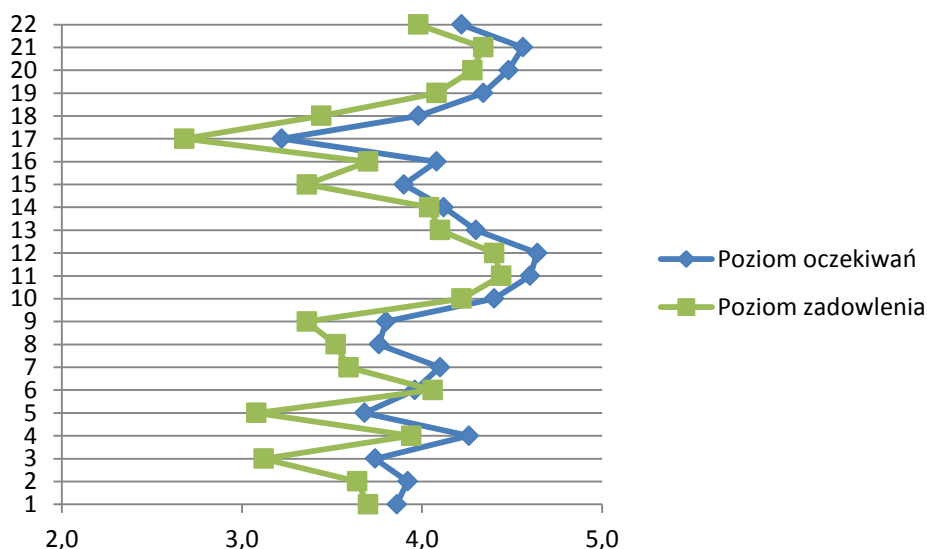
Wykres 4.22. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

Podobnie, jak w przypadku Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu, dla wielu aspektów poziom zadowolenia pacjentów jest znacznie niższy niż ich poziom oczekiwań. Najniższy poziom zadowolenia przypada dla elementu „Jakość posiłków (np. ilość, sposób podania, dostosowanie do różnych schorzeń (dieta), najwyższy dla sposobu zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy, przez lekarzy oraz na izbie przyjęć. Poziom oczekiwań jest dość wyrównany, najwyższy dla kwalifikacji lekarzy oraz pielęgniarek (powyżej 4,5).

Wykres 4.23. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie

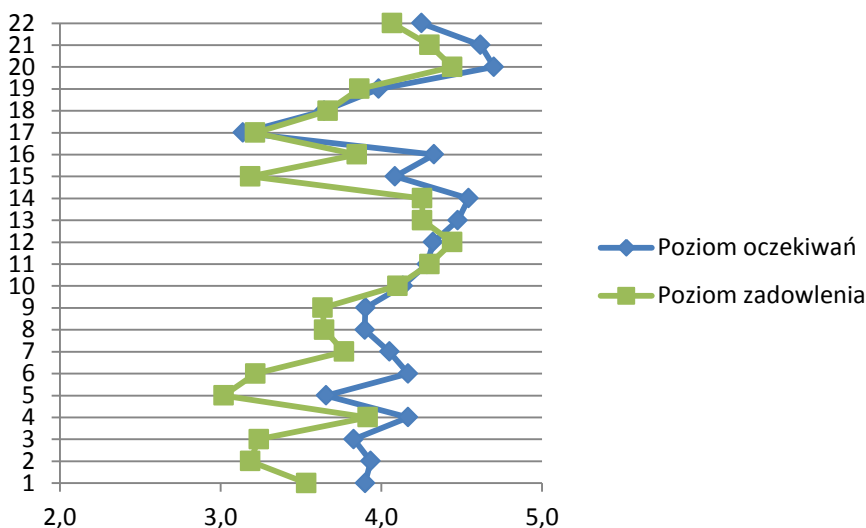


Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012



Tak jak w przypadku kilku innych placówek, najniżej oceniono (zarówno pod względem zadowolenia, jak i oczekiwań), „Dostęp do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań”. Najwyższe oczekiwania pacjenci mają co do sposobu zwracania się do pacjenta przez lekarzy i personel pomocniczy, z tych elementów są też najbardziej zadowoleni.

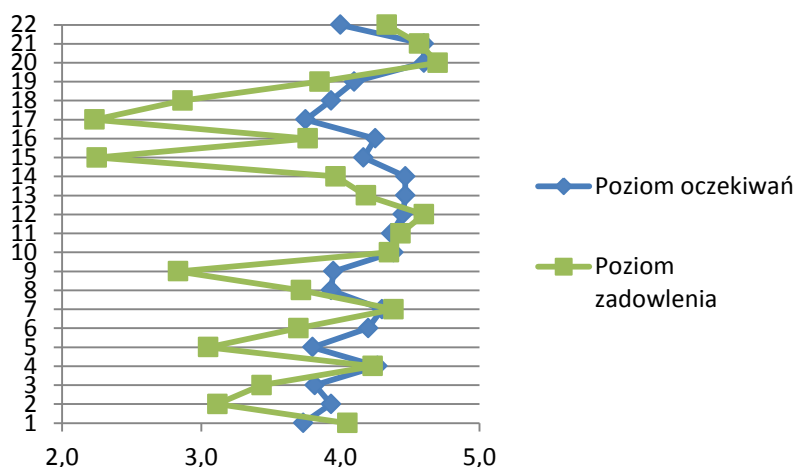
Wykres 4.24. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze, pacjenci najniżej ocenili „Jakość posiłków (np. ilość, sposób podania, dostosowanie do różnych schorzeń (dieta)”, a najwyżej „Kwalifikacje lekarzy – ocena profesjonalizmu działania i zachowania” i „Sposób zwracania się do pacjenta przez lekarzy (uprzejmość, poszanowanie godności)”. Co do kwalifikacji lekarzy, mają też najwyższe oczekiwania.

Wykres 4.25. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach

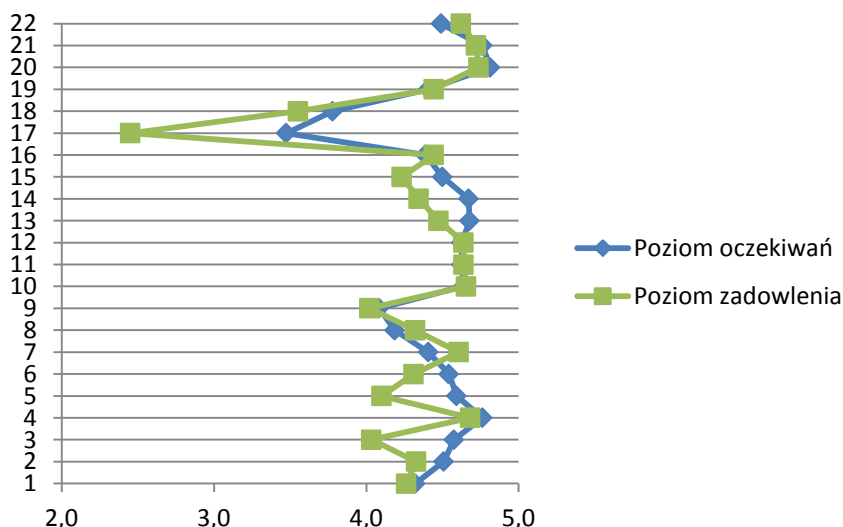


Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012



W Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach, poziom zadowolenia jest najniższy dla elementów: „Dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, chorych, po operacjach, zabiegach” i „Dostęp do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań”, a najwyższy dla „Kwalifikacje lekarzy – ocena profesjonalizmu działania i zachowania” (i tu też najwyższe oczekiwania) oraz „Sposób zwracania się do pacjenta przez lekarzy (uprzejmość, poszanowanie godności)”. Niskie oczekiwania pacjenci mają względem „Wyglądu budynków, korytarzy, sal zabiegowych”.

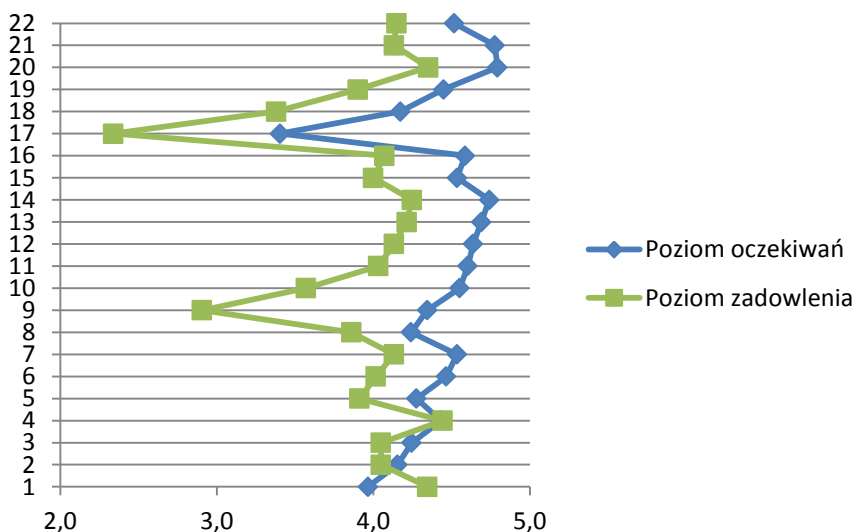
Wykres 4.26. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich również wyraźnie najniżej oceniono (zarówno pod względem zadowolenia, jak i oczekiwań), „Dostęp do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań”. Najwyższy poziom oczekiwań i najwyższy poziom zadowolenia pokrywają się w kilku przypadkach, np. kwalifikacje lekarzy, pielęgniarek, czy czystość na salach pacjentów oraz czystość sanitariatów.

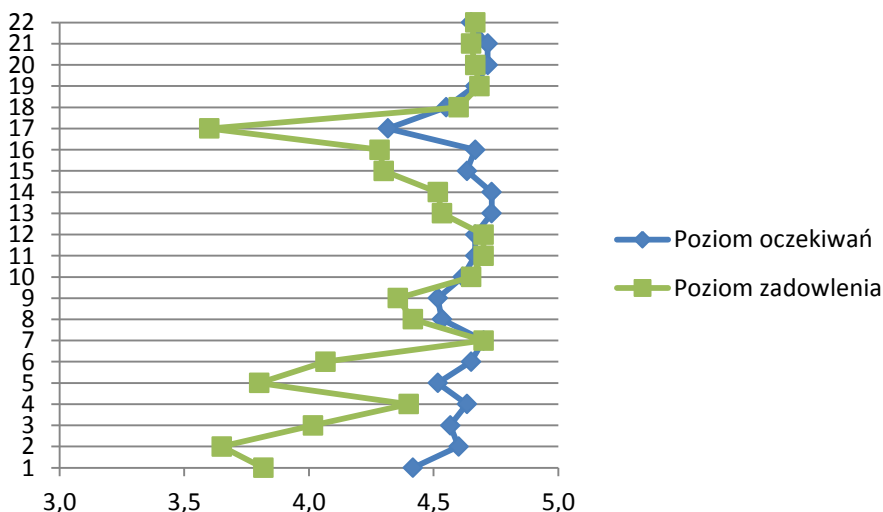
Wykres 4.27. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

Oprócz „Dostępu do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań”, pacjenci Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu nisko ocenili „łatwość dodzwonienia się, uzyskania informacji”. Wysoką ocenę uzyskały czynniki „Wygląd budynków, korytarzy, sal zabiegowych”, „Czystość na salach pacjentów oraz czystość sanitariatów” i „Kwalifikacje lekarzy – ocena profesjonalizmu działania i zachowania”. Co do ostatniego elementu, pacjenci mają najwyższe oczekiwania.

Wykres 4.28. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu Kolejowym w Wilkowicach-Bystrej



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

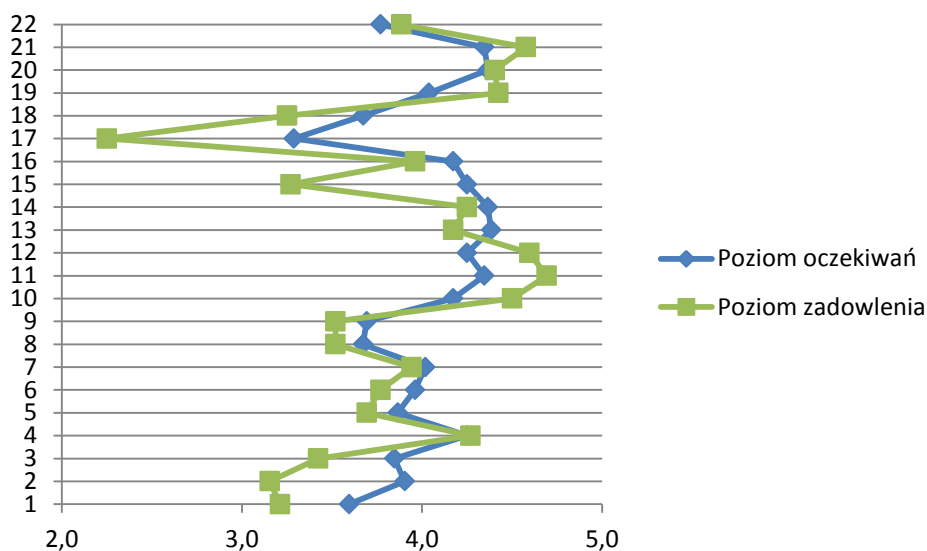
W przypadku Szpitala Kolejowego w Wilkowicach-Bystrej, oprócz elementu nr 17, najniżej oceniono: „Wygląd i jakość łazienek, toalet”, „Wygląd budynków, korytarzy, sal zabiegowych”, „Jakość posiłków

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



(np. ilość, sposób podania, dostosowanie do różnych schorzeń (dieta)”. Najlepiej natomiast: sposób zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy i przez lekarzy, „Dostępność badań na terenie placówki (bez konieczności przemieszczania się do innej)”, „Szybkość reagowania personelu na potrzeby (nie nagłe, niezwiązane z zagrożeniem życia) pacjenta”. Co do najwyższej ocenionych elementów, również oczekiwania są najwyższe.

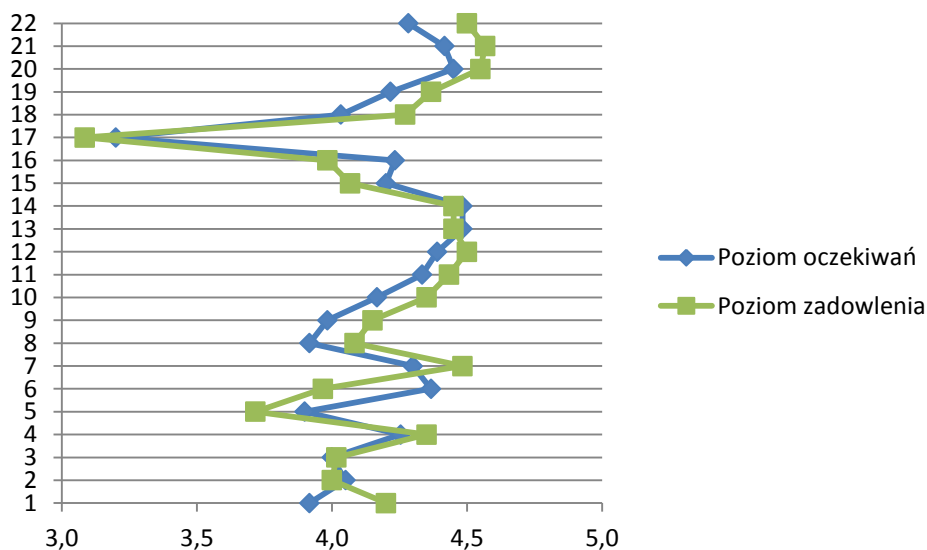
Wykres 4.29. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W przypadku Szpitala Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie, najlepiej oceniono „Sposób zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki) (uprzejmość, poszanowanie godności)”, „Kwalifikacje pielęgniarek – ocena profesjonalizmu działania i zachowania” oraz „Sposób zwracania się do pacjenta przez lekarzy (uprzejmość, poszanowanie godności)”. To tych aspektów, pacjenci mają również najwyższe oczekiwania. Najniższa ocena, jak również poziom oczekiwań, przypadły znowu elementowi 17, trochę wyżej oceniono „Wygląd budynków, korytarzy, sal zabiegowych” oraz „Wygląd i jakość łazienek, toalet”.

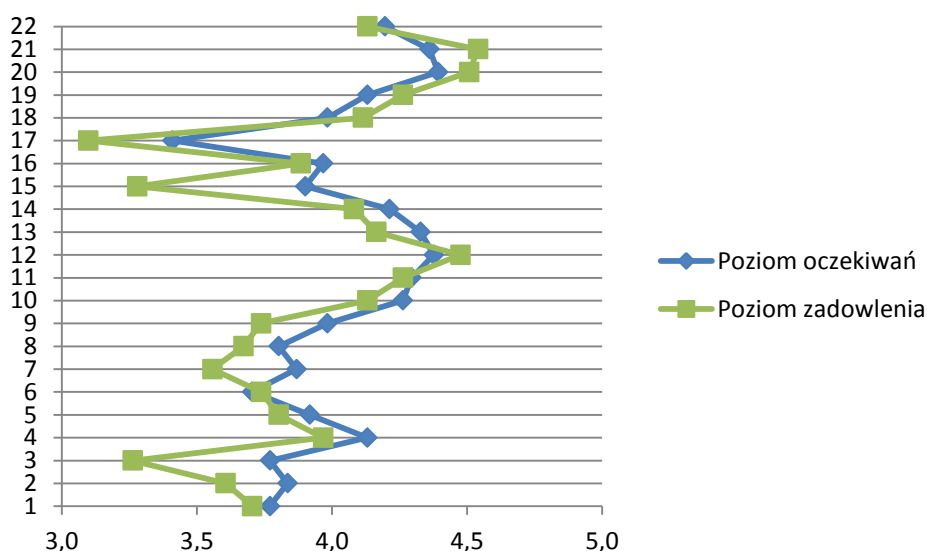
Wykres 4.30. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Specjalistycznym Zespole Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W Specjalistycznym Zespole Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej, większość elementów została oceniona (zarówno w przypadku poziomu zadowolenia jak i oczekiwań pacjentów) między 4 a 4,5. Wyraźnie wyróżnia się najniżej oceniony element nr 17. Pacjenci są najbardziej zadowoleni z kwalifikacji lekarzy i pielęgniarek. Źle na tle innych elementów wypada jakość posiłków.

Wykres 4.31. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu



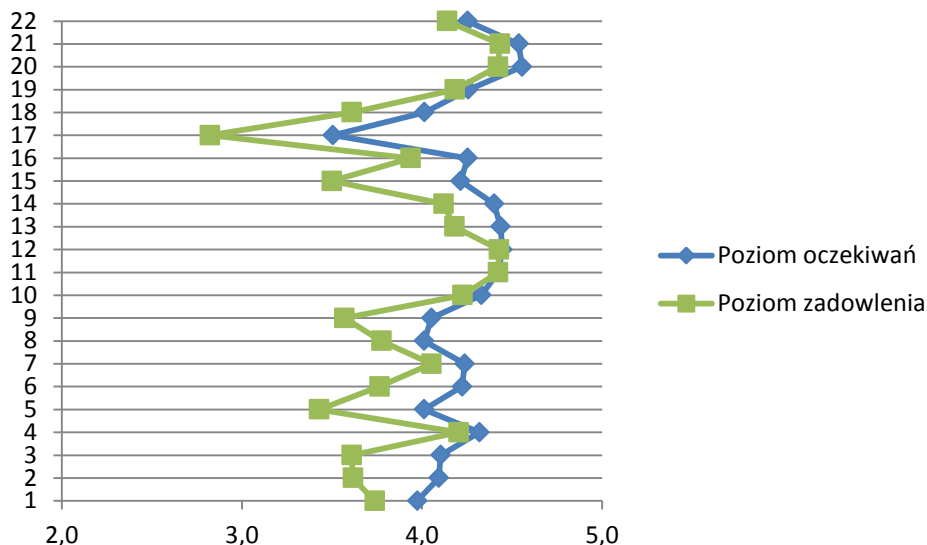
Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

Poza czynnikiem nr 17, najniższy poziom zadowolenia pacjentów dotyczy „Dostosowania pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, chorych, po operacjach, zabiegach” oraz „Jakość



łóżek i ich dostosowanie do potrzeb pacjenta”. Najlepiej oceniono oraz jednocześnie największe oczekiwania pacjentów są wobec: kwalifikacji lekarzy i pielęgniarek oraz sposobu zwracania się do pacjenta przez lekarzy.

Wykres 4.32. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Śląskim Szpitalu Reumatologiczno-Rehabilitacyjnym w Ustroniu

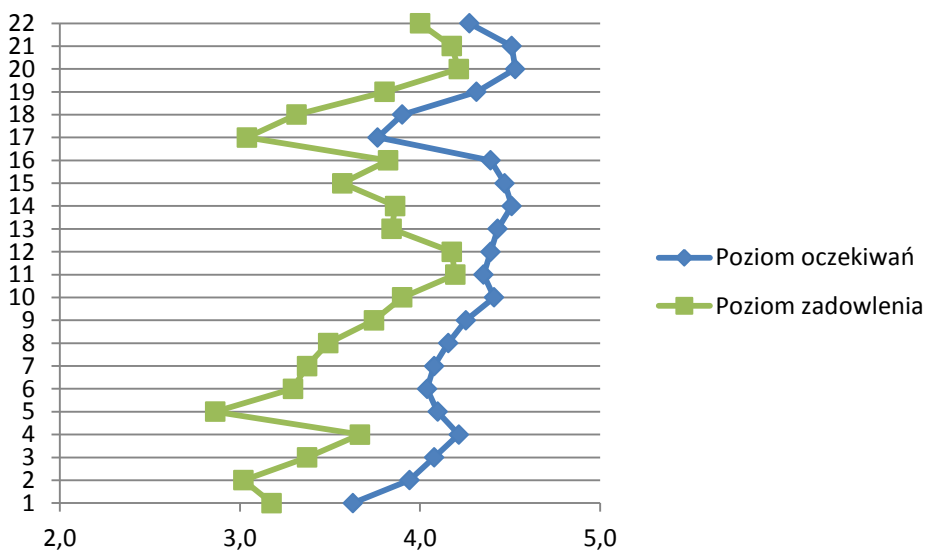


Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W Śląskim Szpitalu Reumatologiczno-Rehabilitacyjnym w Ustroniu, najwyższe oceny zarówno w odniesieniu do poziomu oczekiwań jak i zadowolenia otrzymano dla czterech elementów: kwalifikacje lekarzy i pielęgniarek oraz sposób zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy i przez lekarzy. Natomiast najniższy poziom, zarówno w przypadku oczekiwań jak i deklarowanego poziomu zadowolenia, po raz kolejny otrzymano w przypadku kategorii „Dostęp do informacji na temat wskaźników świadczących o jakości pracy, liczby zgonów, zakażeń szpitalnych, powikłań”.



Wykres 4.33. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

W Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju, pacjenci w przypadku każdego z ocenianych aspektów, mają wyższe oczekiwania w stosunku do deklarowanego poziomu zadowolenia. Najmniej zadowoleni są z jakości posiłków (np. ilość, sposób podania, dostosowanie do różnych schorzeń (dieta), najbardziej z kwalifikacji lekarzy i pielęgniarek, ze sposobu zwracania się do pacjenta przez personel pomocniczy i przez lekarzy. Oczekiwania są tu najniższe względem wyglądu budynków, korytarzy, sal zabiegowych, najwyższe zaś względem kwalifikacji lekarzy i pielęgniarek, „Precyzyjnego i jasnego wyjaśnienia przez lekarza zagrożeń, metod leczenia”, czy „Dostosowania pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, chorych, po operacjach, zabiegach”.

W ramach podsumowania wyników badań poproszono również pacjentów o dokonanie ogólnej oceny jakości obsługi w badanych placówkach medycznych. Pacjenci mieli możliwość dokonania oceny w oparciu o 5-cio stopniową skalę od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało ocenę - bardzo złą, a 5 – ocenę bardzo dobrą. Pacjenci bardzo wysoko ocenili ogólną jakość obsługi w badanych placówkach medycznych; wyznaczona ocena średnia kształtuje się na wysokim poziomie **4,28**. Wyniki tego etapu badania przedstawiono w kolejnej tabeli.



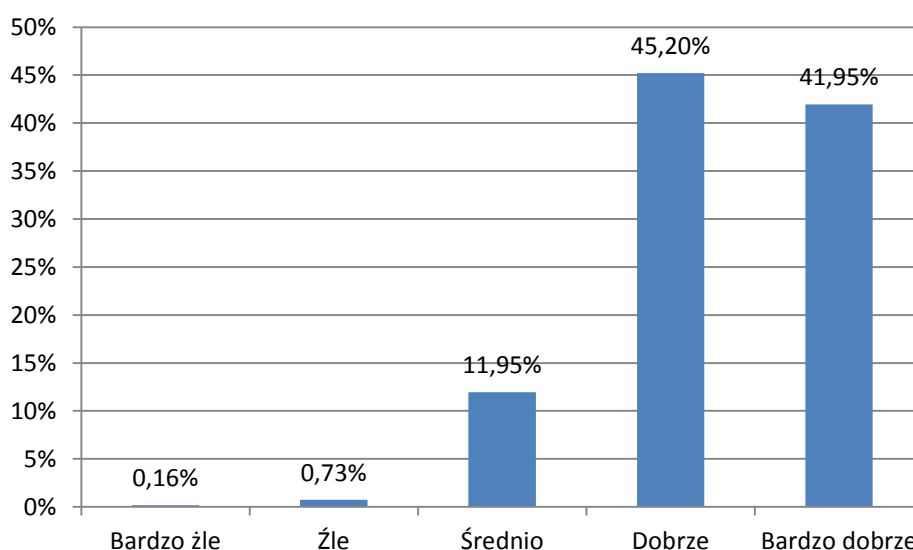
Tabela 4.82. Ogólna ocena jakości obsługi w badanych placówkach medycznych

Średnia arytmetyczna (x)	Odchylenie standardowe (S) ⁵⁵	Współczynnik zmienności ⁵⁶	Min/max	Mediana (M) ⁵⁷
4,28	0,89	20,79 %	1/5	4

Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

Natomiast na kolejnym wykresie przedstawiono szczegółowy rozkład odpowiedzi respondentów.

Wykres 4.34. Szczegółowy rozkład odpowiedzi respondentów dotyczący ogólnej oceny jakości obsługi w badanych placówkach medycznych



Źródło: Badanie opinii pacjentów na temat jakości świadczonych usług medycznych w placówkach SPZOZ funkcjonujących na terenie województwa śląskiego, przeprowadzone na próbie N=1251 w okresie lipiec – sierpień 2012

⁵⁵ Odchylenie standardowe pokazuje jaka jest przeciętna różnica w stosunku do wyznaczonego średniego poziomu oceny.

⁵⁶ Współczynnik zmienności pokazuje poziom zróżnicowania ocen wystawionych przez pacjentów. Wyznaczany jest jako udział odchylenia standardowego w średniej arytmetycznej. Im wyższa jest jego wartość tym wyższy poziom zróżnicowania wystawionych ocen.

⁵⁷ Wartość środkowa.



Z przeprowadzonych badań można wyprowadzić następujące wnioski:



Wnioski

1. W związku z tym, że zwykle ocenę SERVQUAL nie niższą od -1 można przyjąć za wynik pozytywny (ponieważ jakość postrzegana jest na ogół niższa od oczekiwanej), większość otrzymanych ocen dla poszczególnych wymiarów w badanych placówkach medycznych wskazuje, że pacjenci są zadowoleni z jakości świadczonych usług medycznych w tych placówkach.
2. Oceny ważne są zdecydowanie mniej zróżnicowane niż oceny nieważne. Oznacza to raczej małe zróżnicowanie preferencji pacjentów, co do ważności poszczególnych wymiarów oceny.
3. Istotne różnice pomiędzy jakością oczekiwaną i postrzeganą, kształtujące się na poziomie około 1 pkt. lub więcej dotyczyły jedynie wymiaru związanego z pewnością. Oceny na tym poziomie uzyskano w przypadku następujących placówek: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach, Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach.
4. Jest to tak naprawdę jedyny obszar wymagający większej uwagi jeżeli chodzi o podjęcie działań mających na celu niwelowanie różnic pomiędzy oczekiwaniem co do jakości usług świadczonych w badanych szpitalach, a faktyczną oceną jakości tych usług.
5. Badane wagi poszczególnych analizowanych wymiarów z punktu widzenia pacjenta nie pokazują znaczących różnic pomiędzy nimi. Najmniej ważnym obszarem badania z punktu widzenia pacjenta jest wymiar związany z reagowaniem czyli z dostępem do dodatkowych informacji, obejmujący również takie elementy jak: dostosowanie pomieszczeń do potrzeb pacjentów w trakcie leczenia (np. dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, dostęp do informacji o dalszym leczeniu); uprzejmość pracowników i rozumienie potrzeb klientów (dostęp do informacji: co, gdzie i jak załatwić).

5. Benchmarking placówek medycznych województwa śląskiego

5.1. Wskaźnik pomiaru poziomu jakości świadczonych usług i funkcjonowania placówek medycznych



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Wskazanie najbardziej odpowiednich zmiennych do oceny jakości usług medycznych.

Pokazanie ścieżki dojścia do wyodrębnienia zmiennych dotyczących jakości usług medycznych, a w szczególności zróżnicowanego podejścia do oceny jakości wynikającego ze specyfiki samych usług oraz specyfiki usług medycznych.

Wskazanie potencjalnych obszarów w których można doskonalić jakość usług medycznych.

Ocena jakości świadczeń zdrowotnych powinna być ważnym miernikiem opieki zdrowotnej, a **jej głównym celem powinno być zapewnienie takich warunków opieki, aby przy określonych możliwościach finansowych systemu osiągnęte były maksymalnie korzystne efekty dla pacjenta.** Poprawa jakości opieki zdrowotnej jest jednym z priorytetów przyjętych przez Komitet Europejski WHO. Badania jakości usług medycznych prowadzi się w celu ustalenia: „jak jest” i „jak powinno być”. Do takiego podejścia dostosowano się projektując narzędzia oceny jakości usług przez pacjenta – metoda Servqual. Znaczenie jakości usług w przypadku usług medycznych, ma znacznie istotniejszy kontekst i głębszy sens niż podobne badania w innych sektorach. Prowadzone badania wskazują na związki pomiędzy jakością usług, również tą odbieraną subiektywnie przez pacjentów a uzyskiwanym efektem klinicznym i społecznym (powrót do zdrowia, jakość życia, obciążenie dla społeczeństwa).

Aktualnie w Polsce na żadnym z poziomów udzielania świadczeń nie funkcjonuje zunifikowany system kontroli jakości. Z tego względu badania jakości usług medycznych są stale na etapie poszukiwań metodologicznych. Przedstawiona poniżej propozycja rozwiązań jest oparta na opiniach ekspertów, jest to zarazem rozwiązanie osadzone w konkretnych realiach, mające swoje uzasadnienie w teoriach naukowych na temat jakości i jej istoty. Uwzględnia również najnowsze podejście reprezentowane w Polsce, gdyż opiera się na efektach działań wypracowanych w ramach prac na projekcie Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu „Portrety szpitali”, jak również nad inicjatywą Ministerstwa Zdrowia „Sieci szpitali”. Żaden z tych projektów nie został definitywnie zakończony i wdrożony, jednak autorzy uznali, iż warto posługiwać się efektami dotychczasowych prac zaangażowanych w nie specjalistów. **Zaproponowane rozwiązanie powinno podlegać dyskusji i przede wszystkim ewaluacji.** Ewaluacja jest niezbędnym procesem doskonalenia wszelkich projektów, w tym również tych związanych z jakością. Wraz z rozwojem zmieniają się czynniki, które będą miały wpływ na jakość. Kilkadziesiąt lat temu istotnym czynnikiem porównań było wdrożenie systemu jakości czy akredytacji - dziś jak pokazują badania tylko nieliczne podmioty nie mają tego typu systemów, kwestia ta więc traci na znaczeniu jako element oceny.

Na rynku usług medycznych w ostatnich latach zaszły duże zmiany. Zmienił się system funkcjonowania służby zdrowia (między innymi pod kątem samodzielności zakładów, efektywności

funkcjonowania, kontraktowania świadczeń zdrowotnych, wdrażania mechanizmów rynkowych oraz konkurencji).

Z drugiej zaś strony zwiększyły się wymagania ze strony pacjentów, ponieważ dla placówek medycznych pacjent stał się podmiotem. Może pytać, wybierać, oceniać, oczekuje dobrego traktowania ze strony lekarza i personelu pomocniczego. Dostawcy świadczeń coraz częściej muszą liczyć się z jego opinią, i zauważają że jego niezadowolenie może drogo kosztować (przykładem mogą tu być coraz częstsze procesy odszkodowawcze). Pacjent staje się klientem i to klientem coraz bardziej świadomym swoich praw, a w związku z tym bardziej wymagającym i stawiającym warunki. Jako klient często czuje się ważniejszy, dlatego też oczekuje partnerskiego traktowania w procesie leczenia czy diagnozowania. Niesie to ze sobą znaczne konsekwencje dla placówek medycznych, lekarzy i całego systemu ochrony zdrowia.

Rozważania dotyczące jakości produktów opieki zdrowotnej można zacząć od koncepcji A. Donabedian⁵⁸, kluczowej postaci w historii pomiaru jakości w służbie zdrowia. Zdaniem tego autora jakość produktów opieki zdrowotnej można określić jako „**ten rodzaj opieki, w której maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach**”⁵⁹. Rozważania A. Donabedian stanowią optymalny punkt wyjścia, ponieważ operuje on jakością na poziomie samego rdzenia usługi medycznej. W swoich analizach wskazuje, że jakość usługi medycznej stanowią elementy związane z jakością techniczną usługi, zaś takie elementy jak dostępność, ciągłość, koordynację, sprawność traktuje jako czynniki przyczyniające się do jakości, ale jej nie stanowiące. Takie podejście jest jeszcze reprezentowane w niektórych środowiskach, jednak w czasach w których żyjemy wydaje się zbyt wąskie i niewystarczające.

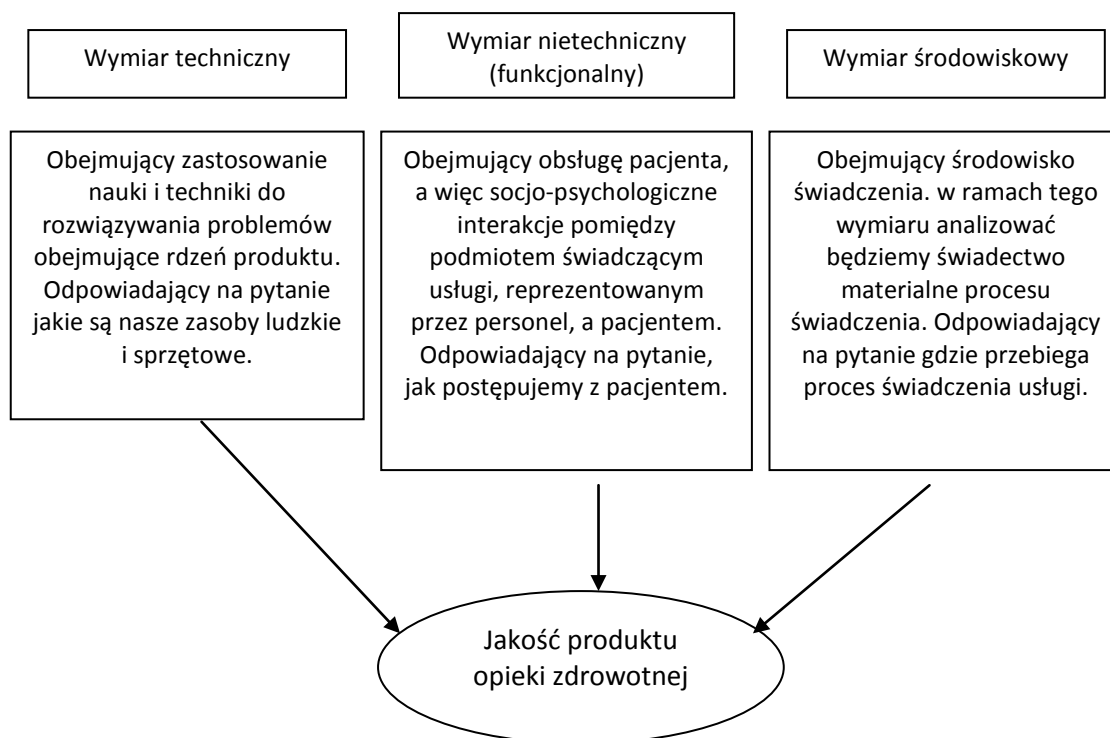
Jakość techniczna wykonania usług w przypadku usług medycznych jest z pewnością bardzo istotna, jednak staje się ona obowiązującym standardem, oczywistością w obliczu życia i zdrowia ludzkiego. Trudno sobie wyobrazić, aby konkurowano odsetkiem przeżywającym operacje. Wprawdzie w niektórych krajach europejskich czy Stanach Zjednoczonych wybór placówki podyktowany jest właśnie wskaźnikami jakości technicznej, publikowanymi przez placówki medyczne, jednak dotyczy to tylko wysokospecjalistycznych procedur.

W przypadku rynku usług medycznych poza jakością techniczną można wyodrębnić **jakość funkcjonalną**. Obszary jakości technicznej i funkcjonalnej powinny być traktowane jako dwa nierozdzielne elementy jakości. W ocenie placówek medycznych pacjenci często oceniają również ogólne funkcjonowanie placówki – tzw. **wymiar środowiskowy**, na który składają się między innymi jej otoczenie, usytuowanie, a także logistyka (np. dostępność badań i wyników). Prawdopodobnie jest to efektem tego, iż przez wiele lat placówki medyczne była bardzo zaniedbane i ich wygląd budził grozę. Warto podkreślić, iż również w ramach realizowanych badań w województwie śląskim ten aspekt okazał się bardzo ważny dla pacjentów i pracowników.

⁵⁸ M. Lisiecka – Biełanowicz; Jakość usług zdrowotnych determinantą sprawnego systemu ochrony zdrowia, Problemy jakości, 12/99, s. 35

⁵⁹ M. Lisiecka- Biełanowicz; Jakość..., op.cit., s.35

Rysunek 5.1. Wymiary jakości usług medycznych



Jakość usług medycznych zależy od poziomów jakości oferowanych w poszczególnych wymiarach, stąd też zapewnienie jakości wymagać będzie od menadżerów służby zdrowia koordynacji działań w zaprezentowanych obszarach.

Jeśli schodzimy do poziomu samej usługi i jakości jej wykonania to trzeba mieć świadomość, iż również ten proces można podzielić na dwa subprocesy:

1. **Wykonanie narzędziowe**; obejmujące techniczny efekt świadczenia usługi, np. pobieranie krwi do badań
2. **Wykonanie ekspresyjne**; dotyczące psychologicznego aspektu procesu świadczenia usługi, a więc wszystkie dodatkowe wrażenia jakich doznaje klient podczas świadczenia, np. przyjęcie do szpitala, konsultacje z lekarzem, kontakty z personelem pomocniczym, itp.

Wykonanie narzędziowe jest warunkiem koniecznym osiągnięcia satysfakcji przez klienta, ale nie jest warunkiem wystarczającym, bowiem klient ocenia nie tylko wynik, ale również przebieg procesu usługowego. W przypadku, gdy wykonanie ekspresyjne nie zaspokaja jego oczekiwań nie będzie się on czuł usatysfakcjonowany z usługi.

Ze względu na znaczne różnice w badaniu jakości samego procesu świadczenia usługi i jakości usług jako oferty placówek medycznych, w dalszych rozważaniach skoncentrowano się na jakości oferty placówek medycznych. Jakość oferty placówek medycznych jest pojęciem znacznie szerszym. Warto też podkreślić, iż wniosek taki wynikał również z opinii ekspertów w trakcie badania – wywiadu grupowego (FGI) z ekspertami.

Jakość nie jest pojęciem tożsamym z satysfakcją klienta. Oznacza to, że określony standard jakości nie musi automatycznie powodować zadowolenia klienta. Można wskazać kilka przyczyn takiego stanu rzeczy:

1. Oczekiwania klienta są inne niż postrzegają je dostawcy usług.
2. Menadżerowie skupiają się na zapewnieniu jakości technicznej dóbr i usług, podczas gdy dla nabywców ważniejszą rzeczą jest poziom obsługi klienta, czyli jakość świadczenia.
3. Personel nie trzyma się założonych norm wykonania usług, zapewniających im określony standard jakości. W takim wypadku pomimo założonych norm technicznych wykonania usługi zapewniających określony poziom ich jakość nie jest utrzymana⁶⁰.
4. Wyobrażenia klientów o jakości usługi, wynikające z dostarczanych im informacji są odmienne od faktycznie dostarczanej usługi⁶¹.
5. Różnica pomiędzy usługą oczekiwaną a usługą otrzymywaną przez klienta jest spowodowana przez subiektywną opinię klientów na temat jakości otrzymanej usługi.

Opierając się na wynikach analiz wielu badań (również własnych) prowadzonych w tym obszarze można wskazać następujące kryteria jakimi kierują się pacjenci w ocenie usług medycznych:

1. Dostępność
2. Informacja o usługach i komunikacja pomiędzy placówką a pacjentem
3. Rzetelność świadczenia
4. Uprzejmość⁶² w stosunku do pacjenta i jego bliskich
5. Zaufanie
6. Szybkość reakcji i zaangażowanie⁶³
7. Bezpieczeństwo
8. Środowisko materialne/ świadectwo materialne
9. Empatia

Z punktu widzenia pacjenta jakość usług medycznych zależy od⁶⁴:

- Kwalifikacji świadczeniodawców usług zdrowotnych (lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, itd.), który określić można jakością struktury (potencjału). Ocena strukturalna obejmuje więc charakterystykę szpitala, tzn. jakość i liczba pracowników oraz ilość innych zasobów potrzebnych do świadczenia usług. O jakości struktury decydują przed wszystkim:
 1. Kwalifikacje pracowników

⁶⁰ Przykładem w ramach usług medycznych może być założenie co najmniej 15 minutowego wywiadu z pacjentem na etapie diagnozy, który nie jest jednak realizowany, bądź też odbywa się w czasie 3 minut. W efekcie pacjent czuje się zawiedzony, że lekarz nie wysłuchał jego opinii.

⁶¹ Taka sytuacja może być powodem przekłamań w ulotkach informacyjnych, bądź reklamie jaką firma kieruje na rynek. W przypadku usług jest to bardzo niebezpieczne, gdyż klient może skonfrontować prawdziwość przekazu dopiero po skorzystaniu z usługi i poniesieniu związanych z nią kosztów.

⁶² W zasadzie, można by powiedzieć, że uprzejmość stanowi element kultury osobistej i że oczywiste jest, że wobec klientów jesteśmy uprzejmi. Miejmy nadzieję, że nadejdą takie czasy, że uprzejmość nie będzie stanowiła czynnika oceny jakości usługi.

⁶³ W wielu wywiadach z lekarzami i pielęgniarkami poruszany jest ten aspekt. Środowisko lekarskie i pielęgniarskie twierdzi jednak, że czynnikiem demotywującym są ich zarobki. Jest to oczywiście bardzo poważny problem, ale nie będzie on poruszany w pracy.

⁶⁴ Por. M. Lisiecka – Biełanowicz, *Jakość ...*, op. cit., s. 37 oraz E. Hauke i zespół; *Poradnik dla zapewnienia jakości w szpitalu. Wskazówki do praktycznego użytku*, Instytut Organizacji Szpitalnictwa im. L. Boltzmann w Wiedniu, tłumaczenie Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1995, s. 10.



2. Organizacja podmiotu oferującego produkty opieki zdrowotnej
3. Środki finansowe szpitala
4. Wyposażenie szpitala w środki obrotowe
5. Wyposażenie techniczne

Sama struktura niewiele mówi o jakości opieki, ale ma duży wpływ na zapewnienie jakości, szczególnie ważnym elementem są tu kwalifikacje personelu lekarsko-pielęgniarskiego i technicznego.

- Przebiegu procesu diagnostycznego oraz leczniczego, który określić można wymiarem podejmowanych działań (procesu). Przebieg procesu jest zróżnicowany w zależności od specyfiki sytuacji i indywidualnych objawów chorobowych pacjenta. Najlepsze wyniki można osiągnąć wówczas, gdy proces przebiega w sposób systematyczny według powtarzalnych i sprawdzonych reguł⁶⁵.
- Poczucia powrotu do zdrowia lub jego poprawy, który określić można jako jakość wyniku. Ocena wyniku świadczenia stanowi najważniejszą podstawę oceny realizowanych świadczeń. Pamiętać należy, że w aspekcie marketingowym wynik świadczenia należy oceniać nie tylko jako zmniejszenie zaawansowania choroby czy też wyleczenie, ale jako ogólną satysfakcję pacjenta z procesu leczenia. Oczywiście wyleczenie będzie w największym stopniu wpływało na satysfakcję, ale nie we wszystkich produktach opieki zdrowotnej będzie można ocenić jakość wyniku mierzoną w kategoriach poprawnie wykonanych zabiegów, czy diagnozy.

Pacjent jest na równi zainteresowany jakością potencjału, procesu w jakim przebiega leczenie jak i wynikiem leczenia⁶⁶. S. MacStravic⁶⁷ definiuje wartość jako *bilans pomiędzy kosztem (dla pacjenta), a korzyściami jakie otrzymuje w wyniku skorzystania z usługi, wartość jest więc odniesieniem oferowanej jakości do kosztu jaki należy ponieść na jej zakup oraz jej znaczenia (roli) dla konsumenta⁶⁸.*

⁶⁵ Z niezbędnym indywidualnym spojrzeniem na problem.

⁶⁶ Warto więc zwrócić uwagę na fakt, że nie wszystkie etapy procesu będą przebiegały w klinice czy szpitalu, niektóre z nich będą przebiegały w domu pacjenta, niemniej jednak ocena jakości głównie jakości wyniku będzie zależna od wszystkich etapów procesu. Oczywiście dostawca usług, licząc się tym powinien zapewnić jakość na wszystkich etapach, nawet na tych, w których pacjentem nie znajduje się bezpośrednio pod jego opieką, czego przykładem może być umawianie na wizyty kontrolne, zainteresowanie postępowaniem w leczeniu, reakcją na przepisane leki, itp.

⁶⁷ S. MacStravic; Questions of value in health care, Marketing Health Services, Winter 97, vol 17, p. 50

⁶⁸ Co w przypadku usług medycznych będzie miało duże znaczenie ze względu na wagę życia i zdrowia.



Zaprezentowany zestaw determinantów jakości w odniesieniu do usług medycznych można przedstawić więc w sposób następujący:

Tabela 5.1. Zestaw determinantów jakości produktów opieki zdrowotnej

Wymiar jakości	Wymiar techniczny	Wymiar funkcjonalny	Wymiar środowiska
Elementy jakości			
Jakość struktury	Wyposażenie budynków i pomieszczeń Wyposażenie techniczne Wykształcenie lekarzy i personelu pomocniczego Standardy jakości, ISO	Referencje Osiągnięcia, współpraca z innymi ośrodkami	Ukształtowanie materialnych czynników produkcji usług, wygląd pomieszczeń
Jakość procesu	Formalny przebieg procesu diagnozy lub terapii, czas trwania	Zachowanie personelu, kultura obsługi, dostępność Obsługa pacjenta (izby przyjęć, informacje, itp.)	Atmosfera Klimat pomieszczeń Funkcjonalność pomieszczeń
Jakość wyniku	Lepsze samopoczucie, powrót do zdrowia, brak następstw i powikłań	Komunikacja po procesie leczenia, rozpatrywanie skarg	-

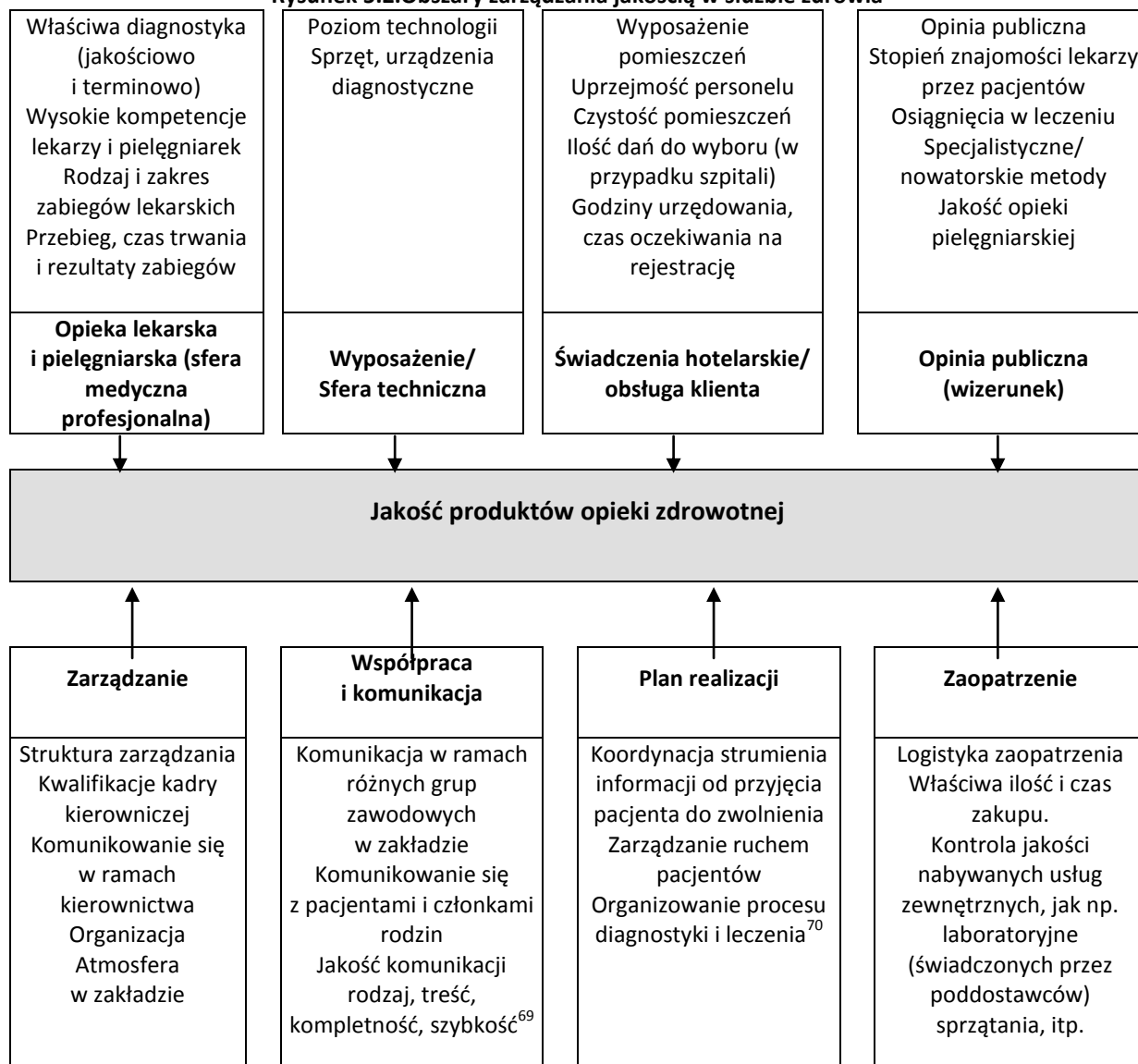
Źródło: Opracowanie własne

Powyższa tabela prezentuje elementy usługi medycznej w podziale na poszczególne wymiary i elementy jakości. **Jak widać wszystkie te elementy składają się na jakość produktu, nie wszystkie jednak z nich są konieczne.**

Stopień skomplikowania zagadnienia jakim jest oferta usług placówek medycznych i opieki stacjonarnej oraz jej jakość powoduje, iż proces wyszczególniania obszarów jakości może być bardzo szeroko zakrojony. Poniżej zaprezentowano obszary oceny, w ramach których można tworzyć wskaźniki jakości.



Rysunek 5.2. Obszary zarządzania jakością w służbie zdrowia



Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Hauke i zespół; *Poradnik dla zapewnienia jakości w szpitalu. Wskazówki do praktycznego użytku*, Instytut Organizacji Szpitalnictwa im. L. Boltzmann w Wiedniu, tłumaczenie Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1995, s. 10 – 11

W ostatnich latach obserwuje się jednak dążenie do syntetycznego ujmowania obszarów oceny jakości. Proces ten można nazwać budowaniem „syntetycznych struktur wskaźników” do oceny jakości. Przykładem zastosowania takiej struktury może być następujący podział:

⁶⁹ Choć elementy te z pozoru nie wydają się bardzo ważne, to w istocie ich znaczenie jest bardzo duże, przykładem zaniedbań w tym zakresie może być np. niepotrzebne powielanie tych samych badań pacjenta.

⁷⁰ Na przykład okazuje się, że ze względu na brak sprzętu pacjenci szpitala muszą korzystać ze sprzętu będącego w dyspozycji innego szpitala, sposób zorganizowania tego procesu będzie elementem tego obszaru.



- **Wskaźniki strukturalne** – mówiące o organizacji pracy szpitala, jego możliwościach materialnych, jakości technicznej budynków i wyposażenia, wykształcenia i kompetencji personelu, z uwzględnieniem aspektów finansowych funkcjonowania placówki.
- **Wskaźniki procesów** (oceny przebiegu leczenia) – mówiące o relacjach między personelem, a pacjentem (wdrożone procedury diagnostyczne i lecznicze). Przykładem takich wskaźników są miary oceniające ryzyko występowania powikłań pooperacyjnych. Wskaźniki procesu mogą dotyczyć również zakażeń wewnątrzszpitalnych, powtórnych hospitalizacji czy sprawności reagowania na sytuacje zagrożenia zdrowia i życia.
- **Wskaźniki rezultatów** (efektów) – mówiące o uzyskanych efektach leczniczych w różnych przedziałach czasowych (zachorowalność, śmiertelność, komfort życia - quality of life, satysfakcja pacjenta). Pomiar wyników działań bezpośrednio wskazuje na poziom jakości udzielanych świadczeń.

Jakość w opiece zdrowotnej należy rozumieć nie tylko w wymiarze satysfakcji pacjenta. Jakość jest drogą do lepszego zdrowia pacjentów i wyższej jakości ich życia⁷¹.

W dzisiejszym spojrzeniu na kwestię zapewnienia jakości powinien dominować pogląd, iż procesy świadczenia usług i ich strukturalne uwarunkowania oraz rezultaty, powinny być systematycznie oceniane z punktu widzenia pacjenta, w sposób ukierunkowany na rozwiązywany problem⁷². Zapewnienie jakości oznacza więc systematyczne niwelowanie różnic pomiędzy jakością oczekiwaną przez pacjentów, a oferowaną przez placówkę medyczną.



Wnioski

1. Całościowa ocena jakości usług medycznych zależy od ocen uzyskanych w trzech ich wymiarach: technicznym, funkcjonalnym oraz środowiskowym.
2. Zapewnienie wysokiej jakości usług medycznych wymaga od menadżerów służby zdrowia koordynacji działań we wszystkich tych obszarach.
3. Badając poziom jakości danej usługi, trzeba też zwrócić uwagę na 2 jej subprocesy: wykonanie narzędziowe oraz wykonanie ekspresyjne.
4. Co ważne, jakość usług medycznych świadczonych przez daną placówkę nie jest tożsama z satysfakcją klienta. Oznacza to, że określony standard jakości nie musi automatycznie powodować zadowolenia klienta.
5. Wysoka jakość usług medycznych powinna jednak skutkować lepszym zdrowiem pacjentów i przekładać się tym samym na lepszą jakość ich życia.

5.2. Benchmarking jako narzędzie poprawy jakości

Szpitala stały się podmiotami, które konkurują między sobą poziomem świadczonych usług przy możliwie najniższych kosztach. Szczególnie problematyka kosztów i zarządzania nimi jest niezmiernie istotna w obliczu ograniczonego budżetu jakim dysponują placówki opieki medycznej. Właściwa diagnoza zasobów, identyfikacja ich kosztów, także pomiar realizowanych procesów pozwala na optymalizację ponoszonych kosztów.

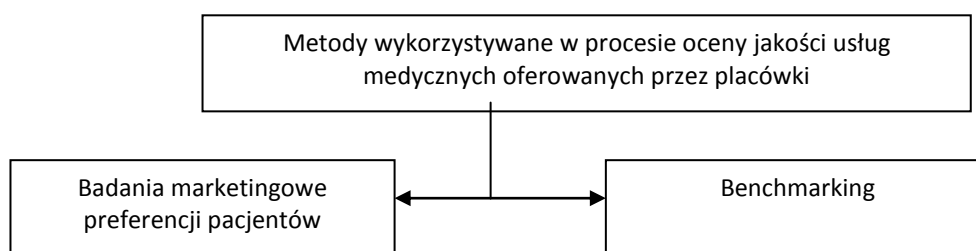
⁷¹ S. MacStravic; Questios of value in health care, Marketing Health Services, Winter 97, vol 17, p. 50

⁷² Por. E. Hauke i zespół; Poradnik dla zapewnienia jakości w szpitalu. Wskazówki do praktycznego użytku, Instytut Organizacji szpitalnictwa im. L. Boltzmanna w Wiedniu, tłumaczenie Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1995, s. 15

Rynek usług medycznych kształtowany jest poprzez ciągłe pobudzanie popytu na świadczenia zdrowotne i zmiany w zasadach gospodarowania publicznymi środkami pieniężnymi, tak więc konieczne jest stałe monitorowanie wielkości ekonomicznych, ale także wielkości niefinansowych takich jak satysfakcja klienta.

Podobnie jak inne podmioty w procesie identyfikacji zarówno kryteriów jakości jak i jej oceny, placówki medyczne mogą posługiwać się dwoma narzędziami: **badania marketingowe i benchmarking**.

Rysunek 5.3. Podział metod oceny jakości



Źródło: Opracowanie własne

Benchmarking jako metoda doskonalenia organizacji jest wykorzystywany w szpitalnictwie amerykańskim⁷³. Jest to proces zmierzający do określania parametrów i kryteriów jakości oraz możliwości prezentacji wyników. Benchmarking można zastosować na wielu obszarach działań przedsiębiorstwa. To najstarsze narzędzie dokonywania ulepszeń, jakie zna świat (zastosowanie w ekonomii, technologii i sztuce), stanowi wynik naturalnej ewolucji zagadnień analizy rynku i konkurencji, także programów poprawy jakości oraz pomiaru rezultatów dokonań. Benchmarking jest „procesem identyfikacji i zrozumienia najlepszych praktyk i procesów zarządzania oraz ich przejmowania od innych światowych organizacji w celu wspomaganie swojej organizacji w poprawie efektywności działania”. Ma swoje źródło w analizie kosztów produktów i rentowności, a obecnie obejmuje także inne dziedziny przedsiębiorstwa (oraz innych podmiotów świadczących usługi). Dzięki temu procesowi można dostrzec różnice w poziomie kosztów, jakości, czasochłonności świadczenia usług, sprzedaży, itp.

Za pomocą tej metody placówki medyczne mogą obserwować kształtowanie wskaźników wyznaczonych jako wskaźniki jakości w innych placówkach oferujących podobny zakres świadczeń i porównywać do własnych wskaźników, a następnie dostosowywać do doskonalenia te kryteria, w których ich dystans do wzorca jest największy.

Porównaniami zostają objęte jednak nie tylko koszty, ale także przychody oraz inne niefinansowe dane, takie jak: wykorzystanie łóżek, czy poziom satysfakcji klienta, co daje pełny obraz efektywności podmiotu stosującego benchmarking. Stosowanie tej szczególnej metody porównań stanowi konsekwencję zmian zachodzących w systemie służby zdrowia (m.in. ograniczenia dotacji, wzrostu zapotrzebowania na wysokiej jakości usługi medyczne na rynku, wzrostu zakupu usług obcych, pojawienia się konkurencji). Właśnie reforma służby zdrowia spowodowała konieczność kontroli, zwłaszcza w przypadku kosztów. Przy współdziałaniu związków zawodowych zwiększa się nadzór nad poziomem wydatków, oraz nad czynnikami je powodującymi, m.in. zakupami.

⁷³ B. Ziębicki; Zastosowania Benchmarkingu w szpitalnictwie amerykańskim, przegląd organizacji 9/97, s. 18

Tabela 5.2. Korzyści benchmarkingu z punktu widzenia placówek medycznych oraz organów założycielskich (np. JST)

Dla szpitali	Dla JST
<p>Pomoc w usprawnianiu różnych obszarów działania szpitala i monitorowaniu efektów, w szczególności :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pomiar i ocena dokonań oraz efektywności działania • porównania między szpitalami lub ze szpitalem modelowym • wskazanie najbardziej i najmniej wydajnych źródeł poprawy efektywności działania • rekomendacje odnośnie środków (kierunków, sposobów) poprawy obszarów efektywności, zależnie od uzyskanej oceny dokonań • monitorowanie efektywności działania szpitali • monitorowanie postępów w zakresie sprawności (efektywności, skuteczności) działania szpitali w różnych obszarach • Poprawa relacji JST- dyrekcja/zarząd podległego szpitala 	<p>Budowa podstaw dla podejmowania racjonalnych decyzji w JST dotyczących:</p> <p>(1) alokacji zasobów na terenie wspólnoty lokalnej w celu poprawy dostępności i jakości świadczeń szpitalnych, w tym przekształcania i tworzenia nowej struktury (roz mieszczania) obiektów stacjonarnej opieki medycznej w regionie,</p> <p>(2) kreowania polityki zdrowotnej skojarzonej z polityką zrównoważonego rozwoju lokalnego/regionu</p>

Źródło: na podstawie D. Korenik, prezentacja projektu „Portrety szpitali”

W procesie benchmarkingu można wyróżnić następujące etapy:

1. identyfikację porównywalnych zmiennych,
2. identyfikację wzorcowych firm,
3. zbieranie informacji,
4. określenie luki efektywności i pożądanego poziomu dokonań,
5. ustalenie celów i planu działania oraz technik mierzenia postępu.

Punktem wyjścia wszystkich działań i analiz jest identyfikacja zmiennych porównywalnych do oceny. Do zmiennych podlegających porównaniom można zaliczyć m.in.:

- poziom kosztów,
- czas świadczenia poszczególnych usług,
- poziom jakości,
- sposób zarządzania ludźmi,
- politykę kadrową,
- korzystanie z procedur i systemów wspomagających zarządzanie szpitalem.

Podejścia do wymienienia wskaźników w procesie benchmarkingu są bardzo zróżnicowane, od bardzo syntetycznych jak w projekcie „Portrety szpitali” do bardzo rozbudowanych.

W projekcie portrety szpitali wyodrębniono 3 komponenty wokół których konstruowano wskaźniki:

- Obszar rentowności ekonomicznej,
- Obszary ważne dla sprawności oraz jakości działania szpitala,
- Obszar relacji JST – szpital.

Znane są jednak podejścia znacznie szersze wyodrębniające bez wyraźnej strukturyzacji następujące grupy wskaźników:

1. Wskaźniki porównywalności (np. wskaźniki poziomu zatrudnienia, płac, niewykorzystanych łóżek). Celem tej grupy wskaźników jest zidentyfikowanie różnic między szpitalami.
2. Wskaźniki skuteczności procesów. Zastosowanie tej grupy wskaźników wymaga zidentyfikowania procesów będących przedmiotem pomiarów i określenia, które z nich



zostaną poddane działaniom korygującym oraz zapobiegawczym i w jakiej ilości oraz częstotliwości. Skuteczny proces odznacza się zgodnością z postawionym celem. Miary, które są stosowane w tej grupie to: dynamika ilości działań korygujących i zapobiegawczych w stosunku do procesów głównych, wskaźniki struktury działań korygujących i zapobiegawczych procesów mających podstawowy wpływ na jakość usługi medycznej w stosunku do wszystkich działań korygujących i zapobiegawczych zidentyfikowanych w systemie w danym roku).

3. Wskaźniki skuteczności systemów zarządzania. Są to na przykład stopień wdrożenia systemów, dynamika skuteczności realizacji celów, stopień realizacji celów.
4. Wskaźniki efektywności systemów zarządzania (wskaźniki dynamiki kosztów zgodności, oraz niezgodności, kosztów operacyjnych, struktury kosztów zgodności i niezgodności w kosztach operacyjnych). Wskaźniki te zbudowane są w oparciu o wcześniejsze wyodrębnienie kosztów zgodności i niezgodności świadczonych usług medycznych. Do tych pierwszych należą koszty zapobiegania i kontroli, do drugiej grupy zaliczane są koszty błędów wykrytych wewnątrz i na zewnątrz szpitala (koszty związane z powtórными zabiegami, koszty odszkodowań, ponownej hospitalizacji, przeprowadzenia badań, konsultacji).
5. Wskaźniki efektywności (ROA, ROE, ROS, ROSE)
6. Wskaźniki ekonomiczno-finansowe: płynność bieżąca, szybka, ogólny poziom zadłużenia, trwałość struktury finansowania.
7. Wskaźniki sprawności organizacji: operacyjności, rotacji majątku, efektywności kosztów pracy, wydajności.
8. Wskaźniki sprawności systemów medycznych: sprawność przyjęcia pacjenta, obsługi pacjenta.
9. Wskaźniki skuteczności i efektywności systemów zarządzania środowiskowego.
10. Wskaźniki skuteczności systemów BHP: częstość, ciężkość wypadków, absencja wypadkowa.
11. Wskaźniki formalizacji organizacyjnej: stopnia formalizacji, dynamiki formalizacji.

Łatwo wymienić potencjalne zmienne i wskaźniki. Zdecydowanie trudniej wskazać sposób oceny danej zmiennej np. polityki kadrowej, a jeszcze trudniej znaleźć i pozyskać ze wszystkich badanych podmiotów dane. **Był to również największy problem z jakim zetknięto się podczas badań w województwie śląskim.** Wskazane na początku wskaźniki okazały się trudne do policzenia, gdyż niektóre placówki, albo nie zbierają takich danych, albo sposób ich ujęcia/prezentacji/liczenia jest zupełnie różny, co uniemożliwia ich porównywanie do innych placówek w tej kategorii.

Trzeba jednak mieć świadomość, że w procesie tym istnieje bardzo duże zagrożenie, a mianowicie trudność w porównywaniu placówek medycznych. Trudności te mogą dotyczyć specjalizacji, zasięgu działania, poziomu referencyjnego oraz wielu innych czynników. Badane szpitale powinny mieć podobny profil świadczonych usług i być objęte tym samym nadzorem właścicielskim.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



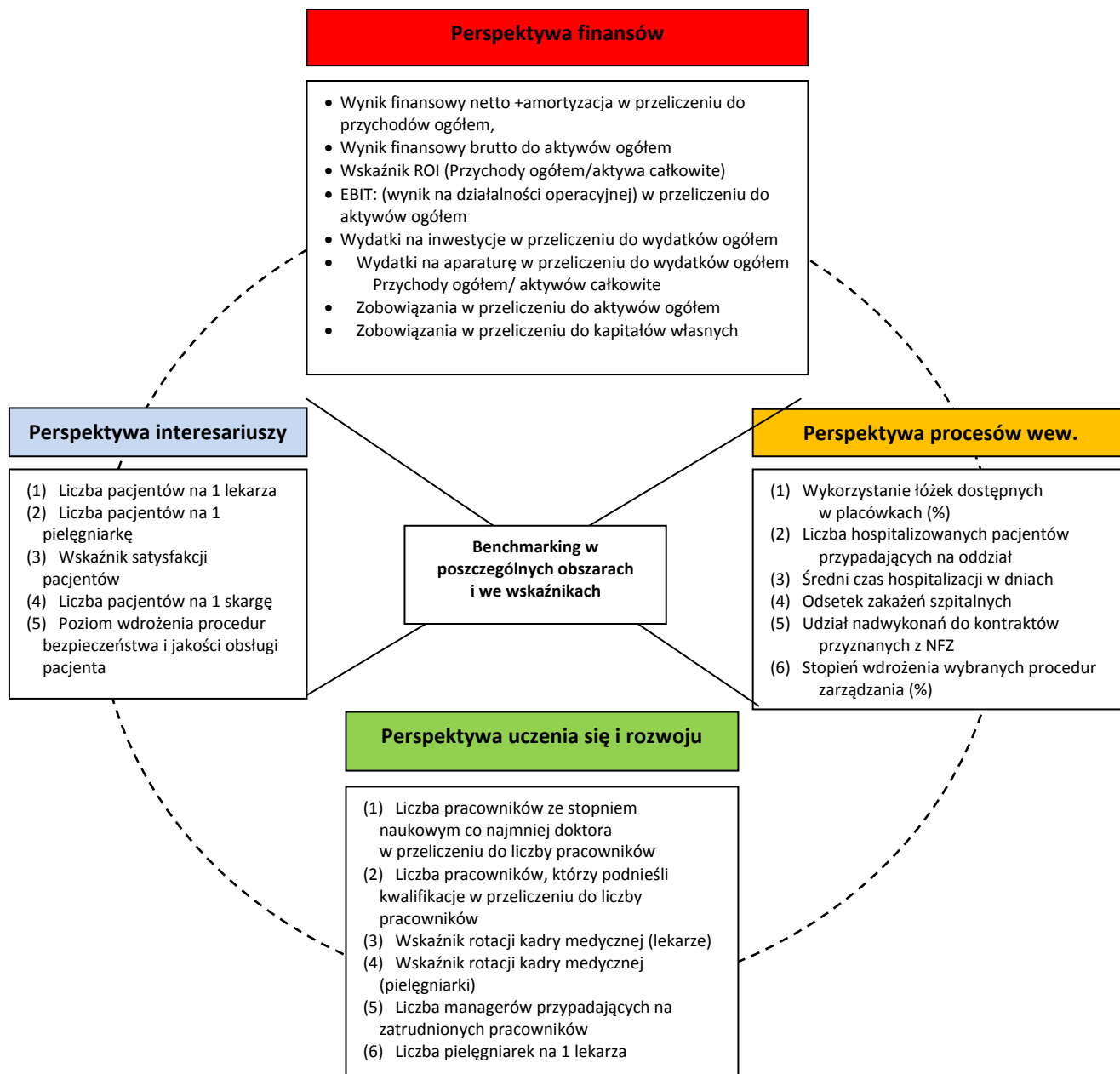
Dążąc do opracowania syntetycznego wskaźnika jakości, jak również ze względu na fakt, iż jakość usług medycznych jest wielowymiarowa i obejmuje wiele zróżnicowanych obszarów uznano, iż ważnym aspektem badań benchmarkingowych placówek medycznych w województwie śląskim będzie wyodrębnienie wskaźników oceny jakości i strukturyzacja tych wskaźników w obszary, tak, aby uzyskiwać w miarę syntetyczny obraz sytuacji.

Posłużono się w tym celu narzędziem – Strategicznej Karty Wyników (BalancedScorecard), dzieląc wyodrębnione wskaźniki na perspektywy:

1. Finansów,
2. Interesariuszy,
3. Procesów wewnętrznych,
4. Zasobów, uczenia się i rozwoju.

Uznano, iż wszystkie te pola są istotne dla ogólnej oceny jakości usług medycznych świadczonych przez placówkę.

Rysunek 5.4. Proponowane wskaźniki pomiaru dla każdej z 4 perspektyw obrazuje poniższy rysunek



Źródło: Opracowanie własne

BalancedScorecard to narzędzie, które mierzy efektywność działań przedsiębiorstwa w czterech perspektywach: perspektywie klienta, perspektywie finansowej, perspektywie procesów wewnętrznych oraz perspektywie rozwoju. W każdej z tych perspektyw firma wyznacza sobie cele, których realizację mierzy za pomocą indywidualnie opracowanych wskaźników.

Perspektywa klienta pozwala sporządzić definicję wartości, którą firma zamierza oferować poszczególnym klientom i pozwala odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób placówka zamierza kontrolować, czy podejmowane przez nią działania przynoszą spodziewany efekt. Po identyfikacji, przedsiębiorstwo ma za zadanie opracować cele i mierniki, dzięki którym będzie w stanie zaoferować klientom większą niż inne firmy wartość dodaną. Cechy produktu oznaczają, że trzeba

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



sprecyzować jego funkcjonalność, jakość i cenę. Relacje dotyczą utrzymania klientów, wizerunek natomiast oznacza budowę reputacji przedsiębiorstwa na rynku. Pomiar satysfakcji klientów opiera się na ocenie działania firmy przez konsumentów, którzy skorzystali z jej usług.

Perspektywa finansowa pozwala wdrożyć finansowe założenia firmy w taki sposób, by dostosować ich realizację do bieżącej sytuacji przedsiębiorstwa. Umożliwia monitoring realizacji planowanych celów finansowych, takich jak wysokość przychodów czy zwrot z kapitału, za pomocą mierników, które jednocześnie poddają ocenie kondycję finansową firmy. Mierniki finansowe pokazują, czy wdrożenie i realizacja strategii przyczyniła się do poprawy wyników ekonomicznych firmy. Cele finansowe są zwykle formułowane w stosunku do np. zysku operacyjnego, stopy zwrotu z zaangażowanego kapitału czy ekonomicznej wartości dodanej.

Perspektywa procesów wewnętrznych umożliwia identyfikację i poprawę efektywności działań i procesów, które prowadzą do realizacji strategii. Wiąże ona cele z zakresu procesów ze zdefiniowanymi oczekiwaniami pacjentów. Na przykład zastosowanie mierników do celów operacyjnych, a jednocześnie mierników do relacji z klientem, pozwala zrozumieć, w jaki sposób procesy wewnętrzne przekładają się na wyniki przedsiębiorstwa. W ramach strategicznej karty wyników, procesy wewnętrzne można podzielić na procesy innowacyjne, procesy operacyjne i procesy obsługi. W ten sposób przedsiębiorstwo zyskuje także nadzór nad realizacją celów, które dotyczą oferowanych produktów i usług.

Z kolei pomiar czasu trwania procesu zakłada przyjęcie momentów granicznych - za początek procesu można przyjąć, przykładowo, moment rozpoczęcia realizacji usługi, natomiast za koniec – wypis klienta, albo wizyta kontrolna po wypisie. Wybór punktów granicznych zależy od preferencji przedsiębiorstwa.

Strategiczna karta wyników w ramach perspektywy rozwoju pozwala przedsiębiorstwu odnaleźć i wykorzystać szanse rozwoju dzięki inwestycjom w zasoby, które firma posiada lub które zamierza pozyskać. W perspektywie rozwoju można wyróżnić elementy, dzięki którym przedsiębiorstwo jest w stanie zwiększać efektywność - są to, między innymi, potencjał pracowników oraz możliwości systemów informacyjnych używanych przez firmę. Zdolność organizacji do uczenia się i rozwoju ma trzy podstawowe źródła:

1. ludzie,
2. systemy,
3. procedury.

Potencjał pracowników wiąże się ze zdefiniowaniem ich roli w organizacji. Rozwój technologii powoduje, że firma potrzebuje pracowników o takich umiejętnościach, które pozwoliłyby jej wykorzystać szanse i specjalizację. Stąd wynika konieczność, z jednej strony - pozyskania pracowników o kompetencjach przydatnych dla wykorzystania szans, z drugiej - zapewnienia im warunków, w których mogliby wykorzystać przydatne umiejętności. Potencjał pracowników przedsiębiorstwo może mierzyć za pomocą poddania analizie stopnia ich satysfakcji z pracy.

Cele sformułowane w perspektywach finansowej, klienta i procesów wewnętrznych ujawniają zwykle lukę między obecnymi możliwościami ludzi, systemów i procedur, a tym, co będzie potrzebne do osiągnięcia przyszłego sukcesu. Zapewnienie tej luki wymaga inwestycji w zmianę kwalifikacji pracowników, doskonalenie technologii i systemów informacyjnych oraz dostosowanie procedur organizacyjnych.



Wnioski

1. Benchmarking, rozumiany jako proces identyfikacji i zrozumienia najlepszych praktyk i procesów zarządzania oraz ich przejmowanie od innych organizacji w celu wspomagania efektywności działania swojej własnej, stanowi metodę pomocną w badaniu jakości usług oferowanych przez placówki medyczne.
2. Analiza benchmarkingowa pomaga w usprawnianiu różnych obszarów działania szpitala.
3. Benchmarking pozwala na pomiar i ocenę dokonań oraz efektywności działania szpitala na tle innych; na porównania między szpitalami lub ze szpitalem modelowym; wskazanie najbardziej i najmniej wydajnych źródeł poprawy efektywności działania; sporządzenie rekomendacji odnośnie środków poprawy, monitorowanie efektywności działania szpitali oraz monitorowanie postępów w zakresie sprawności (efektywności, skuteczności) działania szpitali w różnych obszarach.

5.3. Obszary oceny poziomu funkcjonowania placówek służby zdrowia województwa śląskiego

Jednym z ważniejszych kierunków w wielu badaniach są analizy oraz porównywanie struktur w aspekcie przestrzennym, w tym wypadku porównywanie różnych placówek medycznych uczestniczących w badaniu. Badania tego typu dzięki informacji, które dostarczają pozwalają m.in. usprawnić proces budowy strategii rozwoju w odniesieniu do jednostek, których dotyczą.

Dla celów badań porównawczych utworzono komputerową bazę danych obejmującą dane statystyczne charakteryzujące sytuację ekonomiczną w badanych placówkach medycznych w 4 obszarach badania. Utworzony bank danych zawierał 32 cechy diagnostyczne, natomiast do finalnego zbioru wytypowano 26 zmiennych. Wszystkie zmienne uwzględnione w badaniu miały postać wskaźników natężenia. Zgodnie z dostępną metodologią przyjęto, że ostateczny zbiór cech zawierać będzie zmienne:

1. reprezentujące wszystkie wyodrębnione grupy,
2. charakteryzujące się wysoką zmiennością przestrzenną,
3. o niskim skorelowaniu w ramach wyodrębnionych grup,
4. asymetrycznym rozkładzie.

Ze względu na niespełnianie przyjętych założeń oraz niekompletność danych zbadania wykluczono następujące zmienne:

1. udział kontraktu z NFZ w przychodach ogółem,
2. produktywność pracy jako % czasu przepracowanego,
3. wskaźnik płynności bieżącej,
4. wskaźnik płynności szybkiej,
5. maksymalny czas oczekiwania na diagnostykę,
6. maksymalny czas oczekiwania na leczenie.

W poniższej tabeli przedstawiono zmienne tworzące przygotowany bank danych.

Tabela 5.3. Zbiór finalnych zmiennych diagnostycznych

Numer zmiennej	Zmienna
PERSPEKTYWA FINANSÓW	
F1	Wynik finansowy netto + amortyzacja w przeliczeniu do przychodów ogółem
F2	Wynik finansowy brutto w przeliczeniu do aktywów ogółem
F3	Wskaźnik ROI (Przychody ogółem/aktywa całkowite)
F4	EBIT: (wynik na działalności operacyjnej) w przeliczeniu do aktywów ogółem
F5	Wydatki na inwestycje w przeliczeniu do wydatków ogółem
F6	Wydatki na aparaturę w przeliczeniu do wydatków ogółem
F7	Zobowiązania w przeliczeniu do aktywów ogółem
F8	Zobowiązania w przeliczeniu do kapitałów własnych
PERSPEKTYWA PROCESÓW WEWNĘTRZNYCH	
W9	Wykorzystanie łóżek dostępnych w placówkach (%)
W10	Liczba hospitalizowanych pacjentów przypadających na oddział
W11	Średni czas hospitalizacji w dniach
W12	Odsetek zakażeń poszpitalnych
W13	Udział nadwykonań do kontraktów przyznanych z NFZ
W14	Stopień wdrożenia wybranych procedur zarządzania (%)
PERSPEKTYWA UCZENIA SIĘ I ROZWOJU	
R15	Liczba pracowników ze stopniem naukowym co najmniej doktora w przeliczeniu do liczby pracowników
R16	Liczba pracowników, którzy podnieśli kwalifikacje w przeliczeniu do liczby pracowników
R17	Wskaźnik rotacji kadry medycznej (lekarze) ⁷⁴
R18	Wskaźnik rotacji kadry medycznej (pielęgniarki)
R19	Liczba managerów przypadających na zatrudnionych pracowników
R21	Liczba pielęgniarek na 1 lekarza
PERSPEKTYWA INTERESARIUSZY	
I22	Liczba pacjentów na 1 lekarza
I23	Liczba pacjentów na 1 pielęgniarkę
I24	Wskaźnik satysfakcji pacjentów (wynik z metody SERVQUAL)
I25	Liczba pacjentów na 1 skargę
I26	Poziom wdrożenia procedur bezpieczeństwa i jakości obsługi pacjenta

Źródło: Ankieta wielomodułowa badania jakości świadczeń medycznych w placówkach SPZOZ województwa śląskiego, przeprowadzona na próbie N=21 w okresie lipiec – sierpień 2012

Wyodrębnione zmienne stały się podstawą umożliwiającą porównanie oraz klasyfikację poszczególnych jednostek przestrzennych (placówek medycznych) na grupy o podobnym poziomie rozwoju w wybranych obszarach badania. Wykorzystano w tym celu metody wielowymiarowej analizy porównawczej (WAP), a konkretnie taksonomiczny miernik rozwoju. Wielowymiarowa analiza porównawcza zajmuje się najogólniej rzecz biorąc metodami i technikami porównywania obiektów o wielu cechach.

W ramach WAP mogą być rozpatrywane następujące zagadnienia:

1. wyodrębnianie jednorodnych podzbiorów obiektów (tu: placówek medycznych), podobnych do siebie z punktu widzenia wyróżnionych cech,
2. analiza struktury wyodrębnionych grup placówek medycznych,

⁷⁴ Wskaźnik rotacji kadry medycznej rozumiany jako różnica pomiędzy liczbą lekarzy lub pielęgniarek zatrudnionych a liczbą lekarzy lub pielęgniarek, którzy odeszli z pracy w ciągu ostatnich 6-u miesięcy w stosunku do liczby lekarzy lub pielęgniarek na koniec 2011 roku.

3. budowa rankingu – hierarchizacja obiektów (placówek medycznych),
4. analiza prawidłowości dynamicznych, jeżeli dostępne są dane z różnych okresów czasu.

W ramach przeprowadzonych analiz, taksonomiczny miernik rozwoju wykorzystano przede wszystkim do wyodrębnienia grup podobnych placówek medycznych, analizy struktury wyodrębnionych grup oraz budowy rankingu placówek uczestniczących w badaniu.

Przyjęte do analizy zmienne, charakteryzują się dostatecznie dużą zmiennością przestrzenną ($V_j > 10\%$), oznacza to, że posiadają wystarczającą zdolność do różnicowania analizowanych jednostek (placówek medycznych). W obszarze pierwszym, związanym z perspektywą finansów, największe zróżnicowanie placówek medycznych występuje pod względem wskaźników opisujących relacje wydatków na inwestycje oraz wydatków na aparaturę w przeliczeniu do aktywów ogółem.

W kolejnym obszarze badania równie dużą zmiennością charakteryzowały się następujące wskaźniki: średni czas hospitalizacji w dniach, odsetek zakażeń poszpitalnych, nadwykonania.

Natomiast w trzecim obszarze badania, związanym z perspektywą uczenia się i rozwoju, największe zróżnicowanie dotyczyło wskaźnika opisującego liczbę pracowników ze stopniem naukowym co najmniej doktora w przeliczeniu do liczby pracowników.

Wszystkie zmienne opisujące obszar procesów wewnętrznych oraz perspektywę uczenia się i rozwoju charakteryzowały się asymetrią dodatnią, oznacza to, że dla większej liczby placówek medycznych wartości wskaźników są niższe niż średnia dla ogółu badanych placówek, przy czym wyznaczone wskaźniki asymetrii są w większości umiarkowane.

W tabeli poniżej przedstawiono charakterystyki liczbowe badanych zmiennych.

Tabela 5.4. Charakterystyki liczbowe dla zmiennych opisujących poziom jakości funkcjonowania placówek medycznych

Numer zmiennej	Zmienna	Średnia	Współczynnik zmienności	Współczynnik asymetrii
PERSPEKTYWA FINANSÓW				
F1	Wynik finansowy netto + amortyzacja w przeliczeniu do przychodów ogółem	17,23	43,58	-0,34
F2	Wynik finansowy brutto w przeliczeniu do aktywów ogółem	74,77	23,77	-0,31
F3	Wskaźnik ROI (Przychody ogółem/aktywa całkowite)	1,06	44,81	0,54
F4	EBIT: (wynik na działalności operacyjnej) w przeliczeniu do aktywów ogółem	17,97	45,52	0,61
F5	Wydatki na inwestycje w przeliczeniu do wydatków ogółem	14,96	142,51	0,22
F6	Wydatki na aparaturę w przeliczeniu do wydatków ogółem	3,44	203,41	-0,28
F7	Zobowiązania w przeliczeniu do aktywów ogółem	0,37	85,09	0,50
F8	Zobowiązania w przeliczeniu do kapitałów własnych	6,54	77,88	0,37
PERSPEKTYWA PROCESÓW WEWNĘTRZNYCH				
W9	Wykorzystanie łóżek dostępnych w placówkach (%)	69,82	23,91	0,03
W10	Liczba hospitalizowanych pacjentów przypadających na oddział	1184,02	56,99	0,13
W11	Średni czas hospitalizacji w dniach	19,95	121,08	0,32
W12	Odsetek zakażeń poszpitalnych	1,20	137,34	0,33
W13	Nadwykonania	12,48	195,38	0,34
W14	Stopień wdrożenia wybranych procedur zarządzania (%)	67,08	32,61	0,02
PERSPEKTYWA UCZENIA SIĘ I ROZWOJU				
R15	Liczba pracowników ze stopniem naukowym co najmniej doktora w przeliczeniu do liczby pracowników	5,02	105,71	0,31
R16	Liczba pracowników, którzy podnieśli kwalifikacje w przeliczeniu do liczby pracowników	16,72	79,42	0,09
R17	Wskaźnik rotacji kadry medycznej (lekarze) ⁷⁵	21,96	48,50	0,09
R18	Wskaźnik rotacji kadry medycznej (pielęgniarki)	11,37	41,70	0,05
R19	Liczba managerów przypadających na zatrudnionych pracowników	11,22	39,28	0,19
R21	Liczba pielęgniarek na 1 lekarza	2,84	40,42	0,07
PERSPEKTYWA INTERESARIUSZY				
I22	Liczba pacjentów na 1 lekarza	172,78	48,10	-0,17
I23	Liczba pacjentów na 1 pielęgniarkę	64,99	42,23	0,13
I24	Wskaźnik satysfakcji pacjentów (wynik z metody SERVQUAL)	0,30	70,25	0,17
I25	Liczba pacjentów na 1 skargę	2288,65	72,32	0,39
I26	Poziom wdrożenia procedur bezpieczeństwa i jakości obsługi pacjenta	73,33	28,17	-0,32

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji dostarczonych przez placówki medyczne uczestniczące w badaniu

⁷⁵ Wskaźnik rotacji kadry medycznej rozumiany jako różnica pomiędzy liczbą lekarzy lub pielęgniarek zatrudnionych, a liczbą lekarzy lub pielęgniarek, którzy odeszli z pracy w ciągu ostatnich 6-u miesięcy w stosunku do liczby lekarzy lub pielęgniarek na koniec 2011 roku.

Do badania przestrzennego zróżnicowania jakości funkcjonowania oraz świadczenia usług medycznych, zastosowano taksonomiczny miernik rozwoju z , wyznaczony w oparciu o zmienne ujednolicone poprzez przekształcenie destymulant w stymulanty.

Budowa syntetycznej miary rozwoju, wymaga podziału zbioru zmiennych diagnostycznych na stymulanty i destymulanty. Do zbioru destymulant zostały zaliczone następujące zmienne:

Tabela 5.5. Zmienne destymulanty

Numer zmiennej	Zmienna
PERSPEKTYWA FINANSÓW	
F7	Zobowiązania w przeliczeniu do aktywów ogółem
F8	Zobowiązania w przeliczeniu do kapitałów własnych
PERSPEKTYWA PROCESÓW WEWNĘTRZNYCH	
W11	Średni czas hospitalizacji w dniach
W12	Odsetek zakażeń poszpitalnych
PERSPEKTYWA UCZENIA SIĘ I ROZWOJU	
R17	Wskaźnik rotacji kadry medycznej (lekarze) ⁷⁶
R18	Wskaźnik rotacji kadry medycznej (pielęgniarki)
R19	Liczba managerów przypadających na zatrudnionych pracowników
PERSPEKTYWA INTERESARIUSZY	
I22	Liczba pacjentów na 1 lekarza
I23	Liczba pacjentów na 1 pielęgniarkę

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji dostarczonych przez placówki medyczne uczestniczące w badaniu.

Pozostałe zmienne zostały zaliczone do zbioru stymulant. Dla każdego przyjętego obszaru badania wyznaczono taksonomiczny miernik rozwoju, a następnie miernik syntetyczny.

Taksonomiczne mierniki rozwoju dla każdego z przyjętych czterech obszarów badania wyznaczono w oparciu o znormalizowane wartości⁷⁷ cech diagnostycznych, na podstawie wzoru [Nowak 1990]:

$$z_i = \frac{1}{K} \sum_{k=1}^K z_{ki}$$

gdzie:

- z_i – wartość taksonomicznego miernika rozwoju dla tego obiektu (placówki medycznej),
- z_{ki} – znormalizowana wartość k -tej cechy w i -tym obiekcie (placówce medycznej),
- K – liczba rozpatrywanych cech.

Średnia arytmetyczna wyznaczonego w ten sposób miernika jest równa jedności. Umożliwia to przeprowadzenie porównań rozwoju obiektów wielocechowych. Jeżeli dla badanego obiektu zachodzi nierówność: $z_i > 1$, to badany obiekt osiąga wyższy poziom rozwoju niż przeciętnie w całym zbiorze obiektów. W przypadku, gdy $z_i < 1$, to badany obiekt osiąga niższy poziom rozwoju niż przeciętnie w zbiorze porównywanych jednostek.

Wyniki przedstawiono oddzielnie dla wszystkich analizowanych obszarów badania.

⁷⁶ Wskaźnik rotacji kadry medycznej rozumiany jako różnica pomiędzy liczbą lekarzy lub pielęgniarek zatrudnionych, a liczbą lekarzy lub pielęgniarek, którzy odeszli z pracy w ciągu ostatnich 6-u miesięcy w stosunku do liczby lekarzy lub pielęgniarek na koniec 2011 roku.

⁷⁷ Normalizacji dokonano w wyniku przekształcenia ilorazowego, przyjmując za podstawę normalizacji wartość średnią danej zmiennej liczoną dla 21 placówek medycznych. W wyniku zastosowania przekształcenia ilorazowego zmienne przekształcone zachowują zmienność odpowiadających im zmiennych rzeczywistych.



Wnioski

1. Dla celów badań porównawczych utworzono komputerową bazę danych obejmującą statystyki charakteryzujące sytuację ekonomiczną w poszczególnych placówkach medycznych.
2. W wyniku analizy stanu finansów okazało się, że zróżnicowanie placówek medycznych występuje pod względem wskaźników opisujących relacje wydatków na inwestycje oraz wydatków na aparaturę w przeliczeniu do aktywów ogółem.
3. Wszystkie zmienne opisujące obszar procesów wewnętrznych oraz perspektywę uczenia się i rozwoju charakteryzowały się asymetrią dodatnią, oznacza to, że dla większej liczby placówek medycznych wartości wskaźników są niższe niż średnia dla ogółu badanych placówek, przy czym wyznaczone wskaźniki asymetrii są w większości umiarkowane.

5.4. Perspektywa finansów

Obliczone wartości zmiennych syntetycznych dla każdego obszaru badania pozwalają na uporządkowanie badanych placówek medycznych od najlepszej do najgorszej. Uporządkowanie badanych placówek medycznych dla pierwszego obszaru badania (perspektywa finansów) przedstawiono w poniższej tabeli.



Tabela 5.6. Wartości zmiennych syntetycznych dla poszczególnych placówek medycznych

Lp.	Placówka medyczna	Miernik syntetyczny – perspektywa finansów
1	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	1,9053
2	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	1,7941
3	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	1,7735
4	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	1,4894
5	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	1,1351
6	Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu	1,1313
7	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	1,1158
8	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	1,0828
9	Szpital Specjalistyczny w Zabrze	0,9476
10	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	0,9163
11	Wojewódzki Szpital Zespolony im. św. Barbary w Sosnowcu	0,8922
12	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	0,8318
13	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	0,8278
14	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu	0,7713
15	Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	0,7473
16	Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie	0,7291
17	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	0,6426
18	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju	0,6374
19	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	0,6179
20	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku	0,5552
21	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	0,4562

Źródło: Opracowanie własne

Następnie dokonano podziału zbioru analizowanych jednostek (placówek medycznych) na grupy, zawierające obiekty o podobnym poziomie rozwoju.

Obiekty uporządkowane według malejących wartości taksonomicznego miernika rozwoju dzieli się na grupy o podobnym poziomie rozwoju badanego zjawiska.

Zbiór wszystkich analizowanych placówek medycznych podzielono na 4 grupy, obejmujące obiekty o wartościach miernika rozwoju z następujących przedziałów:

- grupa 1 - placówki medyczne, dla których $z_i \geq \bar{z} + S_z$,
- grupa 2 - placówki medyczne, dla których $\bar{z} + S_z > z_i \geq \bar{z}$,
- grupa 3 - placówki medyczne, dla których $\bar{z} > z_i \geq \bar{z} - S_z$,
- grupa 4 - placówki medyczne, dla których $z_i < \bar{z} - S_z$.

Dwie pierwsze grupy zawierają placówki medyczne z wartościami wyznaczonego miernika powyżej średniej dla ogółu badanych placówek medycznych. Kolejne dwie grupy obejmują te placówki medyczne, dla których otrzymane wyniki były niższe niż średnia dla ogółu badanych jednostek. Wyniki grupowania przedstawiono w tabeli 5.7.

Tabela 5.7. Klasyfikacja placówek medycznych według taksonomicznego miernika dla obszaru pierwszego

Grupa	Wartości miary w grupie	Placówki medyczne		Charakterystyki opisowe	
		liczba	Nazwa	R	Vs (%)
1	1,4190 i więcej	4	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	0,4159	10,18
2	(1,4190;1>	4	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	0,0523	2,13
3	(1;0,5810>	11	Szpital Specjalistyczny w Zabrze, Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu, Wojewódzki Szpital Zespólny im. św. Barbary w Sosnowcu, Szpital Specjalistyczny w Chorzowie, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju, Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu, Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku, Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju, Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	0,3297	14,84
4	poniżej 0,5810	2	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	0,0991	13,85

Źródło: opracowanie własne, gdzie R – rozstęp, czyli różnica pomiędzy wartością maksymalną i minimalną, V_s – współczynnik zmienności, liczony jako udział odchylenia standardowego w wartości średniej, pokazuje poziom zróżnicowania danej grupy placówek medycznych. Wartości powyżej 15-20% świadczą o bardzo dużym zróżnicowaniu wewnątrz grupy.

W dwóch pierwszych grupach (z wartościami syntetycznego miernika wyznaczonego dla pierwszego badanego obszaru dotyczącego perspektywy finansów powyżej średniej dla całej próby), znalazło się 8 z 21 badanych placówek medycznych.

Najbardziej zróżnicowaną grupę tworzą placówki znajdujące się w trzeciej grupie typologicznej z wartościami miernika syntetycznego poniżej średniej dla ogółu placówek medycznych. Grupa ta jest również najbardziej liczna - zaklasyfikowanych do niej zostało 11 placówek.

W ostatniej grupie (z najniższymi wartościami wyznaczonego miernika) znalazły się tylko 2 placówki. Dystans dzielący te placówki w stosunku do pierwszej grupy i lidera w zestawieniu, Szpitala im. St. Leszczyńskiego w Katowicach jest znaczny. Zbudowany ranking pokazuje znaczne zróżnicowanie badanych placówek w ramach obszaru obejmującego zmienne dotyczące perspektywy finansów.



Wnioski

1. Klasyfikacja według taksonomicznego wskaźnika służącego do opisu placówek z perspektywy finansów pozwoliła na podzielenie ich na cztery grupy.
2. Najwyższy wynik w tym zakresie uzyskał Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach zaś najstarszy Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.
3. Aż 13 placówek uzyskało wynik miernika poniżej średniej dla ogółu, jednak tylko w przypadku 2 był on znacznie wyższy. Wynik powyżej średniej osiągnęło 8 placówek, szczególnie dobry był on w 4 z nich.



5.5. Perspektywa procesów wewnętrznych

Uporządkowanie badanych placówek medycznych dla drugiego obszaru badania (perspektywa procesów wewnętrznych) przedstawiono w tabeli 5.8.

Tabela 5.8. Wartości zmiennych syntetycznych dla poszczególnych placówek medycznych

Lp.	Placówka medyczna	Miernik syntetyczny – perspektywa procesów wewnętrznych
1	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	3,9439
2	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	2,9268
3	Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie	1,1767
4	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	1,0733
5	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	0,9914
6	Szpital Specjalistyczny w Zabrze	0,8837
7	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	0,8371
8	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju	0,8151
9	Wojewódzki Szpital Zespolony im. św. Barbary w Sosnowcu	0,7967
10	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	0,7671
11	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	0,7553
12	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	0,7269
13	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	0,7124
14	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	0,6897
15	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruzlicy w Bystrej	0,6781
16	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	0,6752
17	Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu	0,6375
18	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu	0,5549
19	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	0,5535
20	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	0,4913
21	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	0,3135

Źródło: Opracowanie własne

Podział zbioru analizowanych jednostek (placówek medycznych) na grupy, zawierające obiekty o podobnym poziomie rozwoju przedstawiono w kolejnej tabeli.

Tabela 5.9. Klasyfikacja placówek medycznych według taksonomicznego miernika dla obszaru drugiego


Grupa	Wartości miary w grupie	Placówki medyczne		Charakterystyki opisowe	
		Liczba	Nazwa	R	Vs (%)
1	1,8476 i więcej	2	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	1,0171	20,94
2	(1,8476;1>	2	Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	0,1034	6,50
3	(1;0,1524>	17	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu, Szpital Specjalistyczny w Zabrze, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju, Wojewódzki Szpital Zespolony im. św. Barbary w Sosnowcu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, Szpital Kolejowy w Wilkowicach Bystrej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku, Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu, Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu, Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, Szpital Specjalistyczny w Chorzowie, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	0,6779	22,88
4	poniżej 0,1524	-	-	-	-

Źródło: opracowanie własne, gdzie R – rozstęp, V_s – współczynnik zmienności.

W dwóch pierwszych grupach z wartościami syntetycznego miernika wyznaczonego dla drugiego badanego obszaru dotyczącego perspektywy procesów wewnętrznych powyżej średniej dla całej próby, znalazły się jedynie 4 badane placówki medyczne.

Najbardziej zróżnicowaną grupę tworzą placówki znajdujące się w trzeciej grupie typologicznej z wartościami miernika syntetycznego poniżej średniej dla ogółu placówek medycznych. Grupa ta jest również najbardziej liczna, zaklasyfikowanych do niej zostało aż 17 placówek. Żadna z badanych placówek nie została zakwalifikowana do ostatniej grupy typologicznej z najniższymi wartościami miernika.

Dystans dzielący placówki znajdujące się na końcu zestawienia w stosunku do pierwszej grupy i lidera w zestawieniu, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, jest znacznie większy niż w przypadku poprzedniej perspektywy – finansów. Duże zróżnicowanie otrzymanych wyników w ramach pierwszej i trzeciej grupy wskazuje na znaczne zróżnicowanie badanych placówek medycznych w ramach obszaru dotyczącego perspektywy wewnętrznej.

Wnioski	
	<ol style="list-style-type: none"> Klasyfikacja według taksonomicznego wskaźnika służącego do opisu placówek z perspektywy procesów wewnętrznych pozwoliła na podzielenie ich na cztery grupy, przy czym najniższa z kategorii pozostała pusta. Najwyższy wynik uzyskało w tym zakresie Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II



w Sosnowcu, zaś najniższy Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju.

3. Aż 17 placówek uzyskało wynik miernika poniżej średniej dla ogółu. Wynik powyżej średniej osiągnęły 4 placówki, szczególnie dobry był on w 2 z nich.

5.6. Perspektywa uczenia się i rozwoju

Uporządkowanie badanych placówek medycznych dla trzeciego obszaru badania (perspektywa uczenia się i rozwoju) przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 5.10. Wartości zmiennych syntetycznych dla poszczególnych placówek medycznych

Lp.	Placówka medyczna	Miernik syntetyczny – perspektywa uczenia się i rozwoju
1	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	3,5311
2	Wojewódzki Szpital Zespólny im. św. Barbary w Sosnowcu	1,5313
3	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	1,3761
4	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	1,1269
5	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	1,1163
6	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	1,0611
7	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	0,9970
8	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	0,9807
9	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	0,9572
10	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	0,9062
11	Państwowy Szpital dla Nerwów i Psychicznie Chorych w Rybniku	0,8532
12	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	0,8465
13	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	0,8173
14	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	0,8006
15	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju	0,7737
16	Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu	0,7676
17	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu	0,7148
18	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	0,7118
19	Szpital Specjalistyczny w Zabrze	0,6242
20	Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie	0,5248
21	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	0,5154

Źródło: Opracowanie własne

Podział zbioru analizowanych jednostek (placówek medycznych) na grupy, zawierające obiekty o podobnym poziomie rozwoju przedstawiono w kolejnej tabeli.

Tabela 5.11. Klasyfikacja placówek medycznych według taksonomicznego miernika rozwoju dla obszaru trzeciego


Grupa	Wartości miary w grupie	Placówki medyczne		Charakterystyki opisowe	
		liczba	Nazwa	R	Vs (%)
1	1,6242 i więcej	1	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	-	-
2	(1,6242;1>	5	Wojewódzki Szpital Zespolony im. św. Barbary w Sosnowcu, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Szpital Specjalistyczny w Chorzowie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	0,4703	16,27
3	(1;0,3735>	15	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju, Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach, Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu, Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju, Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu, Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Szpital Specjalistyczny w Zabrze, Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie, Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruzlicy w Bystrej	0,4817	19,06
4	poniżej 0,3735	-	-	-	-

Źródło: opracowanie własne, gdzie R – rozstęp, V_s – współczynnik zmienności.

W dwóch pierwszych grupach z wartościami syntetycznego miernika wyznaczonego dla trzeciego badanego obszaru dotyczącego perspektywy uczenia się i rozwoju powyżej średniej dla całej próby, znalazło się 6 badanych placówek medycznych. Do pierwszej grupy z najwyższymi wartościami miernika zaklasyfikowano tylko jedną placówkę medyczną.

Najbardziej zróżnicowaną grupę tworzą placówki znajdujące się w trzeciej grupie typologicznej z wartościami miernika syntetycznego poniżej średniej dla ogółu placówek medycznych. Grupa ta jest również najbardziej liczna, zaklasyfikowanych do niej zostało 15 placówek. Podobnie jak w poprzedniej perspektywie żadna z badanych placówek nie została zakwalifikowana do ostatniej grupy typologicznej z najniższymi wartościami miernika.

Dystans dzielący placówki znajdujące się na końcu zestawienia w stosunku do pierwszej grupy i lidera w zestawieniu, Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, jest również bardzo duży, podobnie jak w przypadku perspektywy procesów wewnętrznych.

Wnioski	
	1. Klasyfikacja według taksonomicznego wskaźnika służącego do opisu placówek z perspektywy uczenia się i rozwoju pozwoliła na podzielenie ich na cztery grupy, przy czym najwyższa z kategorii pozostała pusta.
	2. Najwyższy wynik uzyskało Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach



Śląskich zaś najstarszy Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

3. Aż 15 placówek uzyskało wynik miernika poniżej średniej dla ogółu. Wynik powyżej średniej osiągnęło 6 placówek, szczególnie dobry był on tylko w 1 z nich, będącej liderem.

5.7. Perspektywa klientów

Uporządkowanie badanych placówek medycznych dla czwartego obszaru badania (perspektywa interesariuszy) przedstawiono w tabeli:

Tabela 5.12. Wartości zmiennych syntetycznych dla poszczególnych placówek medycznych

Lp.	Placówka SPZOZ	Miernik syntetyczny – perspektywa interesariuszy
1	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	1,5313
2	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	1,4545
3	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	1,2793
4	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	1,2730
5	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	1,2023
6	Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	1,1731
7	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	0,9900
8	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	0,9301
9	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	0,9233
10	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	0,9227
11	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	0,9151
12	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	0,9023
13	Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie	0,8791
14	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	0,8754
15	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	0,8622
16	Szpital Specjalistyczny w Zabrze	0,8456
17	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju	0,8345
18	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	0,8280
19	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu	0,8101
20	Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu	0,7948
21	Wojewódzki Szpital Zespolony im. św. Barbary w Sosnowcu	0,7733

Źródło: Opracowanie własne

Podział zbioru analizowanych jednostek (placówek medycznych) na grupy, zawierające obiekty o podobnym poziomie rozwoju przedstawiono w kolejnej tabeli.

Tabela 5.13. Klasyfikacja placówek medycznych według taksonomicznego miernika rozwoju dla obszaru czwartego

Grupa	Wartości miary w grupie	Placówki medyczne		Charakterystyki opisowe	
		liczba	Nazwa	R	Vs (%)
1	1,2242 i więcej	4	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej, Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach, Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	0,2584	9,32
2	(1,2242;1>	2	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej, Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	0,0292	1,74
3	(1;0,7758>	14	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie, Szpital Specjalistyczny w Chorzowie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku, Szpital Specjalistyczny w Zabrze, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu, Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu	0,1952	6,19
4	poniżej 0,7758	1	Wojewódzki Szpital Zespolony im. św. Barbary w Sosnowcu	-	-

Źródło: opracowanie własne, gdzie R – rozstęp, V_s – współczynnik zmienności.

W dwóch pierwszych grupach z wartościami syntetycznego miernika wyznaczonego dla czwartego badanego obszaru dotyczącego perspektywy interesariuszy powyżej średniej dla całej próby, znalazło się 6 badanych placówek medycznych. Do pierwszej grupy z najwyższymi wartościami miernika zaklasyfikowano 4 placówki medyczne, to znacznie więcej niż w przypadku poprzednich perspektyw badania. Placówki zaliczone do pierwszej grupy tworzą również najbardziej zróżnicowaną grupę w przypadku tego podziału typologicznego.

Najbardziej liczną grupę tworzą placówki znajdujące się w trzeciej grupie typologicznej z wartościami miernika syntetycznego poniżej średniej dla ogółu placówek medycznych. Do grupy tej zaklasyfikowanych zostało 14 placówek. Do ostatniej grupy typologicznej zaklasyfikowana została tylko 1 placówka medyczna.

Dystans dzielący placówki znajdujące się na końcu zestawienia w stosunku do pierwszej grupy i lidera w zestawieniu, Szpitala Kolejowego w Wilkowicach-Bystrej, nie jest tak duży jak w przypadku perspektywy procesów wewnętrznych i perspektywy uczenia się i rozwoju.



Wnioski

1. Klasyfikacja według taksonomicznego wskaźnika służącego do opisu placówek z perspektywy klientów, pozwoliła na podzielenie ich na cztery grupy.
2. Najwyższy wynik w tym zakresie uzyskał Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej zaś najniższy - Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej.
3. Aż 15 placówek uzyskało wynik miernika poniżej średniej dla ogółu, szczególnie niski był on w 1 z nich. Wynik powyżej średniej osiągnęło 6 placówek, szczególnie dobry był on w 4 z nich.

5.8. Wyznaczenie syntetycznego miernika poziomu funkcjonowania placówek medycznych

Na podstawie mierników wyznaczonych dla poszczególnych obszarów badania wyznaczono syntetyczny miernik funkcjonowania placówek medycznych, według następującego wzoru:

$$z_i = \frac{1}{m} \sum_{k=1}^m z_{mi}$$

gdzie:

- z_i – wartość taksonomicznego miernika rozwoju dla tego obiektu,
- z_{mi} – wartość taksonomicznego miernika rozwoju dla obszaru m w i -tym obiekcie,
- m – liczba rozpatrywanych obszarów.

Wyniki tego etapu badania zawierające wartości syntetycznego miernika funkcjonowania placówek medycznych przedstawiono w kolejnej tabeli.

Tabela 5.14. Syntetyczny miernik poziomu funkcjonowania placówek medycznych

Lp.	Placówka SPZOZ	Syntetyczny miernik poziomu funkcjonowania placówek medycznych
1	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	1,8303
2	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	1,7412
3	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	1,7171
4	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	1,1738
5	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	1,0769
6	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	1,0212
7	Szpital Specjalistyczny w Zabrze	1,0132
8	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	0,9096
9	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	0,9042
10	Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu	0,8901
11	Wojewódzki Szpital Zespólny im. św. Barbary w Sosnowcu	0,8808
12	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	0,8560
13	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	0,8466
14	Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie	0,8250
15	Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	0,8228
16	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju	0,7983
17	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny	0,7707



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



	w Częstochowie	
18	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	0,7635
19	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	0,7269
20	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu	0,7260
21	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	0,7057

Źródło: Opracowanie własne

Podział zbioru analizowanych jednostek (placówek medycznych) na grupy, zawierające obiekty o podobnym poziomie rozwoju przedstawiono w kolejnej tabeli.

Tabela 5.15. Klasyfikacja placówek medycznych według taksonomicznego miernika poziomu funkcjonowania placówek medycznych

Grupa	Wartości miary w grupie	Placówki medyczne		Charakterystyki opisowe	
		liczba	Nazwa	R	Vs (%)
1	1,3386 i więcej	3	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	0,1132	3,38
2	(1,3386;1>	4	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu, Placówka medyczna nr 18, Szpital Specjalistyczny w Zabrze	0,1605	6,91
3	(1;0,6590>	14	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu, Wojewódzki Szpital Zespolony im. św. Barbary w Sosnowcu, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej, Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie, Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku, Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu, Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	0,2040	8,48
4	poniżej 0,6590	-	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne, gdzie R – rozstęp, V_s – współczynnik zmienności

Utworzony ranking pokazuje ostateczną kolejność badanych placówek medycznych ustaloną na podstawie przyjętych do badania zmiennych w ramach poszczególnych ocenianych perspektyw.

Pierwszą grupę typologiczną z najwyższymi wartościami syntetycznego miernika poziomu funkcjonowania placówek medycznych tworzą 3 placówki medyczne.

W dwóch pierwszych grupach z wartościami syntetycznego miernika wyznaczonego dla wszystkich czterech badanych perspektyw znalazło się 7 badanych placówek medycznych.

Najbardziej zróżnicowaną grupę tworzą placówki zaliczone do trzeciej grupy typologicznej z wartościami miernika syntetycznego poniżej średniej. Grupa ta jest również najbardziej liczna - składa się z 14 placówek medycznych.

Do ostatniej grupy typologicznej nie zaklasyfikowano żadnej z badanych placówek medycznych. W związku z tym, że do grupy tej klasyfikuje się obiekty (placówki medyczne), dla których wartości syntetycznego miernika rozwoju znajdują się znacznie poniżej średniej, otrzymany wynik wskazuje, że różne pozycje zajmowane przez placówki w ramach poszczególnych badanych obszarów pozwalają wyrównywać różnice pomiędzy nimi.

Dystans dzielący placówki znajdujące się na końcu zestawienia w stosunku do pierwszej grupy i lidera w zestawieniu, Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach jest dosyć duży.

Należy jednak pamiętać, że przyjęte w badaniu zmienne są kompromisem pomiędzy optymalnym zestawem wskaźników, a koniecznością uwzględnienia jedynie tych zmiennych, które spełniają statystyczne założenia oraz bazują na kompletnych informacjach dla wszystkich badanych placówek medycznych. Dołączenie do zbudowanego banku danych może zmienić wyniki klasyfikacji.



Zbudowany ranking pokazuje pozycję badanych placówek jedynie w odniesieniu do przyjętych badaniu zmiennych.



Wnioski

1. Klasyfikacja według syntetycznego miernika opartego na czterech omówionych wcześniej perspektywach pozwoliła na podzielenie ich na cztery grupy, przy czym ta o najniższych wynikach pozostała pusta.
2. Najwyższy wynik uzyskał Szpital Kolejowy w Katowicach, zaś najniższy Szpital Specjalistyczny w Chorzowie.
3. Aż 14 placówek uzyskało wynik miernika poniżej średniej dla ogółu. Wynik powyżej średniej osiągnęło 7 placówek, szczególnie dobry był on w 3 z nich.

6. Sytuacja na rynku usług medycznych w województwie śląskim w opinii ekspertów

6.1. Kierunki zmian sytuacji na rynku usług medycznych w perspektywie 5 lat



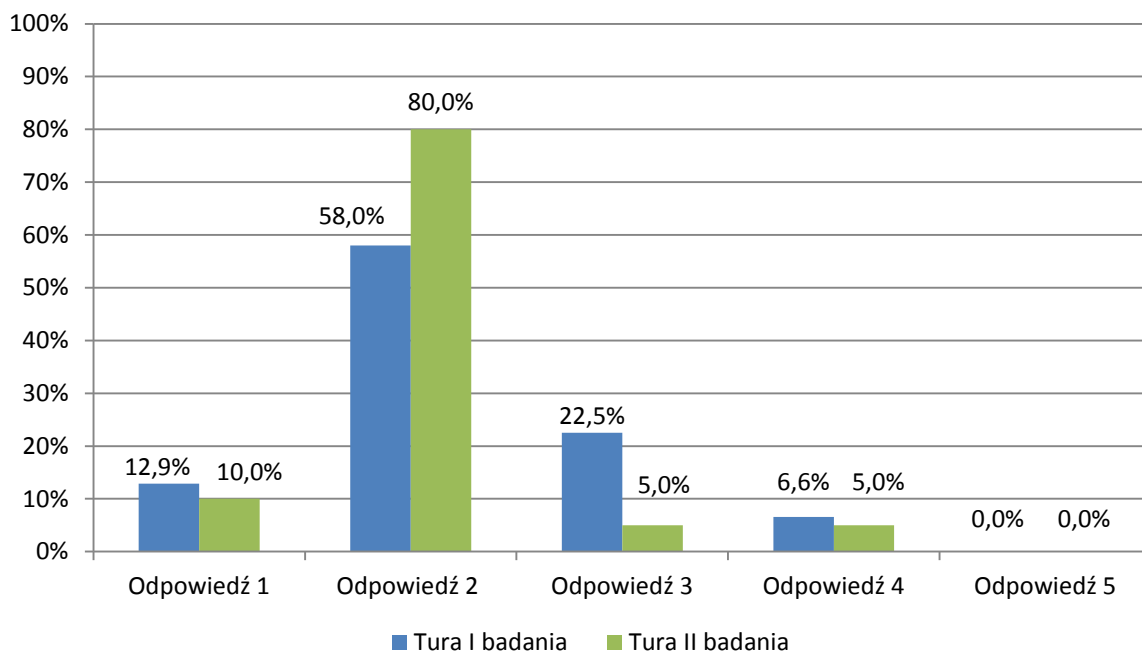
Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Określenie głównych kierunków zmian na rynku usług medycznych w województwie śląskim w najbliższej perspektywie czasowej (5 lat).

Zdecydowana większość respondentów uważa, iż w ciągu najbliższych 5 lat nastąpi pogorszenie sytuacji, jeżeli chodzi o dostępność usług medycznych dla pacjentów w województwie śląskim. W pierwszej turze badania ponad 70% z nich wskazało na pogorszenie sytuacji jako najbardziej prawdopodobną ewentualność. Wśród nich pewna część (12,9%) uważa, iż stan ten zdecydowanie się pogorszy, ale większość (58%) uważa, iż sytuacja będzie pogarszała się stopniowo. W drugiej turze na ogólne pogorszenie sytuacji wskazało aż 90% respondentów. W pierwszej turze 22,5% ekspertów stwierdziło, iż sytuacja nie ulegnie zmianie, natomiast w drugiej turze odsetek tych osób znacząco spadł i tylko 5% uważało, że sytuacja się nie zmieni. Żadna z ankietowanych osób, zarówno w pierwszej jak i drugiej turze badania, nie widzi możliwości by na rynku usług medycznych w tym czasie nastąpiła znacząca poprawa.



Wykres 6.1. Odsetek odpowiedzi w badaniu Delphi dla Tezy 1 : Czy w ciągu najbliższych 5 lat Pani/Pana zdaniem nastąpi pogorszenie czy polepszenie sytuacji jeśli chodzi o dostępność usług medycznych dla pacjentów w województwie śląskim?



Legenda:

- Odpowiedź 1 Nastąpi zdecydowane pogorszenie sytuacji
- Odpowiedź 2 Sytuacja będzie pogarszała się z roku na rok
- Odpowiedź 3 Sytuacja raczej się nie zmieni. Będzie taka sama jak obecnie
- Odpowiedź 4 Będzie następowała stopniowa poprawa dostępność usług medycznych
- Odpowiedź 5 Za 5 lat nastąpi znacząca poprawa sytuacji na rynku usług medycznych

Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012



Wnioski

1. 70% respondentów w pierwszej turze oraz 90% respondentów w drugiej turze badania Delphi uznało, że w ciągu najbliższych 5 lat dostępność usług medycznych dla pacjentów w województwie śląskim będzie się pogarszała.
2. Żadna z badanych osób (zarówno w pierwszej jak i drugiej turze) nie widzi możliwości by na rynku usług medycznych w tym czasie nastąpiła znacząca poprawa.

6.2. Czynniki poprawy sytuacji na rynku usług medycznych w placówkach województwa śląskiego

6.2.1. Poprawa dostępności usług medycznych w regionie



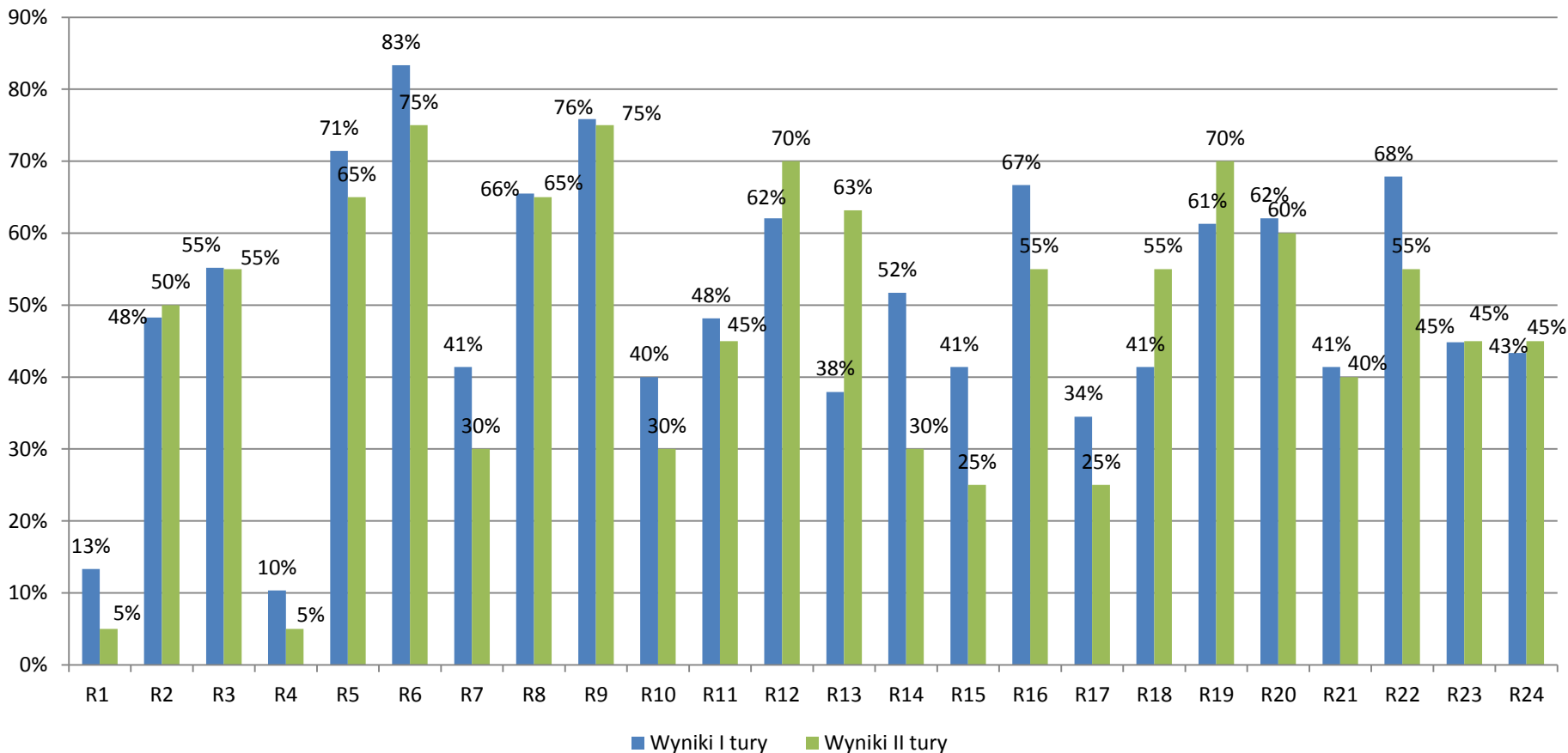
Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Dokonanie oceny dostępności usług medycznych oraz identyfikacji czynników, które będą miały największy i najmniejszy wpływ na dostępność usług medycznych w województwie śląskim.

Poniższa tabela przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi w pytaniu dotyczącym tego, które z działań/rozwiązań **zdecydowanie wpłynę na poprawę** sytuacji w ochronie zdrowia w przyszłości w zakresie **dostępności usług medycznych w regionie**. Najczęściej wskazywaną odpowiedzią zarówno w I jak i II turze badania Delphi był „większy wpływ oddziałów regionalnych NFZ oraz organizatorów na decyzje związane z finansowaniem usług - demonopolizacja decyzji NFZ” (w I turze 83,3%, a w II turze 75% wskazań) oraz „wdrożenie mechanizmów ochrony placówek publicznych przez właściciela przez równoważenie ilości kontraktów realizowanych przez publiczne i niepubliczne ZOZ w regionie. Dążenie do zabezpieczenia kontraktów dla już istniejących placówek publicznych i funkcjonujących oddziałów”. Ponadto w obu turach za czynniki, które zdecydowanie wpłyną na poprawę sytuacji zostały uznane warianty: **R3** („Zapewnienie osobom zarządzającym placówkami medycznymi dostępu do danych niezbędnych do podejmowania decyzji strategicznych”), **R5** („Wprowadzenie kontraktów długoterminowych pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem publicznym”), **R8** („Przechodzenie od koncepcji definiowania sieci szpitali do koncepcji definiowania sieci oddziałów szpitalnych zgodnie z kryteriami zdrowotnymi, demograficznymi, przestrzennymi i ekonomicznymi”), **R12** („Wprowadzenie standardu udzielania świadczeń w praktyce lekarza rodzinnego, pozwalającego na pełne wykorzystanie jego kompetencji. Dążenie do stanu, w którym praktyka lekarza rodzinnego jest miejscem zaspokajania 80% potrzeb zdrowotnych pacjenta”), **R16** („Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze technologii medycznych, np. wspieranie finansowania technologii, istotnie przyczyniających się do obniżania kosztów obsługi, czy funkcjonowania placówek - skrócenia czasu pobytu w szpitalu”), **R19** („Przywrócenie więzi funkcjonalnych, organizacyjnych i informacyjnych pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych a gabinetami specjalistycznymi, szpitalami, ratownictwem medycznym i opieką społeczną”), **R20** („Realizacja inicjatyw mających na celu budowanie poczucia odpowiedzialności obywateli za zdrowie własne i rodziny, np. przez promocję zdrowego stylu życia, uświadamianie zależności pomiędzy obciążeniami ekonomicznymi społeczeństwa na rzecz zdrowia, a dostępnością i jakością opieki zdrowotnej”) oraz **R22** („Wdrożenie mechanizmów umożliwiających zwiększenie efektywności wczesnego diagnozowania, np. przez prowadzenie populacyjnych badań przesiewowych, diagnozowanie na poziomie POZ”). Przy ogólnie dość zbliżonych wartościach wskazań w I i II turze, największe różnice występują w przypadku odpowiedzi **R13**, gdzie różnica wynosi 25,3 punktów procentowych (dużo wyższy wynik w II turze), **R14** różnica 21,7 p.p. (wyższy poziom wskazań w I turze) oraz **R15** z różnicą 16,4 p.p. (wyższy poziom wskazań w I turze). W obu turach czynnikami wskazywanymi najrzadziej, które „zdecydowanie wpłyną na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia” były odpowiedzi **R1** („Wspieranie prywatyzacji lecznictwa zamkniętego”) i **R4** („Zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie”).



Wykres 6.2. Odsetek odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań zdecydowanie wpłyną na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie: dostępności usług medycznych w regionie



Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

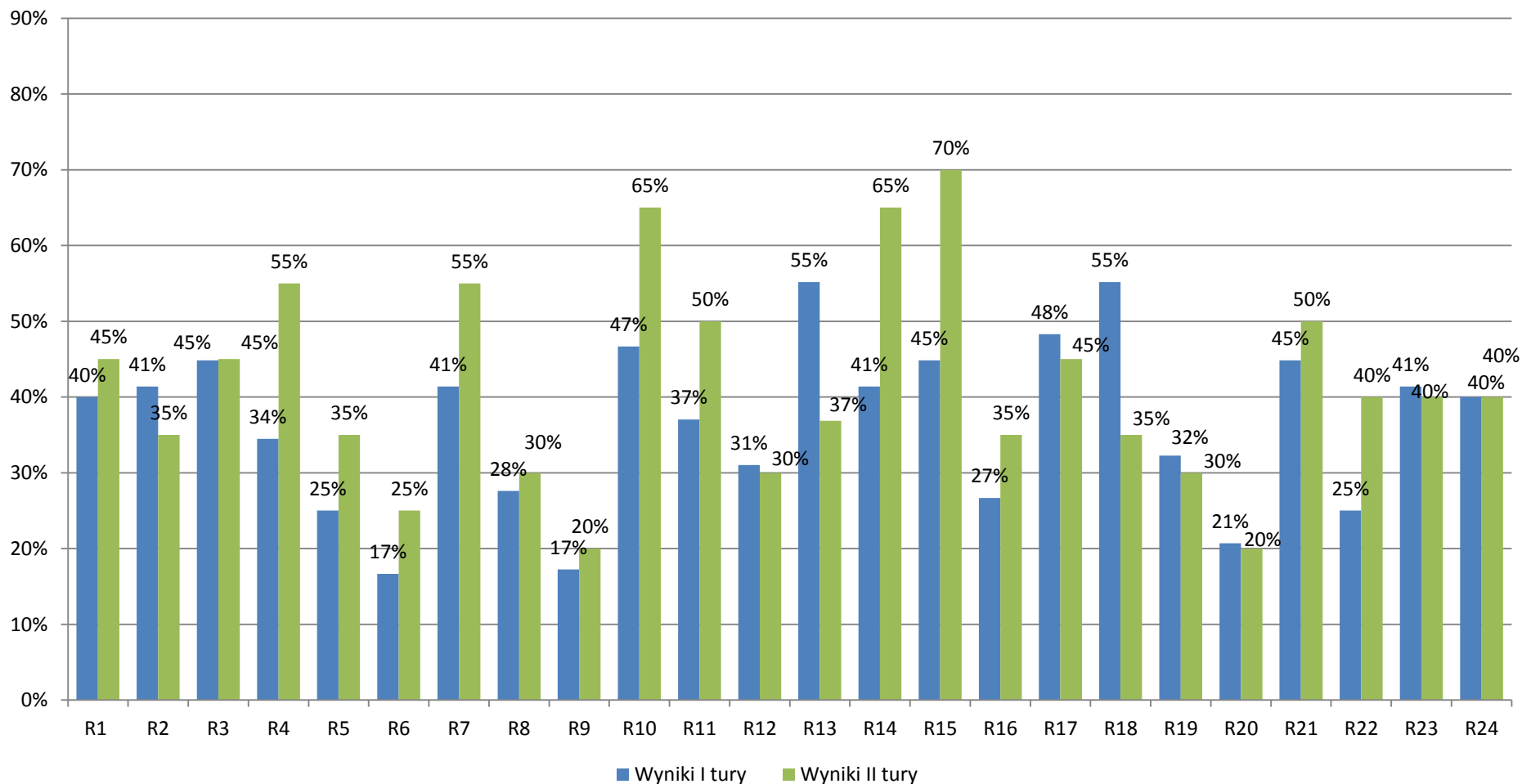
Legenda:

Numer	Czynnik
R1	Wspieranie prywatyzacji lecznictwa zamkniętego
R2	Organizowanie przez samorząd systemu pozyskiwania, analizy i przetwarzania danych (funkcjonowanie szpitali, otoczenie, trendy, prognozy), niezbędnych do podejmowania długofalowych decyzji w zakresie organizacji i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji
R3	Zapewnienie osobom zarządzającym placówkami medycznymi dostępu do danych niezbędnych do podejmowania decyzji strategicznych np. inwestycyjnych, restrukturyzacyjnych
R4	Zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie
R5	Wprowadzenie kontraktów długoterminowych pomiędzy świadczeniodawcami, a płatnikiem publicznym
R6	Większy wpływ oddziałów regionalnych NFZ oraz organizatorów na decyzje związane z finansowaniem usług - demonopolizacja decyzji NFZ
R7	Powołanie zespołu planującego i koordynującego politykę zdrowotną w regionie, złożonego z przedstawicieli Urzędu Marszałkowskiego, Wojewody, Regionalnego NFZ
R8	Przechodzenie od koncepcji definiowania sieci szpitali do koncepcji definiowania sieci oddziałów szpitalnych zgodnie z kryteriami zdrowotnymi, demograficznymi, przestrzennymi i ekonomicznymi
R9	Wdrożenie mechanizmów ochrony placówek publicznych przez właściciela przez równoważenie ilości kontraktów realizowanych przez publiczne i niepubliczne ZOZ w regionie. Dążenie do zabezpieczenia kontraktów dla już istniejących placówek publicznych i funkcjonujących oddziałów
R10	Wdrożenie mechanizmów ograniczających konkurencję pomiędzy placówkami medycznymi należącymi do tego samego właściciela
R11	Opracowanie i wdrożenie standardu danych i informacji pozyskiwanych i przetwarzanych na poziomie regionu, kompatybilnych z innymi systemami, służących do podejmowania decyzji strategicznych i monitorowania sytuacji. Stworzenie mechanizmów motywowania placówek medycznych do uzupełniania baz danych
R12	Wprowadzenie standardu udzielania świadczeń w praktyce lekarza rodzinnego, pozwalającego na pełne wykorzystanie jego kompetencji. Dążenie do stanu, w którym praktyka lekarza rodzinnego jest miejscem zaspokajania 80% potrzeb zdrowotnych pacjenta
R13	Wskazywanie skutecznych rozwiązań stosowanych z sukcesem w innych placówkach medycznych w regionie (dobrych praktyk) – Benchmarking oraz motywowanie dyrekcji placówek medycznych do ich wdrażania
R14	Motywowanie dyrekcji placówek medycznych do podejmowania wspólnych działań, które mogą przyczynić się do obniżania kosztów funkcjonowania placówek, np. wspólne zakupy, wspólne

	zamówienia, przetargi, itp., W początkowym etapie animowanie działań w tym zakresie
R15	Organizowanie centrów diagnostycznych (wspólne centra konsultacyjne) w regionie, jak najlepiej wyposażonych w zasoby ośrodków
R16	Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze technologii medycznych, np. wspieranie finansowania technologii, istotnie przyczyniających się do obniżania kosztów obsługi, czy funkcjonowania placówek - skrócenia czasu pobytu w szpitalu
R17	Stymulowanie rozwoju telemedycyny
R18	Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze wykorzystania na szerszą skalę nowoczesnych technologii informatycznych w kontaktach z pacjentami - rejestracji, wpisu
R19	Przywrócenie więzi funkcjonalnych, organizacyjnych i informacyjnych pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych a gabinetami specjalistycznymi, szpitalami, ratownictwem medycznym i opieką społeczną
R20	Realizacja inicjatyw mających na celu budowanie poczucia odpowiedzialności obywateli za zdrowie własne i rodziny, np. przez promocję zdrowego stylu życia, uświadamianie zależności pomiędzy obciążeniami ekonomicznymi społeczeństwa na rzecz zdrowia, a dostępnością i jakością opieki zdrowotnej
R21	Przejęcie przez jednostki samorządu terytorialnego inicjowania lokalnych programów zdrowotnych redukcji czynników ryzyka. Przekazanie do budżetów samorządów terytorialnych dotacji na finansowanie lokalnych programów profilaktyczno-leczniczych
R22	Wdrożenie mechanizmów umożliwiających zwiększenie efektywności wczesnego diagnozowania, np. przez prowadzenie populacyjnych badań przesiewowych, diagnozowanie na poziomie POZ
R23	Zapewnienie lepszego dostępu pacjentów do informacji na temat świadczeń z zakresu podstawowej opieki (POZ) w godzinach nocnych i w dni świąteczne, ograniczając tym samym korzystanie z placówek lecznictwa zamkniętego jako bardziej specjalistycznych
R24	Zezwalanie na dopłacanie do usług medycznych za wyższą jakość, lepsze warunki socjalno – bytowe, czy korzystanie z wybranej droższej procedury (uwaga nie chodzi o szybszy dostęp do usług)



Wykres 6.3. Odsetek odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań w niewielkim stopniu wpłyną na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie: dostępności usług medycznych w regionie



Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Legenda:

Numer	Czynnik
R1	Wspieranie prywatyzacji lecznictwa zamkniętego
R2	Organizowanie przez samorząd systemu pozyskiwania, analizy i przetwarzania danych (funkcjonowanie szpitali, otoczenie, trendy, prognozy), niezbędnych do podejmowania długofalowych decyzji w zakresie organizacji i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji
R3	Zapewnienie osobom zarządzającym placówkami medycznymi dostępu do danych niezbędnych do podejmowania decyzji strategicznych np. inwestycyjnych, restrukturyzacyjnych
R4	Zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie
R5	Wprowadzenie kontraktów długoterminowych pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem publicznym
R6	Większy wpływ oddziałów regionalnych NFZ oraz organizatorów na decyzje związane z finansowaniem usług - demonopolizacja decyzji NFZ
R7	Powołanie zespołu planującego i koordynującego politykę zdrowotną w regionie, złożonego z przedstawicieli Urzędu Marszałkowskiego, Wojewody, Regionalnego NFZ
R8	Przechodzenie od koncepcji definiowania sieci szpitali do koncepcji definiowania sieci oddziałów szpitalnych zgodnie z kryteriami zdrowotnymi, demograficznymi, przestrzennymi i ekonomicznymi
R9	Wdrożenie mechanizmów ochrony placówek publicznych przez właściciela przez równoważenie ilości kontraktów realizowanych przez publiczne i niepubliczne ZOZ w regionie. Dążenie do zabezpieczenia kontraktów dla już istniejących placówek publicznych i funkcjonujących oddziałów
R10	Wdrożenie mechanizmów ograniczających konkurencję pomiędzy placówkami medycznymi należącymi do tego samego właściciela
R11	Opracowanie i wdrożenie standardu danych i informacji pozyskiwanych i przetwarzanych na poziomie regionu, kompatybilnych z innymi systemami, służących do podejmowania decyzji strategicznych i monitorowania sytuacji. Stworzenie mechanizmów motywowania placówek medycznych do uzupełniania baz danych
R12	Wprowadzenie standardu udzielania świadczeń w praktyce lekarza rodzinnego, pozwalającego na pełne wykorzystanie jego kompetencji. Dążenie do stanu, w którym praktyka lekarza rodzinnego jest miejscem zaspokajania 80% potrzeb zdrowotnych pacjenta
R13	Wskazywanie skutecznych rozwiązań stosowanych z sukcesem w innych placówkach medycznych w regionie (dobrych praktyk) – Benchmarking oraz motywowanie dyrekcji placówek medycznych do ich wdrażania
R14	Motywowanie dyrekcji placówek medycznych do podejmowania wspólnych działań, które mogą przyczynić się do obniżania kosztów funkcjonowania placówek, np. wspólne zakupy, wspólne

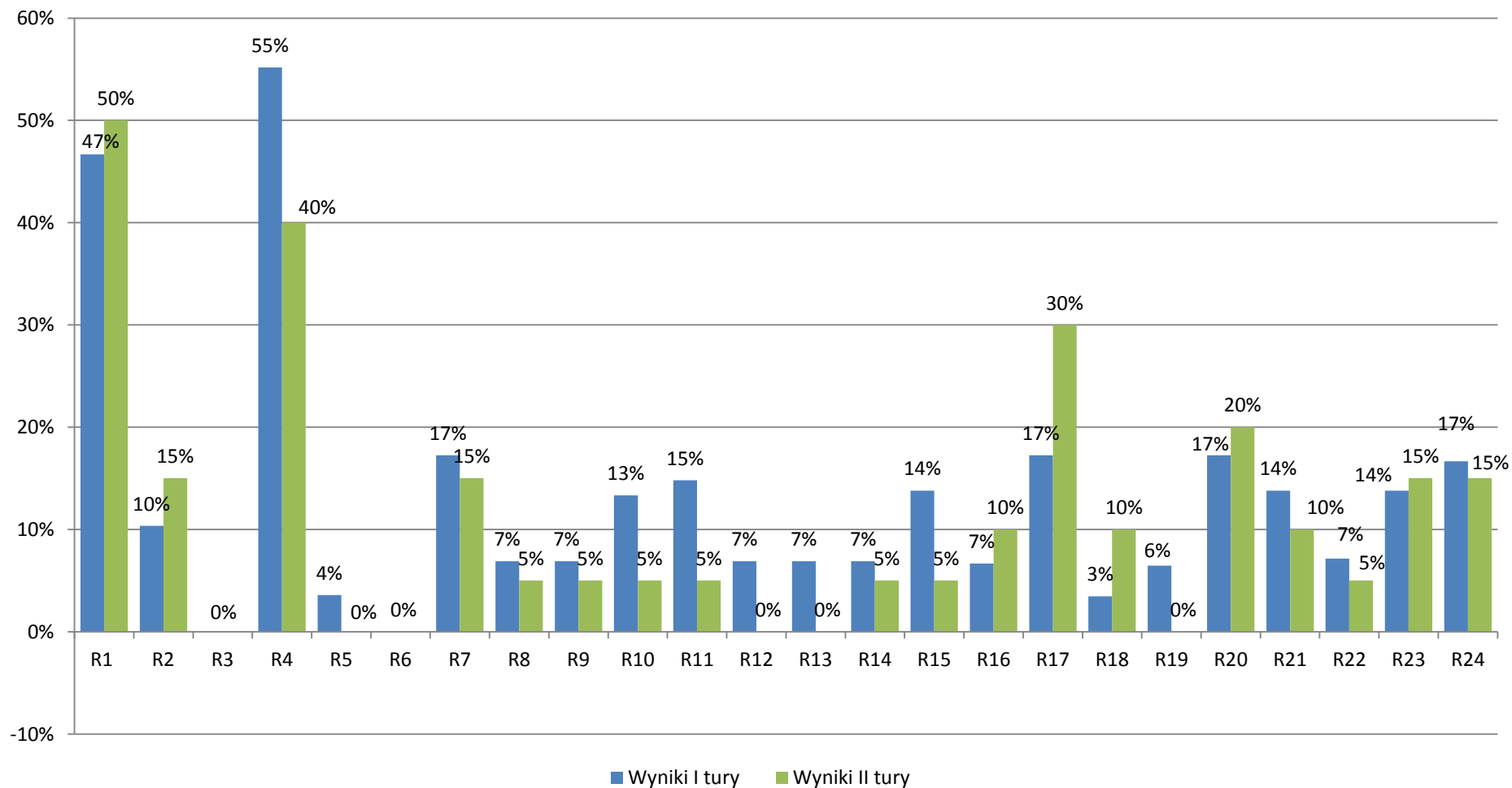
Numer	Czynnik
	zamówienia, przetargi, itp., W początkowym etapie animowanie działań w tym zakresie
R15	Organizowanie centrów diagnostycznych (wspólne centra konsultacyjne) w regionie, jak najlepiej wyposażonych w zasoby ośrodków
R16	Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze technologii medycznych, np. wspieranie finansowania technologii, istotnie przyczyniających się do obniżania kosztów obsługi, czy funkcjonowania placówek - skrócenia czasu pobytu w szpitalu
R17	Stymulowanie rozwoju telemedycyny
R18	Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze wykorzystania na szerszą skalę nowoczesnych technologii informatycznych w kontaktach z pacjentami - rejestracji, wpisu
R19	Przywrócenie więzi funkcjonalnych, organizacyjnych i informacyjnych pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych a gabinetami specjalistycznymi, szpitalami, ratownictwem medycznym i opieką społeczną
R20	Realizacja inicjatyw mających na celu budowanie poczucia odpowiedzialności obywateli za zdrowie własne i rodziny, np. przez promocję zdrowego stylu życia, uświadamianie zależności pomiędzy obciążeniami ekonomicznymi społeczeństwa na rzecz zdrowia, a dostępnością i jakością opieki zdrowotnej
R21	Przejęcie przez jednostki samorządu terytorialnego inicjowania lokalnych programów zdrowotnych redukcji czynników ryzyka. Przekazanie do budżetów samorządów terytorialnych dotacji na finansowanie lokalnych programów profilaktyczno–lecniczych
R22	Wdrożenie mechanizmów umożliwiających zwiększenie efektywności wczesnego diagnozowania, np. przez prowadzenie populacyjnych badań przesiewowych, diagnozowanie na poziomie POZ
R23	Zapewnienie lepszego dostępu pacjentów do informacji na temat świadczeń z zakresu podstawowej opieki w godzinach (POZ) w godzinach nocnych i w dni świąteczne, ograniczając tym samym korzystanie z placówek leczenia zamkniętego jako bardziej specjalistycznych
R24	Zezwalanie na dopłacanie do usług medycznych za wyższą jakość, lepsze warunki socjalno–bytowe, czy korzystanie z wybranej droższej procedury (uwaga nie chodzi o szybszy dostęp do usług)

Powyższa tabela przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań w niewielkim stopniu wpłyną na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia w przyszłości w zakresie: **dostępności usług medycznych w regionie**. W pierwszej turze badań próg 50% wskazań przekroczyły jedynie warianty **R13** („Wskazywanie skutecznych rozwiązań stosowanych z sukcesem w innych placówkach medycznych w regionie– Benchmarking oraz motywowanie dyrekcji placówek medycznych do ich wdrażania”) - 55,2% - i **R18** („Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze wykorzystania na szerszą skalę nowoczesnych technologii informatycznych w kontaktach z pacjentami - rejestracji, wpisu”) - również 55,2%. Próg 40% wskazań przekroczyły lub osiągnęły odpowiedzi: **R17** („Stymulowanie rozwoju telemedycyny”), **R10** („Wdrożenie mechanizmów ograniczających konkurencję pomiędzy placówkami medycznymi należącymi do tego samego właściciela”), **R3** („Zapewnienie osobom zarządzającym placówkami medycznymi dostępu do danych niezbędnych do podejmowania decyzji strategicznych np. inwestycyjnych, restrukturyzacyjnych”), **R15** („Organizowanie centrów diagnostycznych (wspólne centra konsultacyjne) w regionie, jak najlepiej wyposażonych w zasoby ośrodków”), **R21** („Przejęcie przez jednostki samorządu terytorialnego inicjowania lokalnych programów zdrowotnych redukcji czynników ryzyka. Przekazanie do budżetów samorządów terytorialnych dotacji na finansowanie lokalnych programów profilaktyczno-leczniczych”), **R7** („Powołanie zespołu planującego i koordynującego politykę zdrowotną w regionie, złożonego z przedstawicieli Urzędu Marszałkowskiego, wojewody, Regionalnego NFZ”), **R14** („Motywowanie dyrekcji placówek medycznych do podejmowania wspólnych działań, które mogą przyczynić się do obniżania kosztów funkcjonowania placówek, np. wspólne zakupy, wspólne zamówienia, przetargi, itp., W początkowym etapie animowanie działań w tym zakresie”), **R23** („Zapewnienie lepszego dostępu pacjentów do informacji na temat świadczeń z zakresu podstawowej opieki w godzinach w godzinach nocnych i w dni świąteczne, ograniczając tym samym korzystanie z placówek lecznictwa zamkniętego jako bardziej specjalistycznych”), **R1** („Wspieranie prywatyzacji lecznictwa zamkniętego”) oraz **R24** („Zezwalanie na dopłacanie do usług medycznych za wyższą jakość, lepsze warunki socjalno-bytowe, czy korzystanie z wybranej droższej procedury”).

W przypadku drugiej tury badań jedynie połowa odpowiedzi nie zmieniła się znacząco względem I tury. W drugiej turze najczęściej wskazywaną odpowiedzią był wariant **R15** („Organizowanie centrów diagnostycznych (wspólne centra konsultacyjne) w regionie jak najlepiej wyposażonych w zasoby ośrodków”), który osiągnął aż 70% i jest to również największa różnica jeżeli chodzi o porównanie z ilością wskazań tej odpowiedzi względem I tury (różnica wynosi 25,2%). W II turze próg 60% przekroczyły odpowiedzi **R10** („Wdrożenie mechanizmów ograniczających konkurencję pomiędzy placówkami medycznymi należącymi do tego samego właściciela”) i **R13** („Wskazywanie skutecznych rozwiązań stosowanych z sukcesem w innych placówkach medycznych w regionie– Benchmarking oraz motywowanie dyrekcji placówek medycznych do ich wdrażania”), obie uzyskując 65%, w tym wypadku różnica między I i II turą wynosi kolejno 18,3% oraz 23,6%. Odpowiedzi, które najrzadziej były wskazywane w obu turach jako czynniki, które w niewielkim stopniu wpłyną na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia w przyszłości to **R9** („Wdrożenie mechanizmów ochrony placówek publicznych przez właściciela przez równoważenie ilości kontraktów realizowanych przez publiczne i niepubliczne ZOZ w regionie. Dążenie do zabezpieczenia kontraktów dla już istniejących placówek publicznych i funkcjonujących oddziałów”), **R6** („Większy wpływ oddziałów regionalnych NFZ oraz organizatorów na decyzje związane z finansowaniem usług - demonopolizacja decyzji NFZ”) i **R20** („Realizacja inicjatyw mających na celu budowanie poczucia odpowiedzialności obywateli za zdrowie własne i rodziny, np. przez promocję zdrowego stylu życia, uświadamianie zależności pomiędzy obciążeniami ekonomicznymi społeczeństwa na rzecz zdrowia, a dostępnością i jakością opieki zdrowotnej”). Przy czym najmniej wskazań w I turze otrzymała odpowiedź **R6** (16,7%), natomiast w II turze po równo **R9** i **R20** (po 20%).



Wykres 6.4. Odsetek odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań nie będą miały wpływu na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie dostępności usług medycznych w regionie



Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Legenda:


numer	czynnik
R1	Wspieranie prywatyzacji lecznictwa zamkniętego
R2	Organizowanie przez samorząd systemu pozyskiwania, analizy i przetwarzania danych (funkcjonowanie szpitali, otoczenie, trendy, prognozy), niezbędnych do podejmowania długofalowych decyzji w zakresie organizacji i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji
R3	Zapewnienie osobom zarządzającym placówkami medycznymi dostępu do danych niezbędnych do podejmowania decyzji strategicznych np. inwestycyjnych, restrukturyzacyjnych
R4	Zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie
R5	Wprowadzenie kontraktów długoterminowych pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem publicznym
R6	Większy wpływ oddziałów regionalnych NFZ oraz organizatorów na decyzje związane z finansowaniem usług - demonopolizacja decyzji NFZ
R7	Powołanie zespołu planującego i koordynującego politykę zdrowotną w regionie, złożonego z przedstawicieli Urzędu Marszałkowskiego, wojewody, regionalnego NFZ
R8	Przechodzenie od koncepcji definiowania sieci szpitali do koncepcji definiowania sieci oddziałów szpitalnych zgodnie z kryteriami zdrowotnymi, demograficznymi, przestrzennymi i ekonomicznymi
R9	Wdrożenie mechanizmów ochrony placówek publicznych przez właściciela przez równoważenie ilości kontraktów realizowanych przez publiczne i niepubliczne ZOZ w regionie. Dążenie do zabezpieczenia kontraktów dla już istniejących placówek publicznych i funkcjonujących oddziałów
R10	Wdrożenie mechanizmów ograniczających konkurencję pomiędzy placówkami medycznymi należącymi do tego samego właściciela
R11	Opracowanie i wdrożenie standardu danych i informacji pozyskiwanych i przetwarzanych na poziomie regionu, kompatybilnych z innymi systemami, służących do podejmowania decyzji strategicznych i monitorowania sytuacji. Stworzenie mechanizmów motywowania placówek medycznych do uzupełniania baz danych
R12	Wprowadzenie standardu udzielania świadczeń w praktyce lekarza rodzinnego, pozwalającego na pełne wykorzystanie jego kompetencji. Dążenie do stanu, w którym praktyka lekarza rodzinnego jest miejscem zaspokajania 80% potrzeb zdrowotnych pacjenta
R13	Wskazywanie skutecznych rozwiązań stosowanych z sukcesem w innych placówkach medycznych w regionie (dobrych praktyk) – Benchmarking oraz motywowanie dyrekcji placówek medycznych do ich wdrażania
R14	Motywowanie dyrekcji placówek medycznych do podejmowania wspólnych działań, które mogą przyczynić się do obniżania kosztów funkcjonowania placówek, np. wspólne zakupy, wspólne zamówienia, przetargi, itp., W początkowym etapie animowanie działań w tym zakresie

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

R15	Organizowanie centrów diagnostycznych (wspólne centra konsultacyjne) w regionie, jak najlepiej wyposażonych w zasoby ośrodków
R16	Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze technologii medycznych, np. wspieranie finansowania technologii, istotnie przyczyniających się do obniżania kosztów obsługi, czy funkcjonowania placówek - skrócenia czasu pobytu w szpitalu
R17	Stymulowanie rozwoju telemedycyny
R18	Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze wykorzystania na szerszą skalę nowoczesnych technologii informatycznych w kontaktach z pacjentami - rejestracji, wpisu
R19	Przywrócenie więzi funkcjonalnych, organizacyjnych i informacyjnych pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych a gabinetami specjalistycznymi, szpitalami, ratownictwem medycznym i opieką społeczną
R20	Realizacja inicjatyw mających na celu budowanie poczucia odpowiedzialności obywateli za zdrowie własne i rodziny, np. przez promocję zdrowego stylu życia, uświadamianie zależności pomiędzy obciążeniami ekonomicznymi społeczeństwa na rzecz zdrowia, a dostępnością i jakością opieki zdrowotnej
R21	Przejęcie przez jednostki samorządu terytorialnego inicjowania lokalnych programów zdrowotnych redukcji czynników ryzyka. Przekazanie do budżetów samorządów terytorialnych dotacji na finansowanie lokalnych programów profilaktyczno-leczniczych
R22	Wdrożenie mechanizmów umożliwiających zwiększenie efektywności wczesnego diagnozowania, np. przez prowadzenie populacyjnych badań przesiewowych, diagnozowanie na poziomie POZ
R23	Zapewnienie lepszego dostępu pacjentów do informacji na temat świadczeń z zakresu podstawowej opieki w godzinach (POZ) w godzinach nocnych i w dni świąteczne, ograniczając tym samym korzystanie z placówek lecznictwa zamkniętego jako bardziej specjalistycznych
R24	Zezwalanie na dopłacanie do usług medycznych za wyższą jakość, lepsze warunki socjalno-bytowe, czy korzystanie z wybranej droższej procedury (uwaga nie chodzi o szybszy dostęp do usług)

Powyższy wykres przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi tury I i II badania Delphi, wskazujący, **które z działań/rozwiązań nie będą miały wpływu na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie: dostępności** usług medycznych w regionie. W obu turach za czynniki, które nie będą miały wpływu na poprawę sytuacji zdecydowanie najczęściej były wskazywane odpowiedzi **R1** („Wspieranie prywatyzacji lecznictwa zamkniętego”) i **R4** („Zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie”), przy czym w pierwszej turze najwięcej wskazań otrzymała odpowiedź **R4** („Zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie”) (55,2% i jest to jedyne wskazanie powyżej 50%, jest też wyższe od wskazań dla tej odpowiedzi w II turze o 12,2%). Natomiast w drugiej turze najczęściej wskazywaną odpowiedzią była **R1** („Wspieranie prywatyzacji lecznictwa zamkniętego”), która uzyskała 50% (3,3% więcej niż w I turze). Dość wysoki (na tle pozostałych wyników) poziom wskazań osiągnęła również w II turze odpowiedź **R17** („Stymulowanie rozwoju telemedycyny”) - 30%, to jest 12,8% więcej wskazań niż w I turze. Ani razu, zarówno w I jak i w II turze, nie zostały wskazane odpowiedzi **R3** („Zapewnienie osobom zarządzającym placówkami medycznymi dostępu do danych niezbędnych do podejmowania decyzji strategicznych np. inwestycyjnych, restrukturyzacyjnych”) i **R6** („Większy wpływ oddziałów regionalnych NFZ oraz organizatorów na decyzje związane z finansowaniem usług - demonopolizacja decyzji NFZ”). Żadnych wskazań w II turze nie otrzymały również odpowiedzi **R5** („Wprowadzenie kontraktów długoterminowych pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem publicznym”), **R12** („Wprowadzenie standardu udzielania świadczeń w praktyce lekarza rodzinnego, pozwalającego na pełne wykorzystanie jego kompetencji. Dążenie do stanu, w którym praktyka lekarza rodzinnego jest miejscem zaspokajania 80% potrzeb zdrowotnych pacjenta”), **R13** („Wskazywanie skutecznych rozwiązań stosowanych z sukcesem w innych placówkach medycznych w regionie – Benchmarking oraz motywowanie dyrekcji placówek medycznych do ich wdrażania”) i **R18** („Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze wykorzystania na szerszą skalę nowoczesnych technologii informatycznych w kontaktach z pacjentami - rejestracji, wpisu”). Największy wzrost względem I tury dotyczy odpowiedzi **R17** („Stymulowanie rozwoju telemedycyny”), natomiast największy spadek odpowiedzi **R4** („Zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie”). Ogólnie odpowiedzi były oznaczane jako te, które nie będą miały wpływu na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia dużo rzadziej niż jako zdecydowanie lub w niewielkim stopniu wpływające na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia.

Z przeprowadzonych badań można wyprowadzić następujące wnioski:

	Wnioski
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jako działanie mogące poprawić sytuację na rynku usług medycznych w regionie w zakresie dostępności usług eksperci najczęściej wskazywali demonopolizację decyzji NFZ (większy wpływ oddziałów regionalnych NFZ oraz organizatorów na decyzje związane z finansowaniem usług) oraz wdrożenie mechanizmów ochrony placówek publicznych przez właściciela przez równoważenie ilości kontraktów realizowanych przez publiczne i niepubliczne ZOZ w regionie. 2. Za czynniki o niewielkim wpływie na poprawę sytuacji zostały natomiast uznane bechmarking, oraz wskazanie regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze wykorzystania na szerszą skalę nowoczesnych technologii informatycznych w kontaktach z pacjentami. 3. Według badanych bez wpływu na poprawę sytuacji w regionie pozostają wspieranie prywatyzacji lecznictwa zamkniętego oraz zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie.

6.2.2. Możliwości poprawy funkcjonowania placówek medycznych w regionie



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Dokonanie oceny działań/rozwiązań, które wpłyną pozytywnie na poprawę sytuacji w zakresie poprawy funkcjonowania placówek medycznych oraz stopnia ich istotności.

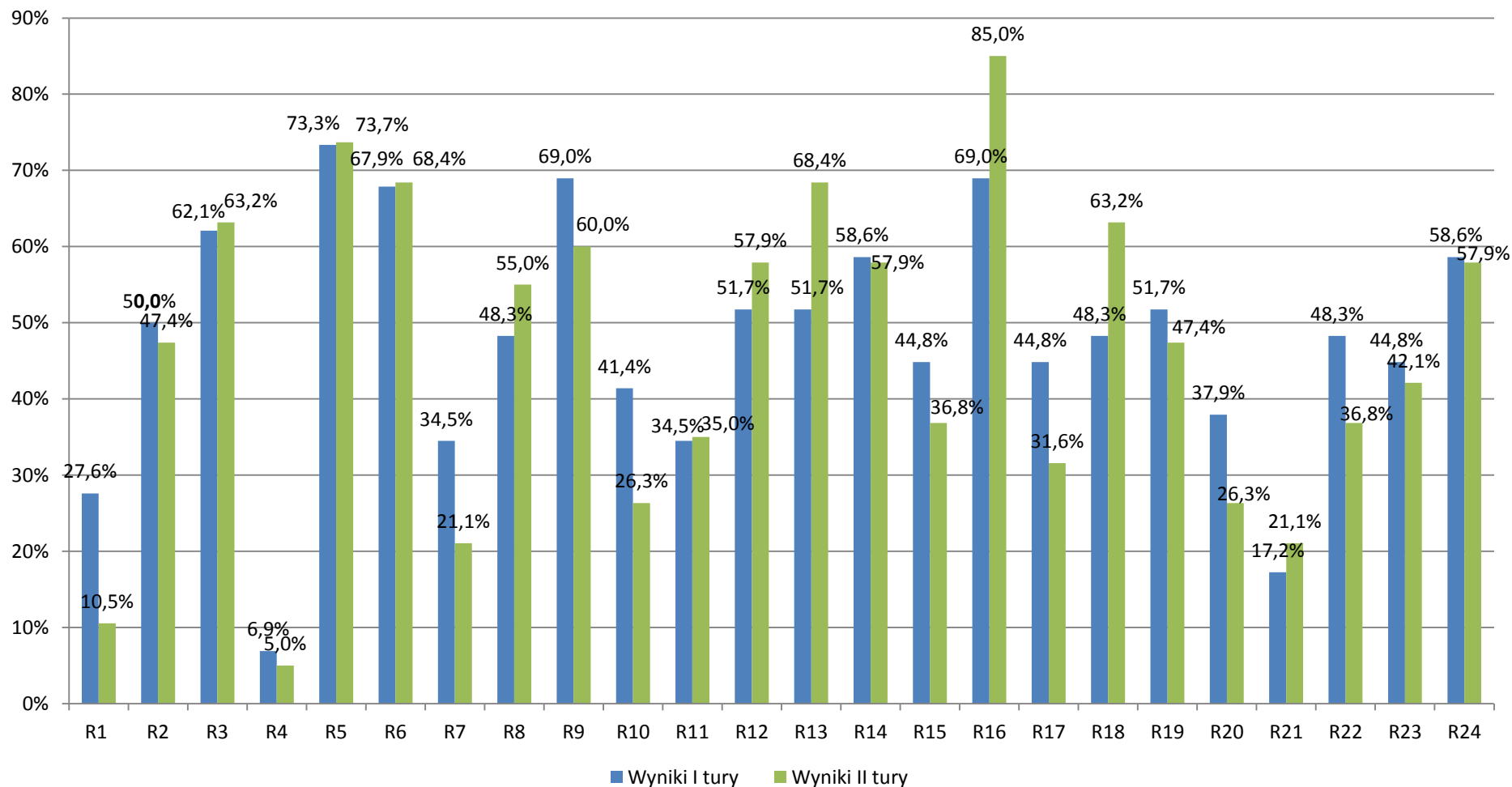
Poniższy wykres przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań **zdecydowanie wpłyną na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia w przyszłości w zakresie: poprawy funkcjonowania placówek medycznych** (np. lepsza kondycja finansowa). W pierwszej turze najczęściej wskazywaną odpowiedzią był wariant **R5** („Wprowadzenie kontraktów długoterminowych pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem publicznym”) i jako jedyny przekroczył 70% wskazań osiągając wynik 73,7%. W drugiej turze otrzymał on dokładnie taki sam procent wskazań, przy czym w II turze był to drugi najczęstszy wynik, gdyż więcej punktów procentowych otrzymała odpowiedź **R16** („Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze technologii medycznych, np. wspieranie finansowania technologii istotnie przyczyniających się do obniżania kosztów obsługi, czy funkcjonowania placówek - skrócenia czasu pobytu w szpitalu”) - 85%. Odpowiedź ta w pierwszej turze zajmowała drugie miejsce na równi z odpowiedzią **R9** („Wdrożenie mechanizmów ochrony placówek publicznych przez właściciela przez równoważenie ilości kontraktów realizowanych przez publiczne i niepubliczne ZOZ w regionie. Dążenie do zabezpieczenia kontraktów dla już istniejących placówek publicznych i funkcjonujących oddziałów”) – obie otrzymały po 69% wskazań. W pierwszej turze ponadto próg 60% wskazań przekroczyły odpowiedzi **R6** („Większy wpływ oddziałów regionalnych NFZ oraz organizatorów na decyzje związane z finansowaniem usług - demonopolizacja decyzji NFZ”) i **R3** („Zapewnienie osobom zarządzającym placówkami medycznymi dostępu do danych niezbędnych do podejmowania decyzji strategicznych np. inwestycyjnych, restrukturyzacyjnych”) . Próg 50% wskazań w I turze przekroczyły odpowiedzi **R14** („Motywowanie dyrekcji placówek medycznych do podejmowania wspólnych działań, które mogą przyczynić się do obniżania kosztów funkcjonowania placówek, np. wspólne zakupy, wspólne zamówienia, przetargi, itp. W początkowym etapie animowanie działań w tym zakresie”), **R24** („Zezwalanie na dopłacanie do usług medycznych za wyższą jakość, lepsze warunki socjalno-bytowe, czy korzystanie z wybranej droższej procedury”) , **R13** („Wskazywanie skutecznych rozwiązań stosowanych z sukcesem w innych placówkach medycznych w regionie – benchmarking oraz motywowanie dyrekcji placówek medycznych do ich wdrażania”), **R12** („Wprowadzenie standardu udzielania świadczeń w praktyce lekarza rodzinnego, pozwalającego na pełne wykorzystanie jego kompetencji. Dążenie do stanu, w którym praktyka lekarza rodzinnego jest miejscem zaspokajania 80% potrzeb zdrowotnych pacjenta”), **R19** („Przywrócenie więzi funkcjonalnych, organizacyjnych i informacyjnych pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych a gabinetami specjalistycznymi, szpitalami, ratownictwem medycznym i opieką społeczną”) i **R2** („Organizowanie przez samorząd systemu pozyskiwania, analizy i przetwarzania danych, niezbędnych do podejmowania długofalowych decyzji w zakresie organizacji i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji”). W drugiej turze maksymalne wartości były większe niż w pierwszej, choć zarówno w I jak i II turze tylko 11 odpowiedzi przekroczyło 50% wskazań. Poza najczęściej wskazywanymi w II turze odpowiedziami (omówionymi powyżej **R16** i **R5**), próg 60% przekroczyły **R6** („Większy wpływ oddziałów regionalnych NFZ oraz organizatorów na decyzje związane z finansowaniem usług - demonopolizacja decyzji NFZ”), **R13** („Wskazywanie skutecznych rozwiązań stosowanych z sukcesem w innych placówkach medycznych w regionie (dobrych praktyk) – Benchmarking oraz motywowanie dyrekcji placówek medycznych do ich wdrażania”), **R3** („Zapewnienie osobom zarządzającym placówkami medycznymi dostępu do danych niezbędnych do podejmowania decyzji strategicznych

np. inwestycyjnych, restrukturyzacyjnych”), **R18** („Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze wykorzystania na szerszą skalę nowoczesnych technologii informatycznych w kontaktach z pacjentami - rejestracji, wpisu”) i **R9** („Wdrożenie mechanizmów ochrony placówek publicznych przez właściciela przez równoważenie ilości kontraktów realizowanych przez publiczne i niepubliczne ZOZ w regionie. Dążenie do zabezpieczenia kontraktów dla już istniejących placówek publicznych i funkcjonujących oddziałów”), natomiast próg 50% przekroczyły **R12** („Wprowadzenie standardu udzielania świadczeń w praktyce lekarza rodzinnego, pozwalającego na pełne wykorzystanie jego kompetencji. Dążenie do stanu, w którym praktyka lekarza rodzinnego jest miejscem zaspokajania 80% potrzeb zdrowotnych pacjenta”), **R14** („Motywowanie dyrekcji placówek medycznych do podejmowania wspólnych działań, które mogą przyczynić się do obniżania kosztów funkcjonowania placówek, np. wspólne zakupy, wspólne zamówienia, przetargi, itp. W początkowym etapie animowanie działań w tym zakresie”), **R24** („Zezwalanie na dopłacanie do usług medycznych za wyższą jakość, lepsze warunki socjalno-bytowe, czy korzystanie z wybranej droższej procedury (uwaga nie chodzi o szybszy dostęp do usług)”) i **R8** („Przechodzenie od koncepcji definiowania sieci szpitali do koncepcji definiowania sieci oddziałów szpitalnych zgodnie z kryteriami zdrowotnymi, demograficznymi, przestrzennymi i ekonomicznymi”). Największe różnice w wartościach wskazań w I i II turze obserwujemy w przypadku odpowiedzi **R1** („Wspieranie prywatyzacji lecznictwa zamkniętego”), tutaj wartość w I turze była o 17,1 p.p. wyższa niż w II. Również przy odpowiedzi **R10** („Wdrożenie mechanizmów ograniczających konkurencję pomiędzy placówkami medycznymi należącymi do tego samego właściciela”) widać spadek o 15,1 p.p. względem I tury, podobnie przy odpowiedzi **R7** („Powołanie zespołu planującego i koordynującego politykę zdrowotną w regionie, złożonego z przedstawicieli Urzędu Marszałkowskiego, wojewody, Regionalnego NFZ”), gdzie spadek względem I tury wyniósł 13,4 p.p..

Największy wzrost wskazań względem I tury widać w wypadku odpowiedzi **R13** („Wskazywanie skutecznych rozwiązań stosowanych z sukcesem w innych placówkach medycznych w regionie – Benchmarking oraz motywowanie dyrekcji placówek medycznych do ich wdrażania”) - wzrost o 16,7 p.p., odpowiedzi **R16** („Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze technologii medycznych, np. wspieranie finansowania technologii, istotnie przyczyniających się do obniżania kosztów obsługi, czy funkcjonowania placówek - skrócenia czasu pobytu w szpitalu”) - wzrost o 16 p.p. - oraz **R18** („Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze wykorzystania na szerszą skalę nowoczesnych technologii informatycznych w kontaktach z pacjentami - rejestracji, wpisu”) - wzrost o 14,9 p.p.. Najmniej wskazań w obu turach otrzymała odpowiedź **R4** („Zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie”), kolejno 6,9% i 5%.



Wykres 6.5. Odsetek odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań zdecydowanie wpłyną na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie: poprawy funkcjonowania placówek medycznych (np. lepsza kondycja finansowa).

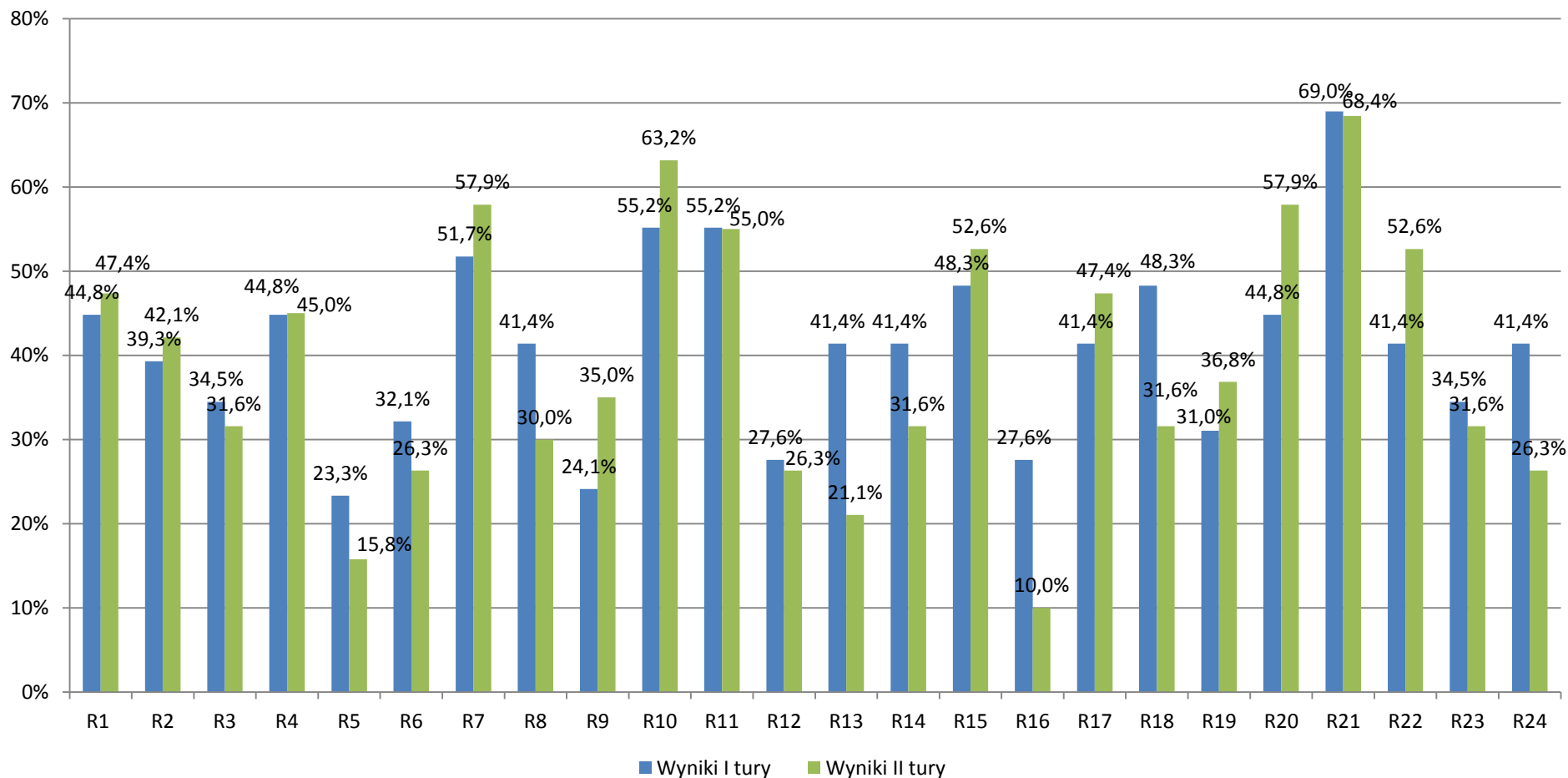


Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Wykres 6.6. Odsetek odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań w niewielkim stopniu wpłyną na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie: poprawy funkcjonowania placówek medycznych (np. lepsza kondycja finansowa)



Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

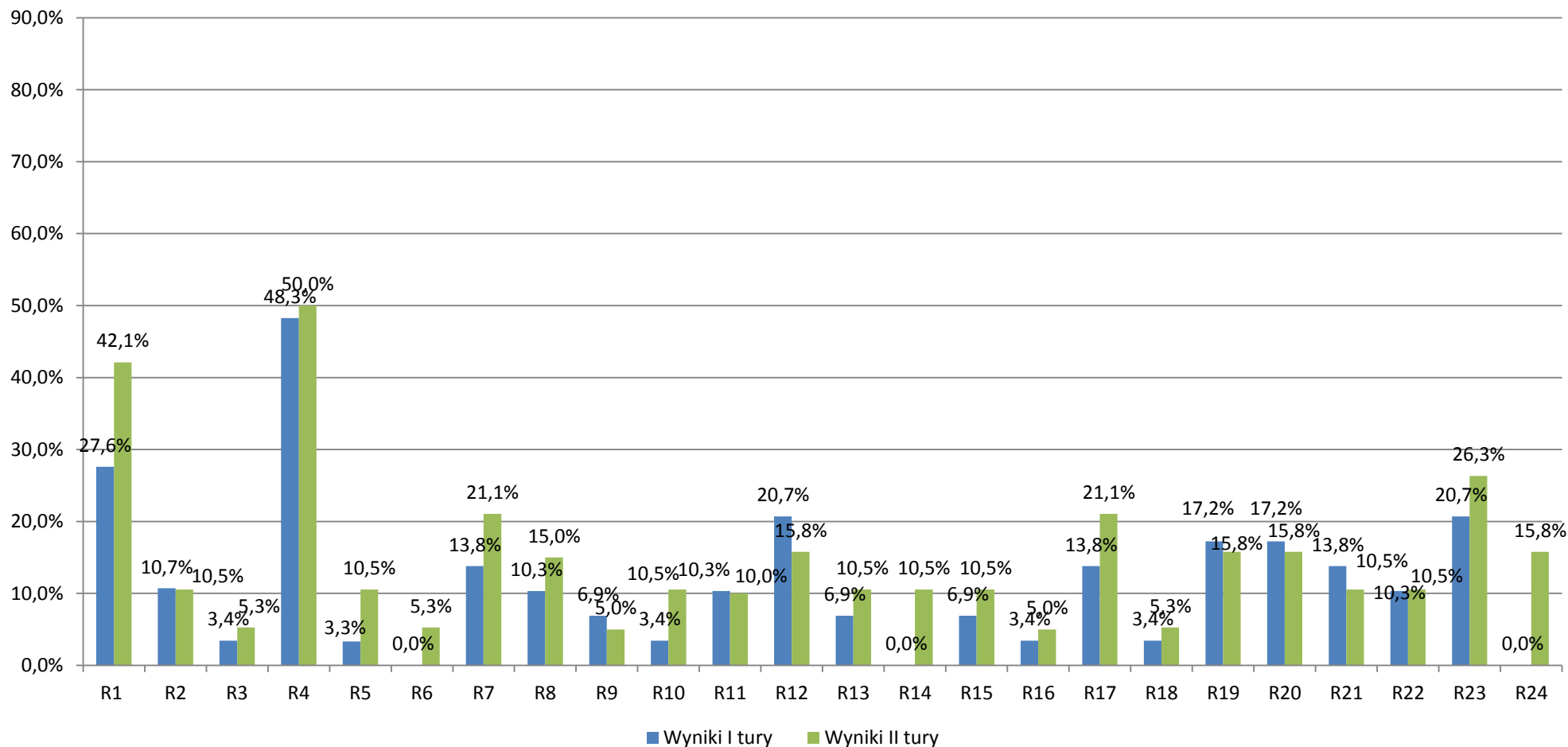
Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Powyższa tabela przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań **w niewielkim stopniu wpłyną na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie: poprawy funkcjonowania placówek medycznych (np. lepsza kondycja finansowa)**. Najczęściej wskazywaną odpowiedzią w obu turach, była **R21** („Przejęcie przez jednostki samorządu terytorialnego inicjowania lokalnych programów zdrowotnych redukcji czynników ryzyka. Przekazanie do budżetów samorządów terytorialnych dotacji na finansowanie lokalnych programów profilaktyczno-leczniczych”), w I turze otrzymała 69%, a w drugiej 68,4%. W pierwszej turze była to jedyna odpowiedź przekraczająca próg 60% wskazań. Próg 50% wskazań przekroczyły w I turze **R10** („Wdrożenie mechanizmów ograniczających konkurencję pomiędzy placówkami medycznymi należącymi do tego samego właściciela”), **R11** („Opracowanie i wdrożenie standardu danych i informacji pozyskiwanych i przetwarzanych na poziomie regionu, kompatybilnych z innymi systemami, służących do podejmowania decyzji strategicznych i monitorowania sytuacji. Stworzenie mechanizmów motywowania placówek medycznych do uzupełniania baz danych”) - z tym samym wynikiem 55,2% oraz **R7** („Powołanie zespołu planującego i koordynującego politykę zdrowotną w regionie, złożonego z przedstawicieli Urzędu Marszałkowskiego, wojewody, Regionalnego NFZ”) - 51,7%. Prawie połowa, bo aż 11 odpowiedzi, zmieściła się w I turze w przedziale między 40-50%. Przy czym plasują się one na poziomach 3 wartości: dla odpowiedzi **R15** („Organizowanie centrów diagnostycznych (wspólne centra konsultacyjne) w regionie, jak najlepiej wyposażonych w zasoby ośrodków”) i **R18** („Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze wykorzystania na szerszą skalę nowoczesnych technologii informatycznych w kontaktach z pacjentami - rejestracji, wpisu”) to 48,3%, dla **R1** („Wspieranie prywatyzacji lecznictwa zamkniętego”), **R4** („Zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie”) i **R20** to 44,8%, a dla **R8** („Przechodzenie od koncepcji definiowania sieci szpitali do koncepcji definiowania sieci oddziałów szpitalnych zgodnie z kryteriami zdrowotnymi, demograficznymi, przestrzennymi i ekonomicznymi”), **R13** („Wskazywanie skutecznych rozwiązań stosowanych z sukcesem w innych placówkach medycznych w regionie – Benchmarking oraz motywowanie dyrekcji placówek medycznych do ich wdrażania”), **R14** („Motywowanie dyrekcji placówek medycznych do podejmowania wspólnych działań, które mogą przyczynić się do obniżania kosztów funkcjonowania placówek, np. wspólne zakupy, wspólne zamówienia, przetargi, itp. W początkowym etapie animowanie działań w tym zakresie”), **R17** („Stymulowanie rozwoju telemedycyny”), **R22** („Wdrożenie mechanizmów umożliwiających zwiększenie efektywności wczesnego diagnozowania, np. przez prowadzenie populacyjnych badań przesiewowych, diagnozowanie na poziomie POZ”), **R24** („Zezwalanie na dopłacanie do usług medycznych za wyższą jakość, lepsze warunki socjalno-bytowe, czy korzystanie z wybranej droższej procedury”) to 41,4%. Łącznie próg 40% przekroczyło 15 odpowiedzi. Co ciekawe, żadna z odpowiedzi w I turze tego badania nie uzyskała wyniku poniżej 20%. W drugiej turze badania, poza najczęściej wskazywaną odpowiedzią **R21**, próg 60% przekroczyła jeszcze odpowiedź **R10** („Wdrożenie mechanizmów ograniczających konkurencję pomiędzy placówkami medycznymi należącymi do tego samego właściciela”) - 63,2%. Próg 50% przekroczyły odpowiedzi **R7** („Powołanie zespołu planującego i koordynującego politykę zdrowotną w regionie, złożonego z przedstawicieli Urzędu Marszałkowskiego, wojewody, Regionalnego NFZ”) i **R20** („Realizacja inicjatyw mających na celu budowanie poczucia odpowiedzialności obywateli za zdrowie własne i rodziny, np. przez promocję zdrowego stylu życia, uświadamianie zależności pomiędzy obciążeniami ekonomicznymi społeczeństwa na rzecz zdrowia, a dostępnością i jakością opieki zdrowotnej”) - po 57,9%, **R11** („Opracowanie i wdrożenie standardu danych i informacji pozyskiwanych i przetwarzanych na poziomie regionu, kompatybilnych z innymi systemami, służących do podejmowania decyzji strategicznych i monitorowania sytuacji. Stworzenie mechanizmów motywowania placówek medycznych do uzupełniania baz danych”) - 55% oraz **R15** („Organizowanie centrów diagnostycznych (wspólne centra konsultacyjne) w regionie, jak najlepiej wyposażonych w zasoby ośrodków”) i **R22** („Wdrożenie mechanizmów umożliwiających zwiększenie efektywności wczesnego diagnozowania,

np. przez prowadzenie populacyjnych badań przesiewowych, diagnozowanie na poziomie POZ”) - po 52,6%. Próg 40% przekroczyły odpowiedzi **R1** („Wspieranie prywatyzacji lecznictwa zamkniętego”) i **R17** („Stymulowanie rozwoju telemedycyny”) - po 47,4%, **R4** („Zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie”) - 45% i **R2** („Organizowanie przez samorząd systemu pozyskiwania, analizy i przetwarzania danych (funkcjonowanie szpitali, otoczenie, trendy, prognozy), niezbędnych do podejmowania długofalowych decyzji w zakresie organizacji i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji”) - 42,1%. W II turze badania 11 odpowiedzi (czyli o 4 mniej niż w I turze) przekroczyło próg 40% wskazań. W I turze najmniej wskazań otrzymała odpowiedź **R5** („Wprowadzenie kontraktów długoterminowych pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem publicznym”) - 23,3%, natomiast w II turze **R16** („Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze technologii medycznych, np. wspieranie finansowania technologii istotnie przyczyniających się do obniżania kosztów obsługi, czy funkcjonowania placówek - skrócenia czasu pobytu w szpitalu”) - 10% i ponownie **R5** (15,8%). Największe różnice we wskazaniach odpowiedzi obserwujemy w przypadku **R13** („Wskazywanie skutecznych rozwiązań stosowanych z sukcesem w innych placówkach medycznych w regionie - Benchmarking oraz motywowanie dyrekcji placówek medycznych do ich wdrażania”) - spadek względem I tury o 20,3 p.p., **R16** („Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze technologii medycznych, np. wspieranie finansowania technologii, istotnie przyczyniających się do obniżania kosztów obsługi, czy funkcjonowania placówek - skrócenia czasu pobytu w szpitalu”) - spadek względem I tury o 17,1 p.p., **R18** („Wskazania regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze wykorzystania na szerszą skalę nowoczesnych technologii informatycznych w kontaktach z pacjentami - rejestracji, wpisu”) - spadek względem I tury o 16,7 p.p., **R20** („Realizacja inicjatyw mających na celu budowanie poczucia odpowiedzialności obywateli za zdrowie własne i rodziny, np. przez promocję zdrowego stylu życia, uświadamianie zależności pomiędzy obciążeniami ekonomicznymi społeczeństwa na rzecz zdrowia, a dostępnością i jakością opieki zdrowotnej”) - wzrost względem I tury o 13,1 p.p., **R8** („Przechodzenie od koncepcji definiowania sieci szpitali do koncepcji definiowania sieci oddziałów szpitalnych zgodnie z kryteriami zdrowotnymi, demograficznymi, przestrzennymi i ekonomicznymi”) - spadek względem I tury o 11,4 p.p., **R22** („Wdrożenie mechanizmów umożliwiających zwiększenie efektywności wczesnego diagnozowania, np. przez prowadzenie populacyjnych badań przesiewowych, diagnozowanie na poziomie POZ”) - wzrost względem I tury o 11,2 p.p. i **R9** („Wdrożenie mechanizmów ochrony placówek publicznych przez właściciela przez równoważenie ilości kontraktów realizowanych przez publiczne i niepubliczne ZOZ w regionie. Dążenie do zabezpieczenia kontraktów dla już istniejących placówek publicznych i funkcjonujących oddziałów”) - wzrost względem I tury o 10,9 p.p..



Wykres 6.7. Odsetek odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań nie będą miały wpływu na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie: poprawy funkcjonowania placówek medycznych (np. lepsza kondycja finansowa)




Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Powyższa tabela przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań **nie będą miały wpływu na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia w przyszłości w zakresie poprawy funkcjonowania placówek medycznych (np. lepsza kondycja finansowa)**. W obu turach najczęściej wskazywaną odpowiedzią jest **R4** („Zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie”), w I turze z wynikiem 48,3% (żadna z odpowiedzi w tej turze nie przekroczyła 50% wskazań), a II turze z wynikiem 50%. Drugą najczęściej wskazywaną odpowiedzią jest **R1** („Wspieranie prywatyzacji lecznictwa zamkniętego”) - 27,6%, próg 20% przekroczyły również **R12** („Wprowadzenie standardu udzielania świadczeń w praktyce lekarza rodzinnego, pozwalającego na pełne wykorzystanie jego kompetencji. Dążenie do stanu, w którym praktyka lekarza rodzinnego jest miejscem zaspokajania 80% potrzeb zdrowotnych pacjenta”) i **R23** („Zapewnienie lepszego dostępu pacjentów do informacji na temat świadczeń z zakresu podstawowej opieki w godzinach (POZ) w godzinach nocnych i w dni świąteczne, ograniczając tym samym korzystanie z placówek lecznictwa zamkniętego jako bardziej specjalistycznych”) - po 20,7%. Blisko połowa (dokładnie 11) odpowiedzi nie przekracza progu 10% wskazań, w tym 3 z odpowiedzi - **R6** („Większy wpływ oddziałów regionalnych NFZ oraz organizatorów na decyzje związane z finansowaniem usług - demonopolizacja decyzji NFZ”), **R14** („Motywowanie dyrekcji placówek medycznych do podejmowania wspólnych działań, które mogą przyczynić się do obniżania kosztów funkcjonowania placówek, np. wspólne zakupy, wspólne zamówienia, przetargi, itp. W początkowym etapie animowanie działań w tym zakresie”), **R24** („Zezwalanie na dopłacanie do usług medycznych za wyższą jakość, lepsze warunki socjalno – bytowe, czy korzystanie z wybranej droższej procedury (uwaga nie chodzi o szybszy dostęp do usług)”) nie otrzymały ani jednego wskazania. W drugiej turze poza najczęściej wskazywaną odpowiedzią **R4**, która jako jedyna osiągnęła 50%, próg 40% przekroczyła jeszcze **R1** (42,1%). Podobnie jak w I turze, żadna z odpowiedzi nie otrzymała wskazań na poziomie między 30%-40%. Próg 20% przekroczyły jeszcze odpowiedzi **R23** (26,3%) oraz **R7** i **R17** (po 21,1%). W drugiej turze badań nie pojawiają się odpowiedzi z zerową liczbą wskazań, natomiast wynik 10% lub mniej uzyskało 9 odpowiedzi. Największe różnice w poziomie wskazań widać w odpowiedzi **R24** (wzrost względem I tury o 15,8 p.p.), **R1** (wzrost względem I tury o 14,5 p.p.), **R14** (wzrost względem I tury o 10,5 p.p.).

Z przeprowadzonych badań można wyprowadzić następujące wnioski:

	Wnioski
	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="355 1429 1391 1630">1. Zapytani o działania, które mogłyby wywrzeć korzystny wpływ na poprawę sytuacji w zakresie funkcjonowania placówek medycznych województwa śląskiego, eksperci wymienili: wprowadzenie kontraktów długoterminowych pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem publicznym oraz wskazanie regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze technologii medycznych. <li data-bbox="355 1641 1391 1742">2. Eksperti najczęściej przypisywali niewielki wpływ takim działaniom, jak przejęcie przez jednostki samorządu terytorialnego inicjowania lokalnych programów zdrowotnych redukcji czynników ryzyka. <li data-bbox="355 1753 1391 1845">3. W opinii badanych bez wpływu na poprawę sytuacji w zakresie funkcjonowania placówek medycznych pozostanie zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w regionie.

6.3. Czynniki poprawy jakości świadczonych usług oraz obniżenia kosztów systemu ochrony zdrowia

6.3.1. Czynniki poprawy jakości usług świadczonych przez placówki medyczne w regionie



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Zidentyfikowanie czynników, które mogą przyczynić się do poprawy jakości świadczonych usług medycznych w placówkach ochrony zdrowia na terenie województwa śląskiego.

Na poniżej przedstawiono najczęściej wymieniane przez ekspertów czynniki, które mogą przyczynić się do poprawy jakości usług medycznych w ich placówkach. Odpowiedzi wskazywane najczęściej to:

- wymiana przestarzałego sprzętu,
- modernizacja placówki medycznej (remont/przebudowa),
- pozyskanie większego kontraktu z NFZ.

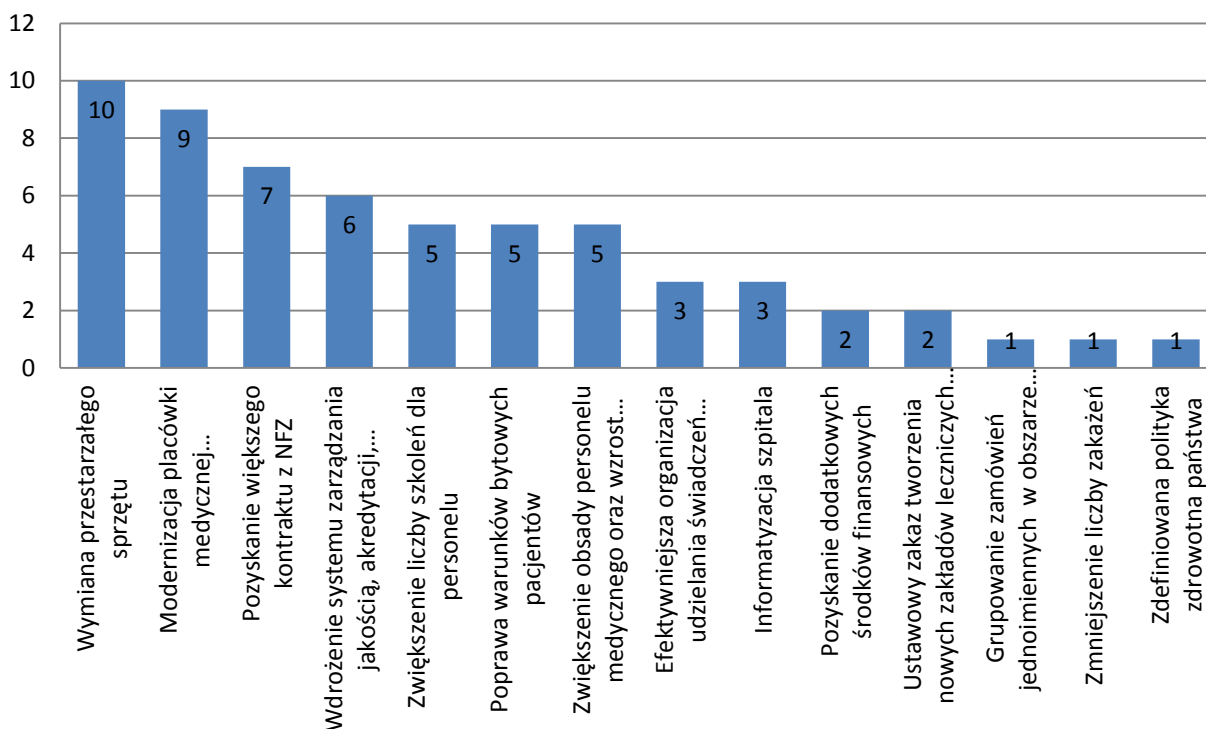
Natomiast najrzadziej wskazywano następujące odpowiedzi:

- grupowanie zamówień jednoimiennych w obszarze szpitali województwa śląskiego,
- zmniejszenie liczby zakażeń,
- zdefiniowana polityka zdrowotna państwa.

Zdecydowanie najczęściej wskazywane są czynniki związane z unowocześnianiem zarówno sprzętu jak i samej placówki. Wskazuje się na zapotrzebowanie na nowy sprzęt oraz konieczność przeprowadzania remontu i renowacji szpitali. Kolejne czynniki dotyczą współpracy z NFZ i zwiększania kontraktów, w tym również zwrotów za nadwykonania względem kontraktów. Ważne dla szpitali jest również wdrażanie systemu zarządzania jakością, oraz otrzymywanie akredytacji i certyfikacji, gdyż wiążą się one z dotacjami dla tych placówek jak również ich renomą, zarówno wśród pacjentów jak i pracowników. Kolejne wskazywane czynniki pojawiające się dość często to prowadzenie szkoleń dla pracowników w celu zwiększenia ich kompetencji i uaktualnienia ich wiedzy; zwiększenie ilości zatrudnionego personelu oraz poprawa warunków pobytu pacjentów w szpitalach. Funkcjonowanie szpitali ma również poprawić ich informatyzacja. Do czynników zewnętrznych wymienianych przez pracowników można zaliczyć wprowadzenie odgórnej polityki kontrolowania powstawania placówek (pilnowanie przez organy zewnętrzne, aby nie powstawały w danym regionie szpitale, na które nie ma aż takiego zapotrzebowania), grupowanie jednoimiennych zamówień publicznych, informacje epidemiologiczne oraz prowadzenie przez organy zewnętrzne polityki zdrowotnej.



Wykres 6.8. Liczba odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi na pytanie o czynniki, które mogą przyczynić się do poprawy jakości świadczonych usług w reprezentowanej przez nich placówce



Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

Podczas indywidualnych wywiadów pogłębionych z dyrektorami szpitali zadano im pytanie o rolę, jaką powinny spełniać jednostki samorządu terytorialnego w zakresie zabezpieczenia potrzeb populacji w regionie. Najczęściej wskazywaną odpowiedzią było „zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych obywateli po uprzednim rozpoznaniu potrzeb w regionie” (15 wskazań). Najrzadziej wskazywano: prowadzenie zakupów grupowych, zwiększenie swobody działania szpitali, informowanie o zdarzeniach epidemiologicznych oraz zachorowalności w regionie.

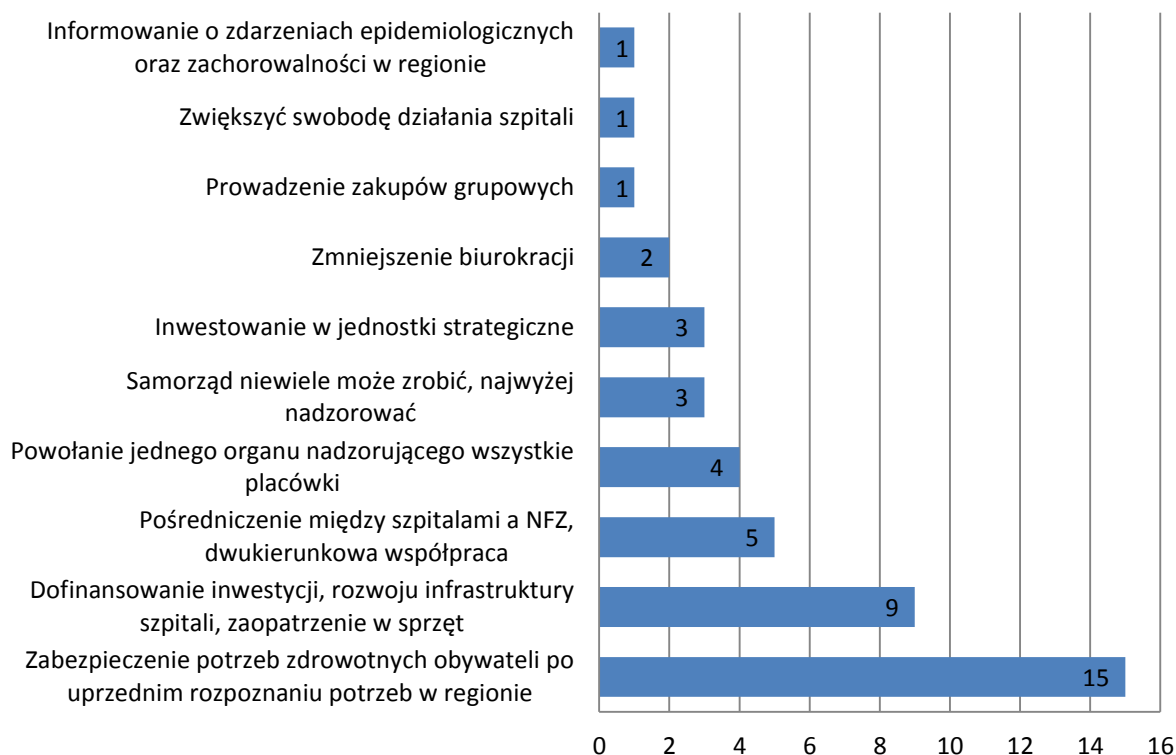
Według dyrektorów szpitali, samorządy terytorialne powinny w kwestii zabezpieczania potrzeb ludności w danym regionie przede wszystkim prowadzić badania, które miałyby wskazać na jaki rodzaj leczenia i jakiego typu placówki medyczne jest największe zapotrzebowanie w regionie, a następnie miałyby zajmować się taką polityką zdrowotną, aby zadbać o funkcjonowanie potrzebnych placówek, przy czym jest to również związane z potrzebą opracowania planu strategii zdrowia w regionie. W tym punkcie zawiera się również prowadzenie aktywnej polityki otwierania i zamykania placówek zgodnie z zapotrzebowaniem lub też profilowanie szpitali (żeby nie pokrywały się usługi oferowane przez wszystkie szpitale, powinno się kłaść większy nacisk na profilowanie oraz specjalizację szpitali, przy czym należy tu uwzględnić w miarę możliwości równomierne rozłożenie usług, tak, żeby nie były one skumulowane w jednym miejscu, a mieszkańcy całego województwa mieli w miarę równy dostęp do szpitali specjalistycznych). Kolejną rzeczą, którą samorządy powinny się zająć, niemal tak samo często wspominaną przez dyrektorów szpitali, jest dofinansowanie szeroko rozumianych inwestycji dokonywanych przez szpitale (remonty, modernizacje, przebudowy, zaopatrzenie szpitali w odpowiedni sprzęt). W kilku przypadkach pojawia się informacja, iż dyrektorzy zdają sobie sprawę, że samorządy właściwie niewiele mogą zrobić, więc określenie „powinny” dotyczy raczej tego, że w ogóle należałoby zwiększyć kompetencje samorządów w kwestii ochrony zdrowia. Mogłyby wtedy pełnić rolę pośrednika między szpitalami a NFZ, pomagać w negocjowaniu kontraktów. Często wskazywanym problemem jest rozbieżność szpitali na wiele grup podlegających różnym organom (szpitale marszałkowskie, samorządowe, prywatne, uczelni medycznych itd.),

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



dlatego często wskazywanym czynnikiem, który wpłynęłoby na poprawę zabezpieczania potrzeb populacji w regionie jest wprowadzenie jednego organu nadzorującego wszystkie placówki.

Wykres 6.9. Liczba odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, na pytanie o rolę jednostek samorządu terytorialnego w zabezpieczeniu potrzeb populacji w regionie



Źródło: Wywiady grupowe pogłębione z ekspertami, N=16 i N=14, przeprowadzone w okresie lipiec – sierpień 2012

W pytaniu dotyczącym tego, w jakim zakresie samorząd może ułatwić podejmowanie decyzji i organizowanie świadczeń przez szpitale, największa liczba dyrektorów wskazała takie grupy zagadnień jak:

- Wsparcie finansowe szpitali i informowanie o planach w tym zakresie,
- Udostępnienie planów i założeń strategicznych dotyczących szpitali, współpraca z nimi.

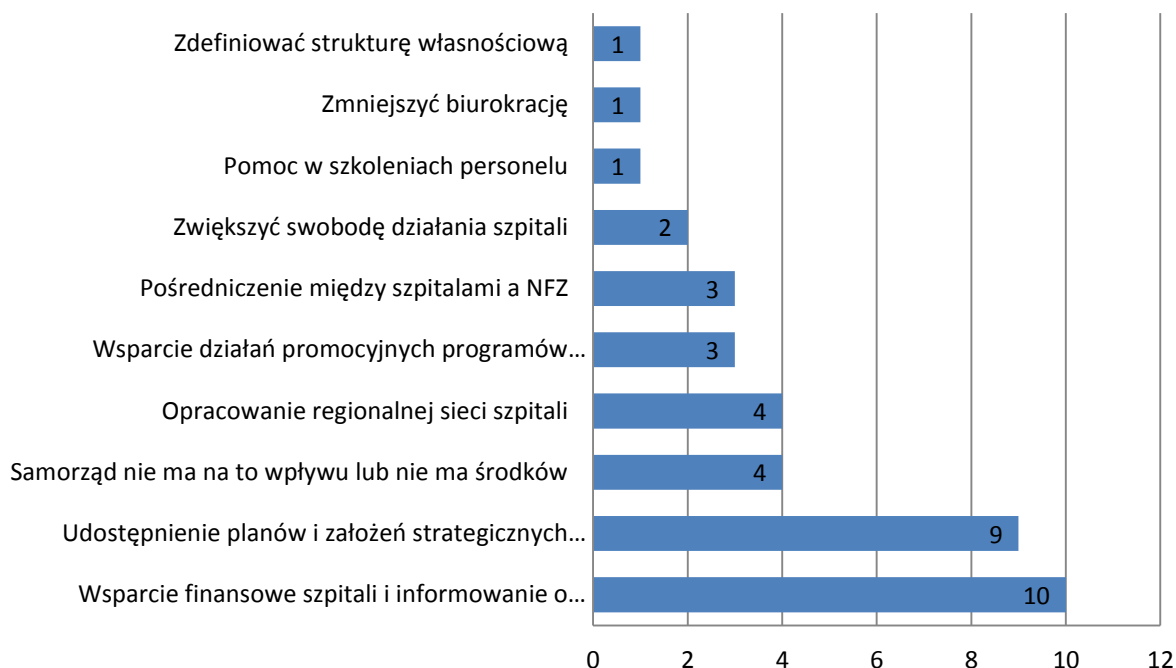
Pojedynczymi odpowiedziami były następujące:

- Pomoc w szkoleniach personelu,
- Zmniejszenie biurokracji,
- Zdefiniowane struktury własnościowej.

Dla dyrektorów placówek medycznych istotne jest to, by samorzady nie tylko wspierały finansowo szpitale, ale też z odpowiednim wyprzedzeniem informowały o tym, jakiej wysokości dotacje przewidują dla placówek, gdyż ułatwia to rozplanowanie wydatków czy przygotowanie planów funkcjonowania oraz restrukturyzacji. Niemal równie ważnym i często wymienianym czynnikiem jest informowanie szpitali o planach samorządów względem placówek medycznych, ścisła współpraca między nimi, przy czym chodzi tu głównie o politykę długofalową, co najmniej kilkuletnią, gdyż tylko taka zwiększa efektywność i racjonalność działań podejmowanych przez władze szpitala. Dość często pojawia się opinia, iż pomocne ze strony samorządu byłoby opracowanie regionalnej sieci szpitali, która m.in. ułatwiałaby przepływ informacji między placówkami. Równie często jednak pojawia się opinia, że samorzady nie mają wpływu na działalność placówek medycznych lub po prostu nie mają

środków, by jakkolwiek wspomagać szpitale. Dyrektorzy zwracają uwagę na to, że mankamentem polskiej ochrony zdrowia jest istnienie tylko jednego płatnika, dlatego samorządy byłyby przydatne w roli pośrednika między szpitalami a NFZ. Samorządy mogłyby również okazać się bardzo pomocne, jeśli chodzi o propagowanie programów profilaktycznych, łatwiej im bowiem dotrzeć do szerszego grona odbiorców. Dużym ułatwieniem byłoby również zwiększenie swobody decyzyjnej szpitali oraz zmniejszenie biurokracji.

Wykres 6.10. Liczba odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, na pytanie o zakres, w jakim samorząd może ułatwić podejmowanie decyzji i organizowanie świadczeń przez placówki medyczne



Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

O wskazanie czynników, które mogą przyczynić się do poprawy jakości świadczonych usług w placówce zapytano pracowników placówek ochrony zdrowia. Pytanie to było otwarte i respondenci mogli wskazać trzy obszary, które ich zdaniem wymagają poprawy. Poniżej przedstawiamy kolejno odpowiedzi, które padły jako pierwsze, drugie i trzecie. Zostały one pogrupowane w kategorie i w takiej formie są prezentowane na wykresach. W ostatniej tabeli podajemy przykładowe odpowiedzi, które tworzą poszczególne kategorie. Należy zaznaczyć, że około jednej trzeciej badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie ani razu – 29%.

Trzy rodzaje odpowiedzi powtarzały się najczęściej. Pracownicy widzą potrzebę zwiększenia kadry medycznej, zwłaszcza wśród personelu pielęgniarskiego i pomocniczego (14%), chcieliby mieć do dyspozycji więcej nowoczesnego i dobrze działającego sprzętu (13%). Wskazują też na konieczność remontu oddziału, sali szpitalnych i innych pomieszczeń, na przykład poprzez wymianę węzłów sanitarnych czy łóżek (13%). Istnieje też spora część pracowników, dla których sytuacja finansowa jednostki wymaga poprawy (8%). Badani mówili zarówno o potrzebie zwiększenia umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i konieczności zwiększenia płac lub lepszego motywowania poprzez nagrody finansowe. Wielu badanych zauważyło, że poprawić powinna się organizacja pracy w ich jednostce (7%). Ważnym elementem spełnienia tego postulatu miała by być komputeryzacja placówki. Badani często formułowali odpowiedzi w kategoriach ogólnych jak na przykład „lepsza organizacja”, ale mówili też o przestrzeganiu harmonogramu, równomiernym rozkładaniu obowiązków, lepszej komunikacji, informatyzacji oraz większej dyscyplinie w ich jednostce. Często badani zwracali uwagę na potrzebę szkoleń i podnoszenia kwalifikacji wśród pracowników (4%).

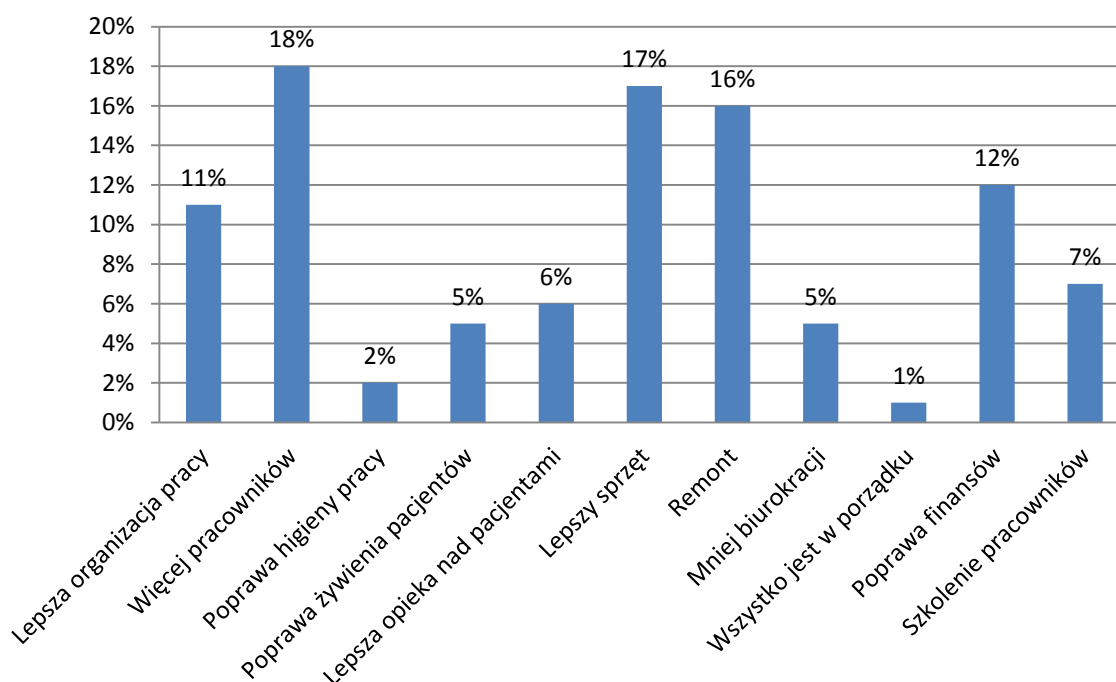
Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Sporym problemem dla niektórych badanych okazała się biurokracja (3%) i zbyt duże obciążenie „papierkową pracą”, która odciąga ich od opieki nad pacjentami. Po 3% badanych wskazało również na potrzebę podnoszenia jakości opieki nad pacjentami (poprzez poświęcanie im więcej czasu przez personel, czy skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi) oraz poprawy jakości posiłków (na przykład poprzez przywrócenie do pracy szpitalnej kuchni).

Poniżej przedstawiono rozkład procentowy odpowiedzi, których udzielili badani z pominięciem kategorii „brak odpowiedzi”.

Wykres 6.11. Czynniki, które mogą przyczynić się do poprawy jakości świadczonych usług w placówce wg przebadanych pracowników placówek ochrony zdrowia



Źródło: Wywiady grupowe pogłębione z ekspertami, N=16 i N=14, przeprowadzone w okresie lipiec – sierpień 2012

Jako konkretne przykłady czynników, które mogą przyczynić się do poprawy jakości świadczonych usług w placówkach podano m.in. komputeryzację, zwiększenie liczby pielęgniarek i pomocników, poświęcanie większej ilości czasu pacjentom czy zwiększenie kontraktów z NFZ. Pozostałe odpowiedzi zebrano w poniższej tabeli.


Tabela 6.1. Przykłady odpowiedzi stanowiących analizowane kategorie

Lepsza organizacja pracy	Więcej pracowników	Lepsza opieka nad pacjentami	Remont	Poprawa finansów	Poprawa higieny pracy	Poprawa żywienia pacjentów	Lepszy sprzęt	Mniej biurokracji	Szkolenie pracowników
33% komputeryzacja <u>Inne:</u> Lepsza organizacja pracy, dyscyplina, przestrzeganie harmonogramu	31% pielęgniarek i pomocników 14% specjalistów <u>Inne:</u> Więcej fizjoterapeutów, więcej kadry medycznej ogólnie	5% większa dostępność leków 19% więcej czasu dla pacjenta 16% krótszy czas oczekiwania na badania i zabiegi <u>Inne:</u> Lepsze warunki pobytu chorych w szpitalu	13% węzły sanitarne na salach 12% wymiana łóżek <u>Inne:</u> Ogólny remont oddziału, naprawa windy, remont sal	26% większe kontrakty z NFZ <u>Inne:</u> Podwyżka, motywowanie poprzez premię	Dość częsty brak na oddziale rękawiczek jednorazowych, potrzeba w zespole psychologa	Urozmaicenie i wzbogacenie diety, większe porcje dla mężczyzn, potrzebne jest przywrócenie kuchni	Potrzeba nowocześniejszej aparatury, potrzebna jest większa dostępność sprzętu, wymiana sprzętu na nowy, potrzeba sprzętu ułatwiającego podnoszenie pacjentów, zmywarki, laboratorium, sprzętu rehabilitacyjnego	Za dużo pracy biurowej, która odciąga od pacjentów	Potrzebne są szkolenia podnoszące kwalifikacje

Źródło: Wywiady grupowe pogłębione z ekspertami, N=16 i N=14, przeprowadzone w okresie lipiec – sierpień 2012



Z przeprowadzonych badań można wyprowadzić następujące wnioski:

	Wnioski
	<ol style="list-style-type: none">1. Wśród czynników, które mogą wpłynąć pozytywnie na jakość świadczonych przez placówki usług medycznych eksperci, biorący udział w badaniu delfickim najczęściej wskazywali modernizację zarówno samej placówki jak i posiadanego przez nią sprzętu. Innym działaniem, które mogłoby pomóc placówkom podnieść standard świadczonych usług jest zmiana we współpracy z NFZ (zwiększenie zawieranych kontraktów, zwroty pieniędzy za nadwykonania).2. Z kolei dyrektorzy badanych szpitali, zapytani o rolę samorządu terytorialnego w systemie opieki zdrowotnej stwierdzili, że powinna ona polegać przede wszystkim na zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych obywateli po uprzednim rozpoznaniu potrzeb w regionie. Oznacza to prowadzenie badań oraz działania dostosowujące liczbę poszczególnych placówek do aktualnej sytuacji demograficznej i epidemiologicznej.3. Dyrektorzy zwracają uwagę na to, że mankamentem polskiej ochrony zdrowia jest istnienie tylko jednego płatnika, dlatego samorzady byłyby przydatne w roli pośrednika między szpitalami a NFZ. Samorzady mogłyby również okazać się bardzo pomocne, jeśli chodzi o propagowanie programów profilaktycznych, łatwiej im bowiem dotrzeć do szerszego grona odbiorców.4. W opinii dyrektorów, w celu ułatwienia organizacji usług medycznych władze samorządowe powinny wspierać finansowo szpitale.5. Nie mniej istotne jest dla nich udostępnianie informacji na temat planów strategicznych (również na temat dofinansowań) - ułatwia to rozplanowanie wydatków czy przygotowanie planów funkcjonowania oraz restrukturyzacji.6. Pracownicy placówek SPZOZ najczęściej widzą potrzebę zwiększenia kadry medycznej oraz poprawę stanu posiadanego sprzętu jak również samych szpitali.

6.3.2. Czynniki obniżenia ogólnych kosztów funkcjonowania ochrony zdrowia w regionie



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Zidentyfikowanie czynników wpływających na obniżenie ogólnych kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim.

Poniższa tabela przedstawia pogrupowane odpowiedzi dyrektorów szpitali (oraz częstotliwość ich występowania), pochodzące z indywidualnych wywiadów pogłębionych, dotyczące tego, co może przyczynić się do obniżenia ogólnych kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim. Najczęściej wybieranymi odpowiedziami były:

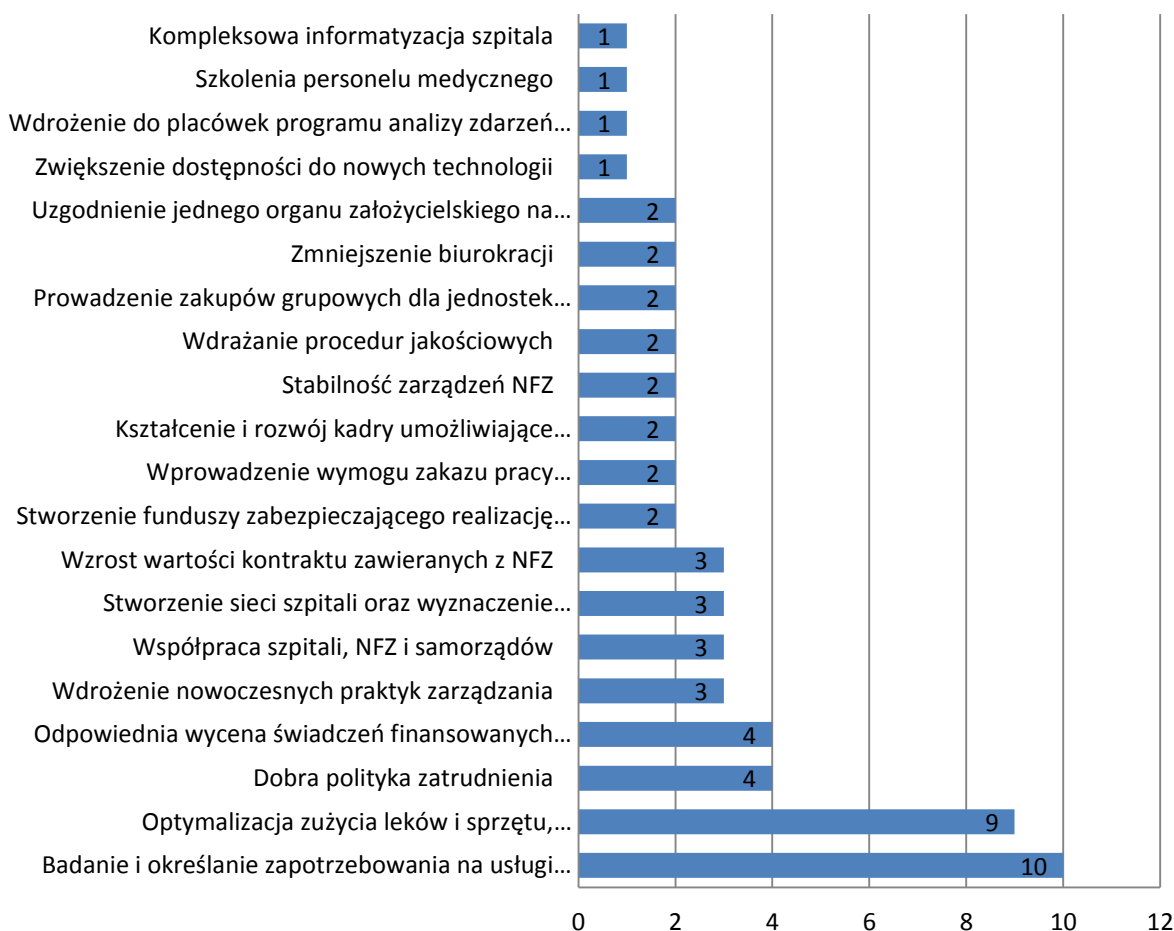
- badanie i określanie zapotrzebowania na usługi medyczne oraz profilowanie szpitali,
- optymalizacja zużycia leków i sprzętu, inteligentne zarządzanie finansami.

Pojedyncze osoby zaznaczyły następujące odpowiedzi:

- zwiększenie dostępności do nowych technologii,
- wdrożenie do placówek programu analizy zdarzeń niepożądanych,
- kompleksowa informatyzacja szpitala,
- szkolenia personelu medycznego.

Czynnikiem, który w największym stopniu może przyczynić się do obniżenia kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest przede wszystkim badanie zapotrzebowania na określone usługi medyczne i profilowanie pod tym kątem szpitali. Punkt ten zawiera szeroko rozumianą politykę: badanie potrzeb na usługi medyczne w regionie, określenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, niedopuszczanie do niekontrolowanego wzrostu podmiotów niepublicznej ochrony zdrowia finansowanej z NFZ w wyniku pomniejszania kontraktów publicznym placówkom (w tym też nadzór nad powstawaniem nowych placówek i ich specjalizacji), zmniejszenie (lub nawet likwidacja) pewnej ilości jednostek o tym samym profilu leczenia w regionie lub ewentualnie ich scalenie, profilowanie szpitali, tak by zakres ich usług niepotrzebnie się nie powielał. Następnym równie ważnym czynnikiem mogącym przyczynić się do obniżenia kosztów jest inteligentne zarządzanie finansami, racjonalizacja wydatków oraz optymalizacja zużycia leków oraz sprzętu. W tym punkcie zawierają się również takie czynniki jak inwestycje proekologiczne pozwalające na obniżenie kosztów zużycia energii, kształtowanie świadomości finansowej pracowników medycznych czy skorelowanie ładu finansowego placówek ochrony zdrowia z ładem finansowym w systemie i polityce regionalnej. Pewna racjonalizacja dotyczy również polityki zatrudnienia: chodzi tu weryfikację i dostosowanie przepisów w zakresie wymagań dot. zabezpieczenia personelu zarówno co do liczby zatrudnionych jak również wymagań merytorycznych, zmniejszanie zatrudniania, jeżeli istnieje jeszcze taka możliwość, wprowadzenie wymogu zakazu pracy konkurencyjnej w lecznictwie zamkniętym i zatrudnianie kadry ze zdobytym doświadczeniem w jednostkach ochrony zdrowia. Ważna jest również rola NFZ i współpraca ze szpitalami, powinny być w to również zaangażowane samorządy. Pracownicy szpitali zwracają uwagę na to, jak ważna jest stabilność finansowania placówek przez NFZ i jawny dostęp do rankingów NFZ oraz podkreślają jak ważne i potrzebne byłoby zwiększanie kontraktów z NFZ.

Wykres 6.12. Odpowiedzi respondentów na pytanie o czynniki, które mogłyby się przyczynić do obniżenia ogólnych kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim

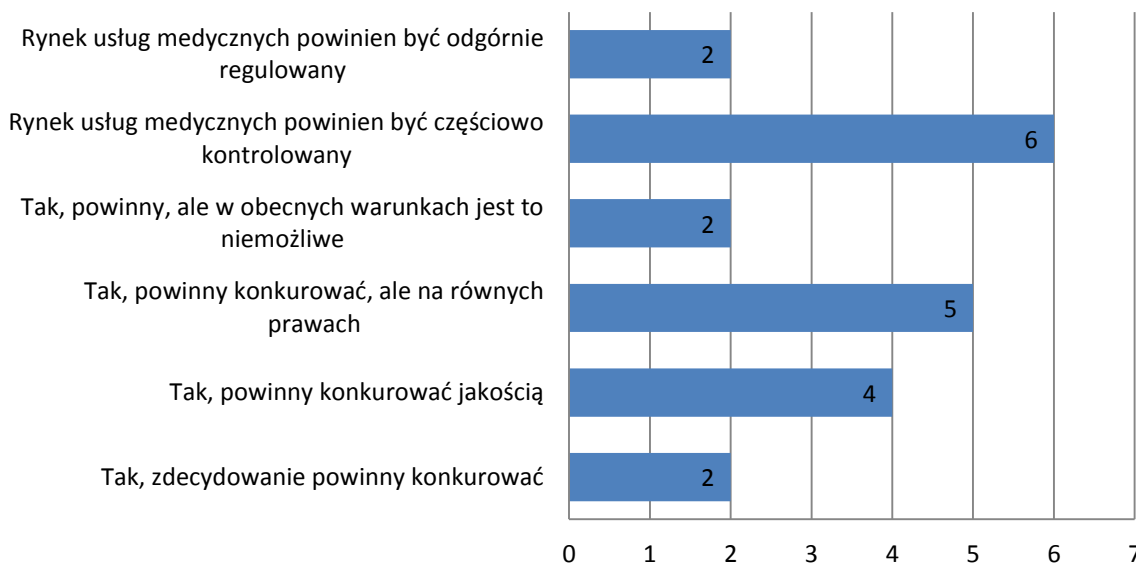


Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Poniższy wykres przedstawia częstotliwość pojawiania się wariantów odpowiedzi na pytanie o to czy placówki medyczne powinny ze sobą konkurować o środki z NFZ, czy też rynek powinien być regulowany odgórnie. Większość dyrektorów szpitali opowiada się za konkurencją, przy czym wśród tej grupy ponad 1/3 wskazuje na to, iż musi być to zdrowa konkurencja, oparta o równe prawa. Następnym niemal równie często wskazywanym czynnikiem jest konkurowanie jakością, gdzie poziom świadczonych usług medycznych i satysfakcja pacjenta byłaby wskaźnikiem do przydzielenia środków z NFZ. W dwóch przypadkach dyrektorzy wskazują na to, iż konkurencja byłaby najlepszym rozwiązaniem, jednak w obecnych warunkach jest ona niemożliwa. 6 dyrektorów w większym stopniu niż za konkurencją, opowiada się za częściową kontrolą rynku usług medycznych, a tylko dwóch uważa, iż rynek powinien być odgórnie regulowany, gdyż konkurencja jest zbyt niebezpieczna dla placówek, jak i dla samych pacjentów.

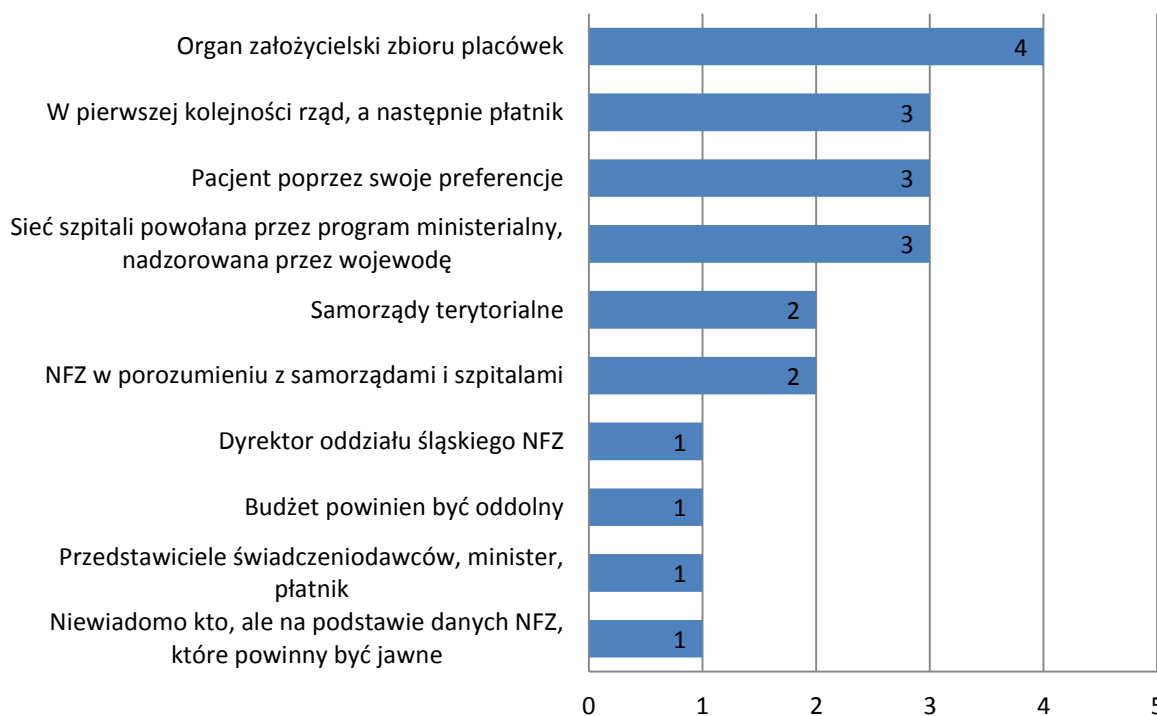


Wykres 6.13. Odpowiedzi respondentów na pytanie: czy placówki medyczne działające w regionie powinny konkurować o środki z NFZ, czy też rynek ten powinien być odgórnie regulowany



Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Wykres 6.14. Instytucje i podmioty, które miałyby podejmować decyzje dotyczące regulacji rynku usług medycznych w regionie w opinii ekspertów



Źródło: Indywidualne wywiady pogłębione z dyrektorami SPZOZ woj. śląskiego, N = 21, lipiec – sierpień 2012

Według respondentów – dyrektorów szpitali, decyzje o dystrybucji środków powinny leżeć w gestii organów założycielskich zbioru placówek. Wskazywali również na to, iż powinien zajmować się tym rząd, a w następnej kolejności płatnik (NFZ). Równie częstą odpowiedzią była potrzeba powołania sieci szpitali, która miałyby zostać stworzona przez program ministerialny i nadzorowana przez

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



województwo. Tak jak w przypadku poprzedniego pytania dotyczącego sposobu finansowania placówek wskazywano, że szpitale powinny konkurować jakością, a satysfakcja pacjenta byłaby wskaźnikiem, tak również pacjent poprzez swoje preferencje odgrywałby rolę w podejmowaniu decyzji dotyczącej dystrybucji środków. Dyrektorzy wskazywali często na potrzebę współpracy w kwestii finansowania szpitali przez wszystkie szczeble: od rządowego (ministerialnego), przez NFZ, samorządy, aż po pacjenta. Pojawiła się również opinia, iż nie jest to aż tak istotne, kto miałby podejmować decyzję, ale powinno się to odbywać na podstawie danych NFZ dotyczących szpitali (rankingi, oceny, kryteria), które powinny być jawne, a aktualnie nie są. Wskazywano również na to, iż szpitale prywatne nie powinny otrzymywać pieniędzy ze środków publicznych.

W trakcie indywidualnych wywiadów pogłębionych, dyrektorzy szpitali zostali zapytani o to co według nich może przyczynić się do obniżenia ogólnych kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim i efektywniejszej dystrybucji środków publicznych. Padło tutaj blisko 35 różnych odpowiedzi dotyczących obniżenia kosztów. Wśród nich można wyróżnić poglądy, które relatywnie najczęściej się pojawiały.

Jednym z rozwiązań jest **likwidacja placówek nieefektywnych oraz zwiększenie profilowania usług medycznych**. Przy czym trzeba by dokładnej analizie poddać to co w tym wypadku oznacza efektywność i na ile jest ona zależna od samych szpitali, a na ile jest uzależniona od czynników zewnętrznych takich jak wysokość kontraktów zawieranych z NFZ, zróżnicowanie konkretnych przypadków (stan poszczególnych pacjentów z tą samą przypadłością można być zupełnie różny, ci w lepszym stanie często trafiają do placówek prywatnych, natomiast szpitale publiczne muszą się zajmować przypadkami dużo bardziej złożonymi, przy czym w obu przypadkach budżet jest ten sam, zatem szpitale publiczne są w trudniejszej sytuacji finansowej). Efektywność placówek jest też sprawą problematyczną o tyle, że NFZ dysponuje ograniczonym budżetem, w związku z tym mamy do czynienia z ogromną ilością pacjentów, którzy czasami muszą czekać kilka lat na przyjęcie do szpitala, szpitale mają wolne miejsca, natomiast nie mogą przyjmować pacjentów ze względu na to, że limity wynikające z kontraktów z NFZ są już wyczerpane. Dopóki będzie sytuacja taka, że obłożenie szpitali jest na poziomie 66%, czyli przez ponad 3 miesiące w roku szpitale nie pracują, sytuacja jest niemal nie do zmienienia. Ważne jest **wprowadzenie stabilnych zasad kontraktowania i być może w ogóle pewna analiza funkcjonowania NFZ**. Jednak jak wskazują dyrektorzy, brakuje odgórnej regulacji czy polityki względem powstawania nowych placówek – powinno się kontrolować, aby w danym regionie nie powstawały w nadmiarze placówki świadczące te same usługi. Co za tym idzie, pewnym wyjściem byłoby **łączenie oddziałów lub placówek w ramach jednej specjalizacji**. Istotne jest **efektywniejsze dostosowanie możliwości szpitala do potrzeb populacji w danym rejonie**. Pewnym pomysłem pojawiającym się dość często którego wprowadzenie umożliwiłoby również obniżenie ogólnych kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest wprowadzenie **wspólnych przetargów, zakupów grupowych** w ramach zamówień publicznych. Inne wskazywane rozwiązania to **współpraca podmiotów medycznych należących do tego samego organu założycielskiego, informacja o kosztach działalności w ramach jednej dziedziny między zakładami, pokazywanie efektywniejszych metod pracy oraz rozwiązań modelowych**. Zwracano również uwagę na rozróżnienie doraźnego obniżenia kosztów, co można zrobić przez **restrukturyzację zatrudnienia i racjonalizację wydatków**, oraz długofalowe obniżenie kosztów funkcjonowania szpitali. To drugie byłoby możliwe poprzez **modernizację placówek (ich termomodernizację, umożliwienia korzystania z odnawialnych źródeł energii- wprowadzenie kolektorów słonecznych, ogniw fotowoltaicznych itp.)**. Jednak wiąże się to z bardzo dużymi wydatkami początkowymi, które dopiero z czasem się zwrócą i pozwolą na funkcjonowanie placówek dużo niższym kosztem. Inne rozwiązania, które się pojawiały to: **przenoszenie kosztów na wyższe poziomy referencyjne, wprowadzenie przejrzystej polityki lekowej, obsługa prawna grupy placówek przez wybraną kancelarię (aktualnie każda placówka ponosi własne koszty prawne), efektywniej zarządzać finansami na poziomie mikro, outsourcing usług medycznych**. Pojawiły się jednak również opinie, iż **nie można obniżyć kosztu**

funkcjonowania ochrony zdrowia, jeśli ma być ona wysokiej jakości i spełniać swoje cele oraz, że tak naprawdę obniżenie kosztów jest niemożliwe, gdyż te będą nieustannie wzrastać.


W następnej kolejności dyrektorzy szpitali zostali zapytani o to, jaka rola przypada im w procesie obniżania kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia placówek medycznych, a jaka organom założycielskim. W pierwszym wypadku najczęściej pojawiającą się odpowiedzią była szeroko rozumiana **racjonalizacja wydatków** (w tym **restrukturyzacja lub optymalizacja zatrudnienia**, jeżeli w ogóle jest jeszcze możliwa, np. przekazanie salowych firmie zewnętrznej, **stworzenie limitów wydatków i stałe monitorowanie ich**, być może **dobieranie tańszych leków**, jeśli to możliwe, **wdrożenie systemów informatycznych**), **efektywniejsze zarządzanie kosztami**, **patrzenie na koszty od strony procedur szpitalnych**. Jednym z powszechniej stosowanych rozwiązań jest również **skracanie czasu pobytu pacjenta w szpitalu** do niezbędnego minimum. Inne możliwości wskazywane to **kompleksowe podejście do pacjenta** – świadczenia opiekuńcze, lecznicze, rehabilitacyjne, czy **wchodzenie w nisze rynkowe**, zapewnianie opieki kompleksowej w danym obszarze. Kolejny wariant to przekształcenie placówek w spółki prawa handlowego.

Często zwracano uwagę na fakt, iż nie można całkowicie rozdzielać tego, w jaki sposób koszty mogą obniżyć szpitale, a w jaki organy założycielskie, ponieważ ważna i potrzebna jest nieustająca **współpraca** między nimi. Menadżer placówki powinien współpracować z organem założycielskim tak, aby uwzględnić szerszą perspektywę i racjonalizować wykorzystanie kadry i sprzętu. Zarówno organ założycielski jak i placówka medyczna powinny wspólnie opracować plan strategiczny pod kątem obowiązków medycznych względem pacjentów.

Ważna jest również w tym kontekście współpraca między organami założycielskimi a NFZ w zakresie kreowania polityki zdrowotnej. Plany ochrony zdrowia nie przekładają się na finansowanie usług przez NFZ, na co także należy zwrócić uwagę.

Ograny założycielskie powinny również zająć się organizowaniem wspólnych przetargów dla placówek medycznych. Jako organy zwierzchnie powinny również **informować o danych i sposobach działania placówek o takiej samej specjalizacji w regionie, powinny zająć się zorganizowaniem sieci szpitali.**

Z przeprowadzonych badań można wyprowadzić następujące wnioski:

	Wnioski
	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="354 1391 1372 1525">1. Do najczęściej wymienianych przez ekspertów sposobów na zmniejszenie kosztów działalności placówek należą badanie i określanie zapotrzebowania na usługi medyczne, a następnie profilowanie szpitali oraz optymalizacja zużycia leków i sprzętu (inteligentne zarządzanie finansami).<li data-bbox="354 1532 1372 1637">2. Większość dyrektorów uważa, że placówki powinny rywalizować o środki z NFZ, jednak podkreślają przy tym, że powinna to być zdrowa rywalizacja na równych prawach.<li data-bbox="354 1644 1372 1704">3. Zadaniem dyrektorów placówek decyzje o dystrybucji środków powinny leżeć w gestii organów założycielskich zbioru placówek.<li data-bbox="354 1711 1372 1845">4. Dyrektorzy wymieniali wiele różnych sposobów obniżenia kosztów ochrony zdrowia, między innymi: likwidację nierentownych placówek, wprowadzenie stabilnych zasad kontraktowania oraz dostosowanie ilości placówek do aktualnych potrzeb ludności.

6.4. Relacje pomiędzy rynkiem pracy a rynkiem usług medycznych w regionie



Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

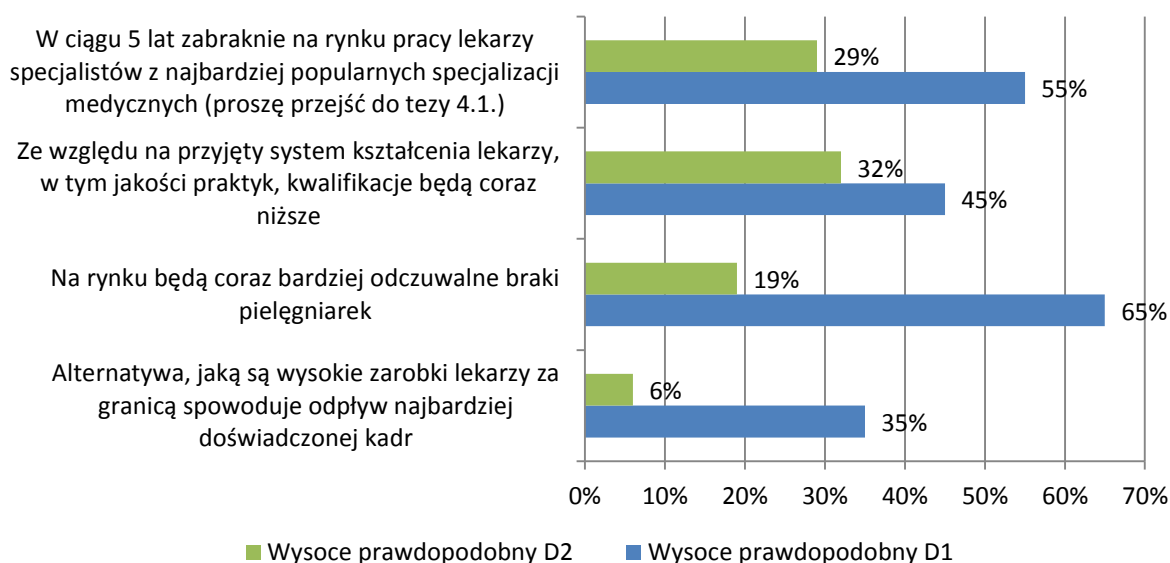
Poznanie głównych scenariuszy/zdarzeń na rynku usług medycznych wpływających na sytuację na rynku pracy w województwie śląskim.

Poniżej zaprezentowano ocenę ekspertów dotyczącą realizacji różnych scenariuszy w zakresie relacji pomiędzy rynkiem pracy a rynkiem usług medycznych.

W zakresie zdarzeń wysoce prawdopodobnych widać różnice w odpowiedziach pomiędzy pierwszą i drugą rundą badania. W pierwszej rundzie badania Delphi zdarzenia ocenione jako wysoce prawdopodobne to: „Na rynku będą coraz bardziej odczuwalne braki pielęgniarek” oraz „W ciągu 5 lat zabraknie na rynku pracy lekarzy specjalistów z najbardziej popularnych specjalizacji medycznych”.

W drugiej rundzie badania Delphi eksperci jako wysoce prawdopodobny wskazali scenariusz „Ze względu na przyjęty system kształcenia lekarzy, w tym jakości praktyk, kwalifikacje będą coraz niższe”.

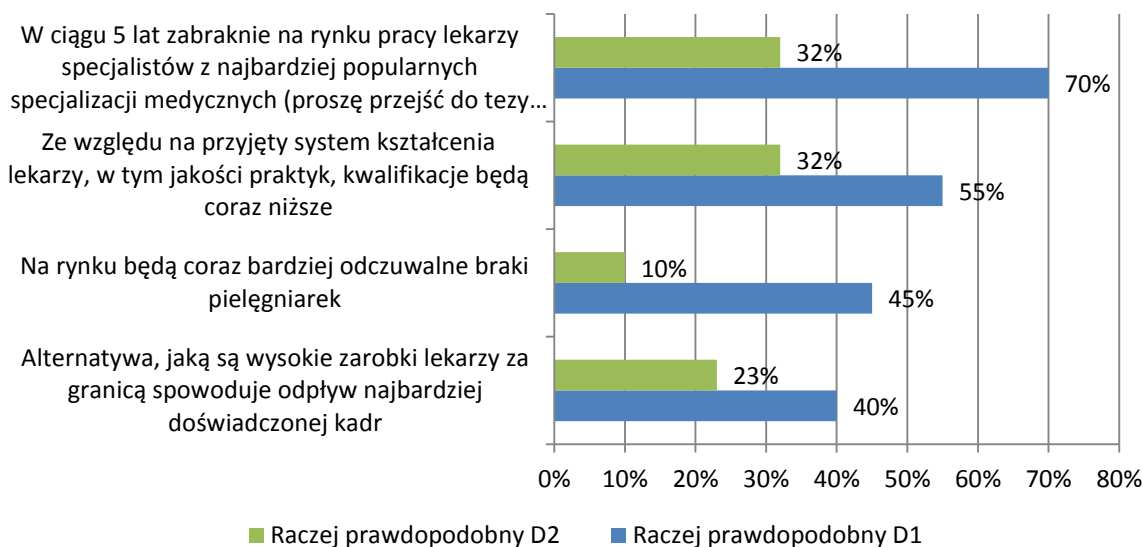
Wykres 6.15. Odsetek wskazań na wysoce prawdopodobne scenariusze zdarzeń w I (D1) i II (D2) turze badania Delphi



Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

W zakresie scenariuszy raczej prawdopodobnych eksperci w pierwszej turze badania wskazali „W ciągu 5 lat zabraknie na rynku pracy lekarzy specjalistów z najbardziej popularnych specjalizacji medycznych”. W drugiej turze badania Delphi jako raczej prawdopodobny scenariusz wskazano: „W ciągu 5 lat zabraknie na rynku pracy lekarzy specjalistów z najbardziej popularnych specjalizacji medycznych” oraz „Ze względu na przyjęty system kształcenia lekarzy, w tym jakości praktyk, kwalifikacje będą coraz niższe”.

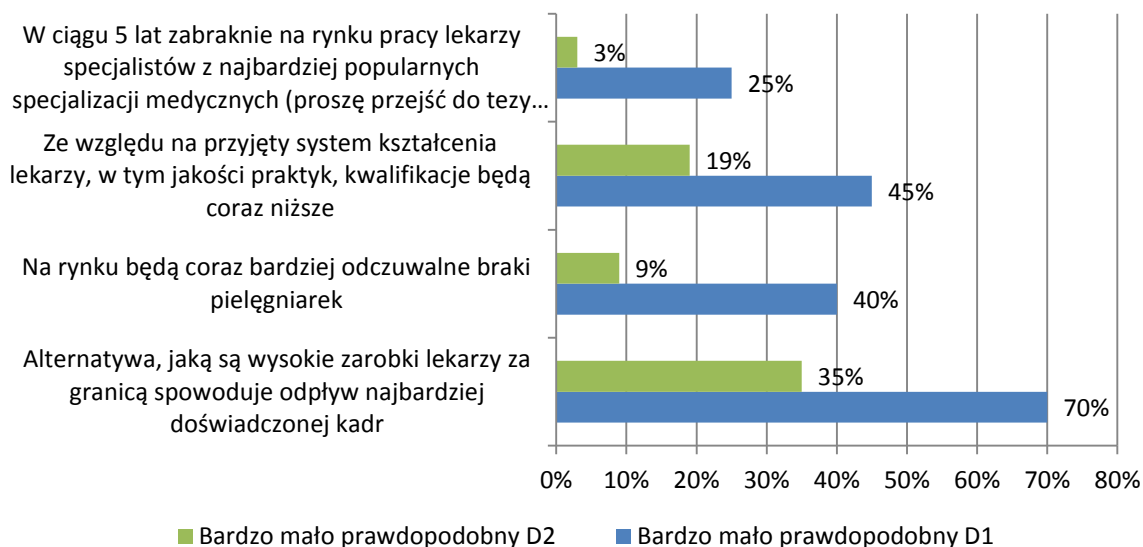
Wykres 6.16. Odsetek wskazań na raczej prawdopodobne scenariusze zdarzeń w I (D1) i II (D2) turze badania Delphi



Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

Zarówno w pierwszej jak i w drugiej turze badania Delphi eksperci jako mało prawdopodobny scenariusz wskazali stwierdzenie: „Alternatywa, jaką są wysokie zarobki lekarzy za granicą spowoduje odpływ najbardziej doświadczonej kadry”.

Wykres 6.17. Odsetek wskazań na bardzo mało prawdopodobne scenariusze zdarzeń w I (D1) i II (D2) turze badania Delphi

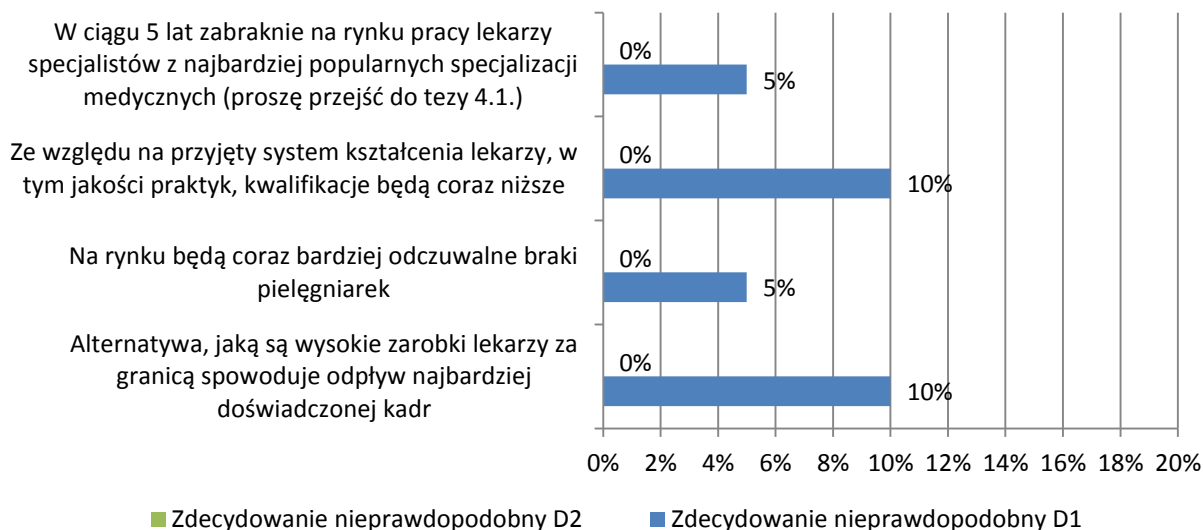


Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

W zakresie scenariuszy zdecydowanie nieprawdopodobnych wskazania ekspertów są znikome a w drugiej turze w ogóle brakuje takich wskazań. Można stwierdzić, że eksperci biorący udział

w badaniu nie są w stanie definitywnie wykluczyć żadnego scenariusza, który może się wydarzyć w przyszłości.

Wykres 6.18. Odsetek wskazań na zdecydowanie nieprawdopodobne scenariusze zdarzeń w I (D1) i II (D2) turze badania Delphi



Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

Zgodnie z wynikami badania Delphi największy deficyt kadr może nastąpić w szczególności w specjalizacjach:

1. choroby wewnętrzne, interna,
2. pediatria,
3. psychiatria,
4. onkologia.

Eksperti nie przewidują deficytu kadr w specjalizacji psychiatria dziecięca – 0 wskazań zarówno w I, jak i II turze badania Delphi.

Poniżej wymieniono wskazane przez ekspertów specjalizacje (liczba wskazań w I i II turze badania Delphi), w których wystąpi deficyt kadr.

Tabela 6.2. Specjalizacje, w których pojawi się deficyt kadr oraz liczba wskazań w pierwszej i w drugiej turze badania Delphi

Specjalizacja	I tura badania Delphi	II tura badania Delphi
alergologia	1	1
anatomopatologia	1	0
anestezjologia, specjalizacje zabiegowe	3	2
chirurgia	5	1
choroby wew. interna	6	4
dermatologia	1	0
diabetologia	2	2
endokrynologia	2	1
gastroenterologia, gastrologia	3	0



Specjalizacja	I tura badania Delphi	II tura badania Delphi
geriatria	3	3
hematologia	3	3
kardiochirurgia	1	0
kardiologia	2	0
laryngologia	1	0
medycyna nuklearna	1	0
nefrologia	2	1
nefrologia dziecięca	0	1
neonatologia	4	2
neurochirurgia	1	1
neurologia	4	1
okulistyka	1	1
onkologia	6	5
ortodoncja	1	0
ortopedia	1	0
patomorfologia	3	2
pediatria, pediatria intensywna terapia	11	8
psychiatria	5	5
psychiatria dziecięca	0	0
pulmonologia	2	1
radiologia	2	1
radioterapia	1	0
rehabilitacja	1	0
reumatologia	3	2
specjalizacje kosztochłonne i pracochłonne	0	1
traumatologia narządu ruchu	1	1
urologia	1	1
wszystkie	2	1

Źródło: Badanie eksperckie metodą Delphi, przeprowadzone na próbie N=31 i N=20 w okresie lipiec – sierpień 2012

W odniesieniu do indywidualnych wywiadów pogłębionych z dyrektorami SPZOZ w województwie śląskim 14 dyrektorów placówek medycznych, w których były przeprowadzane badania, uważa, iż rozwój ich placówki jest determinowany zasobami kadrowymi – brakiem specjalistów o określonych kwalifikacjach w regionie. Z tego grona, ponad połowa spodziewa się w tym zakresie pogorszenia sytuacji, 3 uważa, iż sytuacja się nie zmieni, zaś 3 spodziewa się w tym wypadku poprawy sytuacji. Wśród 7 dyrektorów, którzy uważają, iż rozwój ich placówki nie jest determinowany zasobami kadrowymi, nikt nie spodziewa się poprawy sytuacji, 4 uważa, że sytuacja nie zmieni się, a 3 uważa, że sytuacja jest zła i będzie się pogarszała (przy czym 2 opowiada się za tym, że sytuacja jest zła, ale nie ulegnie zmianie, a 1 uważa, iż sytuacja będzie się stale pogarszała).

Z przeprowadzonych badań można wyprowadzić następujące wnioski:



Wnioski

1. W pierwszej turze badania Delphi eksperci jako wysoce prawdopodobne ocenili scenariusze, które mówią o tym, że w ciągu najbliższych kilku lat, coraz bardziej będziemy odczuwać braki kadrowe pielęgniarek i lekarzy najbardziej popularnych specjalizacji – to znaczy chorób wewnętrznych, interny, pediatrii, psychiatrii i onkologii.
2. W drugiej turze wśród wskazań pojawiła się także prognoza, że ze względu na przyjęty system kształcenia lekarzy, ich kwalifikacje będą coraz niższe.
3. 66,7% dyrektorów badanych SPZOZ uważa, że rozwój ich placówki zależy od zasobów kadrowych. Większość z nich spodziewa się pogorszenia sytuacji w tym zakresie.

7. Rekomendacje do doskonalenia sytuacji na rynku usług medycznych w województwie śląskim



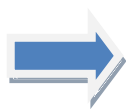
Głównym problemem badawczym na tym etapie było:

Zaproponowanie rekomendacji, których celem będzie usprawnienie funkcjonowania placówek medycznych w województwie śląskim, dostosowanie sytuacji do zmieniających się potrzeb otoczenia demograficznego i społecznego, a także zwiększenie dostępności usług, co jest kluczowym czynnikiem poprawy jakości życia mieszkańców regionu.

7.1. Sytuacja na rynku usług medycznych województwa śląskiego i czynniki ją kształtujące

Przewidywania ekspertów co do rozwoju rynku usług medycznych w województwie śląskim (w aspekcie dostępności w perspektywie najbliższych 5 lat), są pesymistyczne. Zdecydowana większość respondentów uważa, iż w ciągu najbliższych 5 lat nastąpi pogorszenie sytuacji, jeżeli chodzi o dostępność usług medycznych dla pacjentów w województwie śląskim. W pierwszej turze badania ponad 70% wskazuje na pogorszenie sytuacji, w tym 12,9% uważa, iż stan ten zdecydowanie się pogorszy, a 58% uważa że sytuacja będzie pogarszała się stopniowo. W drugiej turze na ogólne pogorszenie sytuacji wskazało **aż 90% respondentów**, natomiast na stopniowe pogarszanie się dostępności usług medycznych wskazało 80% czyli o 22% więcej niż w pierwszej turze.

Najsilniej na sytuację na rynek usług medycznych będą oddziaływały czynniki, które można podzielić na 4 grupy:



- Finansowanie ochrony zdrowia i brak reform
- Starzenie się społeczeństwa i wzrost kosztów związanych z leczeniem osób starszych
- Wzrost oczekiwań pacjentów, również w aspekcie profilaktyki
- Zdekapitalizowany, przestarzały sprzęt i wymagania finansowe w przyszłości, jakie będą wynikały z braku odpowiedniego dokapitalizowania majątku

Zakładając powyższe tendencje należy spodziewać się:

- Znacznego niedofinansowania i niezrównoważenia budżetu z przeznaczeniem na ochronę zdrowia zarówno w perspektywie:
 - statycznej (tj. wydatki na ochronę zdrowia będą przewyższać wpływy),
 - dynamicznej (tj. wydatki na ochronę zdrowia będą rosły szybciej niż wpływy).

Tym samym można spodziewać się pogłębiania trudnej sytuacji ekonomicznej wielu podmiotów leczniczych w regionie na skutek utraty płynności finansowej. Przy ubożeniu społeczeństwa, wysokim bezrobociu, spowolnionym tempie wzrostu PKB i deprywacji społecznej oraz jednoczesnym

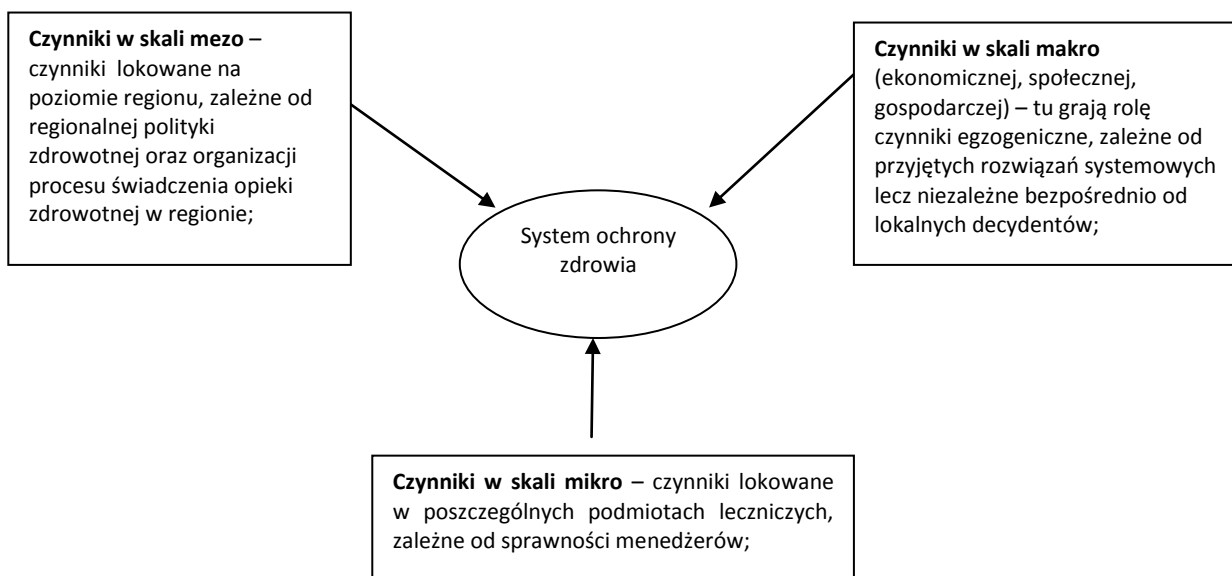
utrzymaniu składki zdrowotnej na niezmiennym poziomie⁷⁸, nie należy się zatem spodziewać istotnych, dynamicznych zmian w tym obszarze. Są to:

- Wzrost zapotrzebowania na opiekę zdrowotną w regionie, w szczególności tą wynikającą z dominacji osób starszych w populacji, jak i tą wynikającą z chorób przewlekłych. Istotne znaczenie, (choć na podstawie wyników badań wydaje się, iż mniejsze w województwie śląskim) będzie miała wielochorobowość pacjentów (tzw. multi-morbidity).
- Wzrost niezadowolenia społeczeństwa z dostępności i jakości opieki zdrowotnej na skutek pogłębiającej się trudnej sytuacji podmiotów świadczących usługi medyczne, jak i wzrostu oczekiwań społeczeństwa.
- Znaczenie (jako czynnika niezadowolenia pacjentów) zdekapitalizowanego majątku, który przy ograniczonych środkach finansowych oraz niedoinwestowaniu z lat poprzednich, będzie trudny do odtworzenia. Będziemy mieli do czynienia z pogłębiającą się luką technologiczną.
- Pogłębiania się chaosu informacyjnego, przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania, ilościowego i jakościowego na informacje niezbędne do podejmowania racjonalnych decyzji, tak na szczeblu mikro (podmiotów leczniczych), jak i mezo (regionu).

Ze względu na specyfikę sektora ochrony zdrowia, w tym również specyfikę funkcjonowania tego sektora w Polsce, zagadnienie poprawy jakości opieki zdrowotnej, w tym dostępności usług zdrowotnych, czy funkcjonowania podmiotów w systemie ochrony zdrowia, wymaga spojrzenia na problem z trzech perspektyw:

- Makro ekonomicznej, społecznej, gospodarczej, czyli na szczeblu kraju,
- Mezo ekonomicznej, społecznej, gospodarczej, czyli na szczeblu regionu,
- Mikro ekonomicznej, gospodarczej, czyli na szczeblu podmiotu.

Rysunek 7.1. Podział czynników wpływających na system ochrony zdrowia



Źródło: Opracowanie własne

⁷⁸ Składka ta wynosi aktualnie 9,00% i płacona jest z wynagrodzenia pracownika, a raczej potrącana głównie z jego zaliczki na podatek dochodowy (o składkę na ubezpieczenie zdrowotne pomniejsza się zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych do wysokości 7,75% podstawy) - reszta pochodzi ze środków pracownika.



Tabela 7.1. Czynniki, które spowodują pogorszenie sytuacji na rynku usług medycznych w ciągu najbliższych 5 lat

(1) (makro) systemowe, w tym przede wszystkim:
<ol style="list-style-type: none"> 1. zmniejszenie środków finansowych z przeznaczeniem na opiekę zdrowotną, pochodzących z funduszy centralnych (NFZ, budżet państwa); 2. zaniechania w zakresie reform systemowych skutkujące chaosem, rozmytą odpowiedzialnością, brakiem koordynacji i integracji systemu, niespójną polityką zdrowotną na poszczególnych szczeblach samorządowych, brakiem wytyczonych priorytetów zdrowotnych oraz brakiem zaplecza informacyjnego w systemie; 3. monopol głównego płatnika z silną centralizacją podejmowania decyzji (kluczowa rola Centrali NFZ jako organu sterującego systemem); 4. brak aktualnej, odpowiadającej realiom wyceny procedur medycznych, skutkujący rozmyciem informacji kosztowych w systemie oraz podejmowaniem decyzji alokacyjnych uznaniowo, a nie w oparciu o kryteria ekonomiczne; 5. brak zdefiniowanej „sieci szpitali”, bądź (co bardziej racjonalne) „sieci oddziałów” – konstrukcji strukturalno-organizacyjnej, która pozwoliłaby na optymalizację alokacji rzadkich zasobów ochrony zdrowia w oparciu o czynniki popytowe oraz zdolności wytwórcze (specjalizacja, doświadczenie, uczenie się poprzez działanie „learn by doing”);
(2) (makro) popytowe, w tym przede wszystkim:
<ol style="list-style-type: none"> 1. wzrost potrzeb medycznych populacji objętej opieką na skutek zmieniającego się profilu demograficzno-epidemiologicznego pacjentów (patrz rozdz. II raportu); 2. wzrost oczekiwań pacjentów co do jakości usług na skutek globalizacji i internacjonalizacji życia społeczno-gospodarczego; 3. zmiana struktury zapotrzebowania na usługi opieki zdrowotnej w kierunku zaspokojenia potrzeb kompleksowych, wynikających z wielochorobowości i dominacji chorób chronicznych; 4. zaniechania w zakresie profilaktyki, w tym również brak odpowiedzialności pacjentów za własne zdrowie, postawy roszczeniowe wobec systemu; niska świadomość kosztowa pacjentów;
(3) (makro) podażowe, w tym przede wszystkim:
<ol style="list-style-type: none"> 1. wzrost kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych na skutek wzrostu cen (mediów, materiałów medycznych i farmaceutyków), wzrostu podatków oraz wzrostu wynagrodzeń; 2. dekapitalizacja bazy sprzętowej, co w powiązaniu z presją na rozwój nowych, drogich technologii zmierza w kierunku „luki technologicznej” (brak możliwości „nadażenia” za rozwojem technologicznym i wdrażania nowych technologii med.); 3. nieracjonalna polityka kadrowa, tj. deficyt kadr w określonych specjalnościach, głównie geriatryka, onkologia, pediatria, choroby wewnętrzne), w szczególności luka pokoleniowa w segmencie pielęgniarek i zarazem przerost zatrudnienia w innych (relatywnie, w odniesieniu do posiadanych kontraktów z publicznym płatnikiem);



(4) (mezo) organizacyjne na szczeblu regionu, w tym:

1. rozdrobnienie rynku podmiotów leczniczych przy w zasadzie niezmiennym strumieniu finansowania – skutkuje to brakiem ciągłości leczenia dla pacjentów i stanowi zagrożenie dla jakości procesu usługowego;
2. „drenaż” kadrowy podmiotów publicznych przez podmioty niepubliczne, prowadzący do braku zwrotu z inwestycji w kapitał ludzki (szkolenia lekarzy, urlopy szkoleniowe dla lekarzy, kursy specjalizacyjne) i łatwego transferu wiedzy i umiejętności od podmiotów sektora publicznego ponoszących koszty, do podmiotów niepublicznych zorientowanych eksploatacyjnie;
3. niskie nakłady na inwestycje sprzętowe (vide luka technologiczna);
4. niedostateczna kontrola nad spełnieniem wymogów przez podmioty lecznicze ubiegające się o kontrakt z publicznym płatnikiem, co stanowi potencjalne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i prowadzi do erozji jakości opieki zdrowotnej;
5. brak koordynacji działań między różnymi organami założycielskimi (różne szczeble JST, Rektor, służby mundurowe) wobec podległych im podmiotów leczniczych (działających na tym samym rynku-terenie), co skutkuje dublowaniem profili działalności, dublowaniem kontraktowanych świadczeń, nieracjonalnymi inwestycjami zorientowanymi na spełnienie partykularnych interesów;
6. brak przejrzystości informacyjnej systemu na poziomie regionu (niedostateczny, niespójny przepływ informacji między różnymi organami założycielskimi), w szczególności w aspekcie zabezpieczenia usług zdrowotnych dla podległej populacji – efektem tego jest nieracjonalne dysponowanie ograniczonymi zasobami finansowymi z przeznaczeniem na ochronę zdrowia;

Źródło: Opracowanie własne

Poprawa jakości opieki zdrowotnej w regionie będzie wypadkową działania wszystkich powyższych czynników, wzajemnych zależności między nimi oraz ich synchronizacji (efekt synergii). Zaproponowane poniżej rekomendacje *per se* odnoszą się do wszystkich wskazanych grup czynników.



Tabela 7.2. Rekomendacje w zakresie ochrony rynku usług medycznych przed zidentyfikowanymi, niekorzystnymi czynnikami i pogorszeniem sytuacji

Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
<p>Zdaniem ekspertów jednym z najistotniejszych czynników pogorszenia sytuacji na rynku usług medycznych będzie: zmniejszenie środków finansowych z przeznaczeniem na opiekę zdrowotną, pochodzących z funduszy centralnych (NFZ, budżet państwa). Jak wskazują wyniki badań, zmniejszenie to będzie skutkiem mniejszych wpływów ze Składki zdrowotnej, czyli tzw. skład – datku, na co złożą się takie aspekty jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Spowolnienie gospodarcze, ➤ Wyższe bezrobocie, ➤ Niższe dochody. 	<p>Rekomendacja 1: Wdrożenie na szczeblu regionu mechanizmów efektywniejszego gospodarowania ograniczonymi zasobami:</p> <ul style="list-style-type: none"> • finansowymi, • infrastrukturalnymi, • kadrowymi, <p>czyli wszystkimi zasobami w których spodziewamy się deficytów.</p> <p>Rekomendacja 2: Prowadzenie ocen działalności placówek w regionie w oparciu o wypracowane narzędzia. Promowanie i punktowanie placówek medycznych, które są efektywniej zarządzane i osiągają lepsze wyniki finansowe przy jednoczesnym zapewnieniu standardu jakości usług.</p>	<p>Adresat: Wojewoda</p> <p>Wykonawcy: właściciele placówek medycznych; w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów; menadżerowie placówek</p> <p>Adresat: Władze regionu</p> <p>Wykonawcy: Władze regionu o obszarze własnych sieci</p>	<p>Zgodnie z regułami ekonomii, racjonalne gospodarowanie rzadkimi (ograniczonymi) zasobami (tu: ochrony zdrowia) wymaga takiej ich alokacji, by przyniosła ona maksymalizację korzyści (tu: społecznych). Warunkiem niezbędnym jest przy tym ocena tych obszarów zdrowia publicznego, które wymagają największych nakładów.</p> <p>Organy założycielskie w obliczu kurczących się źródeł finansowania, rosnących wydatków i niestety niekorzystnej sytuacji wielu placówek medycznych w regionie, powinny dążyć do wdrażania mechanizmów zmierzających do ograniczania kosztów przez optymalne wykorzystanie wszystkich zasobów niezbędnych do zaspokojenia potrzeb medycznych społeczeństwa regionu.</p> <p>Działania w tym zakresie powinny być co najmniej dwutorowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promowanie rozwiązań oszczędnościowych - mikroekonomicznych na szczeblu placówek, • Promowanie współpracy i współdziałania pomiędzy placówkami, które może przyczynić się do ograniczenia kosztów zakupu, czy efektywniejszego wykorzystania zakupionego sprzętu. <p>Stosowanie ocen i punktowanie efektywności placówek wymaga wypracowania narzędzi ich oceny. Proponuje się w tym obszarze opierać się na akredytacji i benchmarkingu.</p>
<p>Wyniki badań w szczególności wywiady z dyrektorami i pracownikami placówek ujawniły, iż dużym problemem placówek medycznych jest zdekapitalizowany, przestarzały sprzęt. Również niezależni eksperci w wyniku badań Delphi potwierdzi, iż dekapitalizacja sprzętu zaważy na jakości usług medycznych w regionie w przyszłości. Jednocześnie wyniki badań wskazują, iż nie zawsze najnowocześniejszy sprzęt placówki wykorzystany jest optymalnie.</p>	<p>Rekomendacja 3: W obliczu ograniczających się przychodów i zwiększającej luki technologicznej rekomenduje się bardziej racjonalne zarządzanie majątkiem publicznym – infrastrukturą medyczną placówek. Racjonalność w tym zakresie trzeba osiągać przez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prowadzenie cyklicznej diagnozy - bilansów ilości i jakości sprzętu 	<p>Adresat: Wojewoda</p> <p>Wykonawcy: właściciele placówek medycznych; w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów; menadżerowie placówek</p>	<p>Jednym z ważnych obszarów wsparcia placówek jest koordynacja działań w zakresie zakupu nowoczesnego sprzętu. Ilość i jakość infrastruktury powinna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odpowiadać zapotrzebowaniu regionu, • Odzwierciedlać istniejący potencjał, infrastruktury w innych placówkach, • Odpowiadać wielkości placówki i jej potencjałowi leczniczemu, w tym możliwościom świadczenia całych procesów, a nie tylko wybranych procedur. <p>Rozproszenie infrastruktury nie służy ani placówkom medycznym</p>



Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
	<ul style="list-style-type: none"> Analizy optymalizacji wykorzystania sprzętu w placówkach, Racjonalne planowanie zakupu nowej infrastruktury. <p>Rekomendacja 4: Decyzje dotyczące zakupu szczególnie nowoczesnych i drogich urządzeń uwzględniały konkurencję rynkową również wśród innych placówek, których właścicielem nie jest Marszałek, tj. szpitali klinicznych i powiatowych w regionie, tak aby nie dublować sprzętu i tym samym nie skazywać się na nieoptymalne jego wykorzystanie, przy jednoczesnych wysokich odpisach amortyzacyjnych.</p>	<p>Adresat: NFZ, Wojewoda</p> <p>Wykonawcy: właściciele placówek medycznych; w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów; menadżerowie placówek</p>	<p>– gdyż nie zawsze może być ona optymalnie wykorzystana, ani pacjentom.</p> <p>Organy założycielskie powinny wziąć na siebie rolę koordynatora w tym zakresie. W relacji tych rekomendacji pomocne będzie wyznaczenie jasnych, długofalowych priorytetów rozwoju polityki zdrowotnej w regionie oraz dostępności informacji na temat zjawisk demograficznych i epidemiologicznych w regionie.</p>
<p>Spółeczeństwo Polski będzie się starzało, tym samym będzie się starzało społeczeństwo regionu śląskiego. Wyniki analiz wskazują jednak na to, iż w woj. śląskim odsetek osób starszych będzie wyższy niż w innych regionach Polski. W badanym województwie sytuacja pod tym względem będzie trudniejsza niż w innych regionach polski.</p> <p>Jednocześnie analiza potencjału łóżek na oddziałach geriatrycznych oraz miejsc pobytu na oddziałach opiekuńczo-leczniczych wskazuje, że jest ich bardzo mało. Wyniki analiz epidemiologicznych wskazują na zwiększenie zachorowalności na takie choroby jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Choroby serca, Choroby mózgu, Choroby psychiczne, Choroby onkologiczne. 	<p>Rekomendacja 5: Rekomenduje się przyjęcie takiego kierunku przekształceń struktury łóżek szpitalnych, aby zabezpieczać więcej łóżek do leczenia geriatrycznego oraz na oddziałach opiekuńczo -leczniczych.</p>	<p>Adresat: NFZ</p> <p>Wykonawcy: właściciele placówek medycznych; w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów; menadżerowie placówek</p>	<p>Wraz ze starzeniem się populacji rozwijać się będą choroby wieku starczego, które najczęściej mieścić się będą w wymienionych wyżej grupach.</p> <p>Brak łóżek przeznaczonych do leczenia osób starszych będzie powodował korzystanie z łóżek szpitalnych na oddziałach neurologicznych, chorób wewnętrznych, czy psychiatrycznych.</p> <p>Już dziś mamy do czynienia z przypadkami, że niektóre oddziały szpitalne stają się miejscami „przechowania” osób starszych. Nakłada się oczywiście na to problem braku możliwości opieki nad osobami starszymi ze strony rodziny.</p> <p>Trzeba podkreślić, że analiza zapotrzebowania szpitali pod kątem rozwoju specjalizacji medycznych czy zatrudnienia lekarzy nie wykazuje dzisiaj zapotrzebowania na łóżka dla osób starszych czy miejsca pobytu osób starszych przewlekle chorych. Placówki, co wydaje się oczywiste, zamierzają rozwijać specjalizacje uwzględniając atrakcyjność wyceny procedur realizowanych przez</p>



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
			<p>NFZ. Leczenie osób starszych nie jest opłacalne. Placówki medyczne same z siebie nie zamierzają lub tylko w nielicznych przypadkach decydują się na ten krok.</p> <p>Planowanie rozwoju usług z uwzględnieniem monopolistycznej roli NFZ i atrakcyjności kontraktów, nie daje żadnego poglądu na temat zapotrzebowania populacji i kierunków rozwoju.</p> <p>Analiza liczby wykonanych procedur daje tylko niepełny pogląd na temat zapotrzebowania społeczeństwa na usługi medyczne, ograniczony do liczby kontraktów. Tym samym można stwierdzić, iż aktualne wyniki badań, wykazujące zapotrzebowanie na nowe specjalizacje czy lekarzy, nie odzwierciedlają potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionu. Dlatego też mylące może być projektowanie usług z uwzględnieniem opinii dyrektorów szpitali.</p>

7.2. Czynniki poprawy dostępności i jakości usług medycznych w regionie w placówkach medycznych województwa śląskiego

Według przedstawicieli placówek medycznych, które zostały poddane badaniom, recepta na poprawę jakości świadczonych usług leży poza szpitalem. Zmiany powinny się rozpocząć od zreformowania ogólnopolskiego systemu opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie wielkości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych oraz wzrost poziomu finansowania wybranych dziedzin.

Również eksperci są w zasadzie zgodni co do tego, iż nie jest możliwa poprawa dostępności bez **zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia** (taki pogląd wyraża 19 z 31 ekspertów, teza 3 Delphi), i w konsekwencji tego zwiększenia limitów na poszczególne świadczenia (taki pogląd wyraża 25 z 31 ekspertów).

Można zatem przyjąć, że to czynniki makroekonomiczne w największym stopniu będą miały wpływ na poprawę sytuacji na rynku usług medycznych w regionie. Można podejmować działania na szczeblu regionu czy placówek, trzeba jednak liczyć się z faktem ich mniejszej skuteczności.

Warto też podkreślić, iż większość działań reformatorskich idzie na przekór tezom ekspertów i dyrektorów placówek – podejmuje się działania reformatorskie bez zwiększania budżetu na ochronę zdrowia.



Tabela 7.3. Rekomendacje w zakresie poprawy dostępności usług medycznych w województwie śląskim

Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
W trakcie wywiadów indywidualnych oraz grupowych z ekspertami i dyrektorami placówek, mocno i ostro sygnalizowano, iż problemem utrudniającym dostosowanie oferty usług do zapotrzebowania społeczeństwa w regionie jest monopolistyczna rola NFZ. Ilość, zakres stosowanych procedur, jest determinowana kontraktami NFZ. Kontrakty nie uwzględniają specyfiki regionu, nie uwzględniają też realiów funkcjonowania niektórych specjalizacji – tu problemem jest wycena procedur.	Rekomendacja 6: Decentralizacja decyzji co do zakresu, ilości i jakości usług zdrowotnych, niezbędnych do zabezpieczenia populacji objętej opieką. Demonopolizacja decyzji NFZ. Wiąże się to z regionalizacją podejmowania decyzji. Wprowadzenie rozwiązań określanych mianem samorządowej opieki zdrowotnej .	Adresat: Ministerstwo Zdrowia, NFZ Wykonawcy: Wojewoda, właściciele placówek medycznych; w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów	Podstawowym warunkiem REGIONALIZACJI DECYZJI jest demonopolizacja Centrali NFZ (decentralizacja decyzji dotyczących finansowania ochrony zdrowia) i zwiększenie poprzez to pola decyzyjnego regionalnych oddziałów płatnika oraz organów założycielskich jako organizatorów opieki zdrowotnej w regionie (decentralizacja decyzji dotyczących organizowania ochrony zdrowia) – scenariusz ten jest możliwy do spełnienia, biorąc pod uwagę planowane przez rząd zmiany ⁷⁹ .
Wyniki badań w placówkach medycznych województwa śląskiego ujawniły, że w większości placówek odnotowano nadwykonania, a udział nadwykonań w liczbie wykonanych procedur był znaczący. Takie dane świadczą niewątpliwie o tym, że kontrakty oferowane przez NFZ są niewystarczające.	Rekomendacja 7: Zwiększenie wysokości kontraktu z NFZ i Ministerstwem Zdrowia.	Adresat: Ministerstwo Zdrowia, NFZ Wykonawcy: Menadżerowie placówek	Nadwykonania są jednymi z istotniejszych źródeł strat szpitali, ale jednocześnie wskazują na podejmowanie przez dyrektorów szpitali „ryzyka” zabezpieczenia potrzeb medycznych społeczeństwa. Trzeba również pamiętać, że wysoka liczba nadwykonań może świadczyć o dobrej opinii jaką cieszy się placówka, co w przypadku niektórych badanych placówek rzeczywiście jest faktem.
W trakcie badań, głównie wywiadów grupowych, eksperci i dyrektorzy placówek sygnalizowali zbyt krótki horyzont czasowy planowania, który uniemożliwia przygotowanie się do zmian w potrzebach populacji regionu. Wskazywali również na brak jasno określonych, znanych im priorytetów rozwoju w obszarze zdrowia publicznego na poziomie regionu. W istocie, oczekiwania koncentrują się na określeniu priorytetów przez wojewodę, które	Rekomendacja 8: Zdefiniowanie priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej. Opracowanie i wdrożenie procedur planowania działań właściciela w obszarze zarządzania zdrowiem publicznym, polegających na wyznaczeniu kilkuletnich celów i priorytetów działalności.	Adresat: Wojewoda Wykonawca: właściciele placówek medycznych; w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów	Optymalizacja zasobów – placówek, specjalizacji, lekarzy i łóżek, wymaga znacznie dłuższej perspektywy planowania niż jeden rok. Rekomenduje się tu okres minimum 5 lat – tyle czasu potrzeba na przygotowanie kadry medycznej. Zarządzanie strategiczne wymaga uwzględnienia perspektywy długofalowej, która umożliwiłaby wytyczenie kierunków rozwoju i prognozowanych zmian. Niezbędnym elementem tego działania jest:

⁷⁹<http://prawo.rp.pl/artukul/757695,921581-Oddzialy-NFZ-beda-podpisywac-kontrakty-ze-szpitalami-w-calym-kraju.html>



Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
byłyby akceptowane i wdrażane przez właścicieli placówek wojewódzkich i powiatowych w regionie.			<ul style="list-style-type: none"> Komunikowanie osobom odpowiedzialnym za zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych populacji, swoich decyzji i planów, Konsekwencja w realizacji podjętych decyzji i skorelowanie ich z innymi działaniami podejmowanymi w sferze zdrowia publicznego.
<p>Wyniki badań wyraźnie wskazały na deficyt informacji/danych z zakresu demografii, epidemiologii, prognozy składek zdrowotnych oraz kształtowania się innych zjawisk, które będą wpływały na sytuację sektora usług medycznych. Poza znajomością ogólnych tendencji, brakuje świadomości i dokładnej analizy, jak zmiany przełożą się te na warunki działania placówek medycznych w regionie.</p> <p>Z drugiej strony dyrektorzy placówek potwierdzali, że w bieżącym zarządzaniu potrzebują oni zarówno danych wewnętrznych – pochodzących z placówki (finansowe, kadrowe, wskaźniki efektywności), jak i danych zewnętrznych (np. jeśli chodzi o konkurencję). Odpowiedzi jednak wskazują, iż myśleli o dość krótkim horyzoncie czasowym.</p> <p>Dyskusje ekspertów w trakcie wywiadów grupowych wyraźnie wskazywały na to, iż brakuje danych niezbędnych w procesie długookresowego planowania działalności. Padały sformułowania: „żeby zarządzać czymś – trzeba mieć wiedzę o przedmiocie zarządzania”. Jak wynikało z dyskusji, tej wiedzy brakuje.</p>	<p>Rekomendacja 9: Wdrożenie systemów informacyjnych zdrowia publicznego, opartych na:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pozyskiwaniu danych z różnych źródeł, Przetwarzaniu danych, w tym redukcji syntezy danych znaczących zbiorów danych na informacje, Profilowaniu informacji z uwzględnieniem różnych grup odbiorców – decydentów w zakresie polityki zdrowotnej w regionie, dyrektorów placówek, sektora nauki. 	<p>Adresat: Ministerstwo Zdrowia, NFZ, na szczeblu regionu - Wojewoda</p> <p>Wykonawcy: Regionalne wydziały zdrowia publicznego</p>	<p>Zgodnie z regułami zarządzania, również publicznego podstawą podejmowania racjonalnych decyzji jest wiedza o rynku. Stąd konieczność stworzenia kompatybilnej bazy danych o potrzebach i zasobach opieki zdrowotnej w regionie.</p> <p>Ważną cechą takiego systemu powinna być:</p> <ul style="list-style-type: none"> Adekwatność zbieranych i przetwarzanych danych dla potrzeb osób zarządzających placówkami i decydentów w regionie, Dostępność danych, Cykliczność zbierania danych umożliwiającą wyznaczanie prognoz i tendencji. <p>Zapewnienie osobom zarządzającym placówkami medycznymi dostępu do danych niezbędnych do podejmowania decyzji strategicznych np. inwestycyjnych, restrukturyzacyjnych. Trudno będzie uzyskiwać realne i trafne plany działań i restrukturyzacji przy braku informacji i wiedzy na temat kształtowania się zjawisk w przyszłości.</p>



Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
<p>Badania i wywiady z przedstawicielami placówek oraz ekspertami wykazały, iż jedną z głównych przyczyn braku dostępności usług są nie tylko niskie kontrakty z NFZ, ale również niedoszacowanie jednych procedur i przeszacowanie innych.</p> <p>Na rynku usług medycznych odbywa się zatem swoista gra o te opłacalne procedury oraz o odrzucanie procedur, które nie są opłacalne.</p> <p>Straty placówek medycznych w woj. śląskim są również powodowane faktem, że dążąc do zabezpieczenia potrzeb populacji, biorą one na siebie również procedury nieopłacalne, podczas gdy placówki niepubliczne nie dbają o zabezpieczenie zróżnicowanych przecież potrzeb populacji i wybierają z oferty NFZ tylko atrakcyjne procedury, na których zarabiają.</p>	<p>Rekomendacja 10: Urealnienie przez NFZ wyceny procedur medycznych. Adekwatna wycena procedur do ich kosztów.</p>	<p>Adresat: Ministerstwo Zdrowia, NFZ</p> <p>Wykonawca: NFZ</p>	<p>Realna wycena procedur zapewni prawdziwe szacowanie potrzeb medycznych społeczeństwa.</p> <p>Takie działanie NFZ wypaczyło wiedzę na temat epidemiologii, np. podczas, gdy dobrze wyceniana jest procedura artroskopii, to jest nagły wzrost zachorowań i olbrzymia liczba leczonych, w innym przypadku inna procedura przoduje.</p> <p>Obecne wyceny są mocno niedoszacowane w przypadku wielu specjalizacji.</p> <p>Efekt ten doczekał się nawet nazwy – efekt „spijania śmietanki” - tendencja do zgłaszania chęci na podpisanie kontraktu jedynie na finansowo atrakcyjne świadczenia.</p>



Tabela 7.4. Rekomendacje w zakresie poprawy jakości świadczonych usług w placówkach medycznych w województwie śląskim

Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat / wykonawca	Uzasadnienie
Z perspektywy pacjenta najważniejszą miarą dostępności usług jest czas oczekiwania i związana z nim postrzegana ciągłość leczenia. W wywiadach z ekspertami i dyrektorami placówek medycznych, wskazywano na brak ciągłości leczenia, sygnalizowano konieczność: <i>wprowadzenia do katalogu świadczeń możliwości leczenia skojarzonego lub wielonarządowego</i> . W obecnym systemie w woj. śląskim brak jest integracji działań w odniesieniu do diagnostyki, terapii, rehabilitacji i promocji zdrowia.	<p>Rekomendacja 11: Wdrożenie systemu tzw. zintegrowanej opieki zdrowotnej.</p> <p>Rekomendacja 12: Zapewnienie ciągłości leczenia pacjentów (w szczególności dotyczy to osób z wieloma schorzeniami i przewlekle chorych) – jako rozwiązanie pomostowe pomiędzy stanem obecnym a docelową opieką zintegrowaną. W szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zapewnienie integracji poziomej (tworzenie zespołów terapeutycznych) • Zapewnienie integracji pionowej (koordynacja działań między poszczególnymi świadczeniodawcami różnych szczebli opieki w oparciu o model zarządzania przypadkiem chorobowym). <p>Rekomendacja 13: Wprowadzenie koordynatora (opiekuna), który w sposób merytoryczny umiałby sterować procesem leczenia, w celu wyeliminowania przypadkowości w rozpoznawaniu choroby i opieki lekarskiej po poważnych zdarzeniach medycznych (dobór specjalistów, ustalanie terminów, kontynuacja leczenia).</p>	<p>Adresat: Ministerstwo Zdrowia, NFZ</p> <p>Wykonawcy: właściciele placówek medycznych; w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów; menadżerowie placówek</p> <p>Adresat: Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Wykonawca: Menadżerowie placówek</p>	<p>Przyjmujemy (za WHO), że opieka zintegrowana (<i>integratedcare</i>) jest koncepcją łączącą zasoby na wejściu, proces świadczenia usług, zarządzanie i organizację usługami zdrowotnymi w odniesieniu do diagnostyki, terapii, rehabilitacji i promocji zdrowia⁸⁰. Wymaga to budowy zintegrowanego systemu dostarczania opieki zdrowotnej, w którym profilaktyka pierwotna i wtórna chorób, diagnostyka, leczenie, rehabilitacja i zapewnianie opieki długoterminowej (opiekuńczo-leczniczej i pielęgnacyjno-leczniczej) nad pacjentami postrzegane są jako jeden, ciągły powiązany zbiór działań zorientowanych na utrzymanie zdrowia pacjentów i podnoszenie ich jakości życia. W tym kontekście integracja postrzegana jest jako proces organizowania opieki zdrowotnej, wymagający współpracy poszczególnych usługodawców. Wprowadzenie tego modelu nie będzie możliwe bez rozszerzenia zakresu prewencji wtórnej na poziomie lekarza pierwszego kontaktu i zwiększenia efektywności wczesnego diagnozowania na tym szczeblu opieki. Warunkiem koniecznym tworzenia modelu zintegrowanej opieki zdrowotnej jest przywrócenie więzi funkcjonalnych, organizacyjnych i informacyjnych pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych a gabinetami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podmiotami lecznictwa zamkniętego, ratownictwem medycznym oraz opieką społeczną.</p>
	Rekomendacja 14: Stworzenie systemów informacji medycznej w oparciu o rejestr usług – zapewnienie informacji na temat medycznej historii pacjenta. Warto do tego wykorzystać doświadczenia Śląskiej Kasy Chorych.	<p>Adresat: Ministerstwo Zdrowia,</p> <p>Wykonawca: NFZ, na szczeblu regionu Wojewoda</p>	<p>Przyjmując optykę pacjenta, jako głównego beneficjenta systemu opieki zdrowotnej można założyć, iż zapewnienie dostępności i ciągłości opieki, jest podstawowym kryterium oceny skuteczności tak działającego systemu. Z kolei satysfakcja pacjenta z usług jest pochodną postrzeganych problemów pojawiających się w trakcie procesu usługowego. Luki w jego koordynacji, zarówno między samymi usługodawcami, jaki między pacjentami a dostawcami</p>

⁸⁰ WHO European Office for Integrated Health Care Services. IntegratedCare. Working Definition; 2001



Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat / wykonawca	Uzasadnienie
	<p>Rekomendacja 15: Wdrożenie standardów zarządzania przypadkiem chorobowym.</p> <p>Rekomendacja 16: Wprowadzenie kontraktów długoterminowych z NFZ dla istniejących już podmiotów leczniczych pozwoliłoby również na zagwarantowanie pacjentom ciągłości leczenia, a placówkom dałoby perspektywę strategiczną podejmowanych działań.</p>	<p>Adresat: Ministerstwo Zdrowia,</p> <p>Wykonawca: właściciele placówek medycznych; w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów; menadżerowie placówek</p> <p>Adresat: Ministerstwo Zdrowia, NFZ</p> <p>Wykonawca: NFZ, menadżerowie placówek</p>	<p>opieki, można zatem traktować jako zagrożenia dla ciągłości opieki, co rzutuje na uzyskiwane wyniki leczenia, a zatem i na koszty systemu⁸¹. Ciągłość opieki należy traktować przy tym wieloaspektowo jako:</p> <ul style="list-style-type: none"> ciągłość informacyjną –zdolność usługodawcy do podejmowania trafnych decyzji w oparciu o wystarczający zasób informacji na temat medycznej historii pacjenta-stworzenie systemów informacji medycznej w oparciu o rejestr usług medycznych, ciągłość procesowa –zdolność usługodawcy/sieci usługodawców do stworzenia spójnego planu koordynacji opieki nad pacjentem - wdrożenie standardów zarządzania przypadkiem chorobowym, ciągłość relacyjna –zdolność usługodawcy do sprawowania opieki nad pacjentami w przyszłości przez znanych im profesjonalistów medycznych- kontrakty długoterminowe.
<p>Badania wykazują, że w żaden sposób w kontraktowaniu usług medycznych, jak również w dofinansowaniu placówek nie bierze się pod uwagę jakości usług, standardów i procedur stosowanych przez placówki, np. posiadania akredytacji czy ISO.</p> <p>Choć trzeba podkreślić, iż przedstawiciele placówek zdecydowanie rekomendowali akredytację.</p>	<p>Rekomendacja 17: Różnicowanie wielkości kontraktu w zależności od jakości oferty placówki medycznej, w tym w szczególności certyfikatu akredytacyjnego.</p>	<p>Adresat: Ministerstwo Zdrowia, NFZ</p> <p>Wykonawca: NFZ, menadżerowie placówek</p>	<p>Od wielu lat, przynajmniej od reformy ochrony zdrowia jeszcze z lat 90-tych, nie bierze się pod uwagę, nie punktuje placówek za jakość, wiele się natomiast o tej jakości mówi i pisze. Placówki nie mają motywacji do podnoszenia jakości usług medycznych, jeśli odbywa się to ich kosztem – certyfikacje kosztują, a w żaden sposób nie są brane/oceniane/punktowane przy negocjacjach kontraktów przez NFZ. Akredytacja czy ISO nie są również oceniane przez organizatorów świadczeń. W takich okolicznościach, koszty podnoszenia i utrzymania jakości są dla placówek medycznych kosztem bezzasadnym.</p>

⁸¹ Dowodzi temu szereg badań międzynarodowych. Zob. m.in. Weinberg, D. B., Gittel, J. H., Lusenhop, R. W., Kautz, C. M., & Wright, J. (2007). Beyond our walls: Impact of patient and provider coordination across the continuum on surgical outcomes. Health Services Research, 42(1), 7–24.



7.3. Czynniki obniżenia ogólnych kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim

Czynniki poprawy kosztów systemu wiążą się:

- ze strumieniem finansowania (postulat zwiększenia kontraktów). W tym względzie rekomenduje się upowszechnienie zasad zarządzania zasobami oraz zarządzania opieką (utilization management). W tym przypadku niezbędnym elementem jest realna wycena procedur medycznych oraz wprowadzenie standardów analiz wskaźnikowych, odzwierciedlających zmiany w obrębie korzystania z zasobów opieki zdrowotnej i poziomu wydatków;
- z bardziej racjonalnym gospodarowaniem ograniczonymi środkami z przeznaczeniem na ochronę zdrowia. W tym przypadku rekomenduje się wdrożenie instrumentów nadzoru nad kosztami i jakością w postaci:
 - standardów i protokołów postępowania medycznego,
 - zarządzania ścieżką pacjenta o podwyższonym ryzyku chorobowym,
 - zarządzania przypadkiem chorobowym (case management),
 - nadzoru retrospektywnego (analiza dostarczonych usług),
 - nadzoru nad stosowaniem nowych technologii (w tym dyfuzji tele-medycyny),
 - planowania wpisów (dotyczy jednostek leczenia zamkniętego),
 - raportowania (i docelowo benchmarkingu).

Ważne będzie również wdrożenie rozwiązań na poziomie placówek medycznych (mikro). Sugerowanymi kierunkami działań jest wdrożenie mechanizmów i narzędzi nowego zarządzania publicznym, w tym przede wszystkim:

- zarządzania finansami podmiotów leczniczych (budżetowanie oddziałów, tworzenie ośrodków powstawania kosztów, outsourcing usług medycznych i niemedyycznych – tam gdzie jest to ekonomicznie uzasadnione);
- racjonalizacji wydatków poprzez tworzenie grup zakupowych (media, leki, usługi prawnicze), inwestycje w odnawialne źródła energii;
- zarządzania zasobami ludzkimi (restrukturyzacja zatrudnienia) i materialnymi (zwiększenie produktywności sprzętu medycznego);

Rekomendowanym kierunkiem działań jest również stymulowanie przez organ założycielski, a szerzej przez koordynatora ochrony zdrowia w regionie (dotyczy to podmiotów różnych organów założycielskich), współpracy między nimi, w postaci **podejmowania wspólnych działań zorientowanych na obniżenie kosztów funkcjonowania podmiotów, jak zakupy grupowe, wspólne zamówienia i przetargi** - utworzenie tzw. porozumień na szczeblu województwa śląskiego, w obrębie np. szpitali klinicznych, w sprawie wspólnych negocjacji dotyczących zakupu leków, sprzętu medycznego, aparatury, żywienia pacjentów oraz wspólnego modelu korzystania z pomocowych usług medycznych typu: sterylizacja, diagnostyka laboratoryjna, sprzątanie i catering. Wspomogłoby to przede wszystkim racjonalny rozdział finansów i lepsze ich wykorzystanie.

Obniżenie kosztów systemu może się również odbywać przez dopłaty pacjentów. Na razie nie ma stosowanych przepisów w tym względzie. Placówki niepubliczne nie mogą pobierać dopłat do usług, ale mogą świadczyć procedury odpłatnie dla pacjentów prywatnych. Na brak takiej możliwości, która wspomogłaby ich finansowanie skarżą się placówki publiczne.



Tabela 7.5. Rekomendacje w zakresie obniżenia kosztów ogólnych funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim, w kontekście efektywniejszej dystrybucji środków publicznych

Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
<p>Badania wskazują, iż koszty stacjonarnej opieki zdrowotnej rosną ze względu na niewłaściwą organizację opieki podstawowej. W szczególności zbadano tu reakcje pacjentów pytając ich, co robią w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia. Większość osób jedzie na izbę przyjęć.</p> <p>Problemem w tym względzie jest brak opieki w godzinach nocnych i święta, oraz luźne kontakty pomiędzy pacjentami a lekarzem rodzinnym, słaba komunikacja z pacjentami i informacja o miejscach świadczenia usług w dni świąteczne i w nocy.</p>	<p>Rekomendacja 18: Wzmocnienie roli i delegowanie kompetencji do podstawowej opieki zdrowotnej - POZ (lekarz rodzinny, pielęgniarka środowiskowa) poprzez wytyczenie standardu opieki nad pacjentem na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), wraz z wdrożeniem mechanizmów prowadzących do zwiększenia efektywności wczesnego diagnozowania pacjentów i tym samym podjęcia prewencji I i II stopnia na poziomie ambulatoryjnym.</p>	<p>Adresat: Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Wykonawca: Wojewoda, placówki medyczne</p>	<p>Zgodnie z wytycznymi WHO należy dążyć do modelu, w którym 80% potrzeb zdrowotnych populacji zaspokajanych jest na poziomie POZ. W dłuższej perspektywie doprowadzi to do obniżenia kosztów poprzez ograniczenie wydatków na najdroższym szczeblu, tj. opieki zamkniętej. Wymagać to będzie wprowadzenia bodźców finansowych, skierowanych do lekarzy POZ, zachęcających ich do kontraktowania usług diagnostycznych szerszych niż zakres POZ (lekarze rodzinni dysponujący budżetem, tzw. fund-holding) wraz z wprowadzeniem systemu wynagradzania za wyniki (tzw. pay-for-performance);</p> <p>Pozwoli to na pełne wykorzystanie kompetencji lekarza POZ.</p>
<p>Bardzo ważnym czynnikiem, który mógłby obniżyć koszty systemu ochrony zdrowia w długim okresie, a w szczególności poprawiać kondycję finansową placówek, co w efekcie będzie przekładało się na jakość świadczeń, jest równoważenie ilości kontraktów realizowanych przez publiczne i niepubliczne ZOZ w regionie.</p> <p>Postulat ten pojawiał się zarówno wśród dyrektorów placówek, jak i w trakcie wywiadów grupowych z ekspertami.</p>	<p>Rekomendacja 19: Silnie rekomenduje się objęcie większą koordynacją właścicielską szpitali działających na danym obszarze pod patronatem określonego właściciela, w tym przypadku JST. Wdrożenie mechanizmów ochrony placówek publicznych przez ich właściciela poprzez ustalenie właściwego udziału ilości kontraktów realizowanych przez publiczne i niepubliczne ZOZ w regionie. Chodzi o zabezpieczenie kontraktów dla już istniejących, publicznych placówek medycznych, zabezpieczających potrzeby medyczne mieszkańców regionu.</p> <p>Rekomendacja 20: Zabezpieczenie kontraktów dla już istniejących placówek publicznych i funkcjonujących oddziałów.</p>	<p>Adresat: Wojewoda, NFZ</p> <p>Wykonawca: Wojewoda</p> <p>Adresat: Wojewoda, NFZ</p> <p>Wykonawca: Wojewoda</p>	<p>Opisywany już wcześniej efekt „spijania śmietanki” powoduje, że na rynku pojawiają się liczne podmioty niepubliczne, konkurujące o środki z NFZ. Liczba podmiotów powoduje, iż kontrakty na szpital są na tyle niskie, iż nie pokrywają kosztów funkcjonowania oddziałów.</p> <p>Rynek powinien być zabezpieczony na tyle, aby liczba podmiotów odpowiadała zapotrzebowaniu społeczeństwa.</p> <p>Zdaniem badanych nowe podmioty działają na „innych” prawach – są szybciej rejestrowane i mają łatwiejsze procedury rejestracji, niższe wymagania.</p> <p>Z badań wynika, iż w województwie śląskim jest duża liczba placówek i raczej należy konsolidować działania. Warto też wyznaczyć i wspierać placówki, których celem jest zabezpieczenie potrzeb społecznych, a nie zarobek. W innym przypadku może dojść do sytuacji, w której usługi w ramach niektórych specjalizacji będą już świadczone tylko przez</p>



Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
			placówki niepubliczne –te opłacalne, zaś te nieopłacalne przez publiczne, co będzie powodowało trudną sytuację finansową.
W trakcie realizowania projektu badawczego nie były prowadzone badania zachowań zdrowotnych pacjentów województwa śląskiego, ale wiadomo, iż w sytuacji ograniczonych środków finansowych, obniżenia kosztów trzeba szukać w ramach wielu obszarów i w ramach wszystkich podmiotów. Również pacjenci powinni niejako oszczędzać system.	<p>Rekomendacja 21: Promowanie modelu aktywnego, uczestniczącego pacjenta, odpowiedzialnego za modyfikację własnego stylu życia i redukcję czynników ryzyka - edukacja na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, głównie środowiskowej oraz powiązanie osobniczych, ryzykownych zachowań z systemem bodźców finansowych (ulgi, zachęty finansowe) – decyzja systemowa, strategiczna.</p> <p>Rekomendacja 22: Zwiększenie świadomości kosztowej odbiorców usług oraz zwiększenie ich odpowiedzialności za własne zdrowie, poprzez promowanie tzw. samozarządzania chorobą (self-disease management).</p>	<p>Adresat: Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Wykonawca: władze regionów, placówki medyczne</p> <p>Adresat: Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Wykonawca: władze regionów, placówki medyczne</p>	<p>Przyjęcie orientacji rynkowej (zorientowanej na klienta, tu: pacjenta) stawia wymagania nie tylko stronie podażowej (usługodawcom), ale i popytowej (pacjentom). Stąd należy wymagać i oczekiwać zmian w postawach i zachowaniach pacjentów.</p> <p>Zwiększenie świadomości kosztowej odbiorców usług można osiągnąć dwutorowo:</p> <ul style="list-style-type: none"> poprzez uruchomienie mechanizmów wiążących odpowiedzialność pacjenta z finansowaniem (współpłacenie) – decyzja systemowa, strategiczna; poprzez promowanie modelu aktywnego, uczestniczącego pacjenta, odpowiedzialnego za modyfikację własnego stylu życia i redukcję czynników ryzyka – edukacja na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, głównie środowiskowej oraz powiązanie osobniczych, ryzykownych zachowań z systemem bodźców finansowych (ulgi, zachęty finansowe) – decyzja systemowa, strategiczna.
Wyniki badań wskazują, że osobom zarządzającym placówkami medycznymi brakuje wiedzy z zakresu zarządzania a w szczególności w zakresie dobrych praktyk stosowanych w innych placówkach. Zadaniem właściciela powinno być propagowanie najlepszych rozwiązań w obszarze zarządzania.	Rekomendacja 23: Podjęcie działań zmierzających do identyfikacji i promowania wśród placówek w regionie „dobrych praktyk” w dziedzinie zarządzania, w szczególności w obszarach wysoce kosztochłonnych, jak np. modelu zarządzania lekami. Działanie to powinno być zrealizowane w oparciu o wiodące w tej dziedzinie placówki krajowe i zagraniczne i ich „dobre praktyki”.	<p>Adresat: Wojewoda, właściciele w obrębie swoich sieci</p> <p>Wykonawca: właściciele placówek medycznych, w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów; menadżerowie placówek</p>	<p>Rolą właściciela jest motywowanie podmiotu gospodarczego (tu: placówki ochrony zdrowia) do racjonalizacji kosztów. Dlatego rekomenduje się rozpoznanie procedur stosowanych w najlepszych placówkach w danym obszarze zarządzania oraz propagowanie tych rozwiązań przez zaproponowanie możliwości pozyskania wiedzy (szkolenia) i doświadczeń (warsztaty) przez inne placówki.</p> <p>Przykładowe działania: informacja o kosztach działalności w ramach tej samej specjalności między oddziałami czy jednostkami, pokazywanie efektywniejszych metod pracy oraz rozwiązań modelowych.</p> <p>Rekomenduje się benchmarking procesowy – który pokaże</p>



Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
Wyniki przeprowadzonych badań ujawniły nieliczne przypadki współpracy pomiędzy placówkami medycznymi zmierzającymi do obniżenia kosztów. Wynika z tego, iż placówki publiczne regionu, dla których organem założycielskim jest województwo śląskie, nie będą same z siebie podejmowały inicjatyw współpracy w celu obliczenia kosztów. Wyraźnie natomiast wskazywano na rolę JST w tym zakresie.	Rekomendacja 24: Stymulowanie współpracy podmiotów medycznych należących do tego samego organu założycielskiego.	Adresat: właściciele placówek medycznych, w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów. Wykonawca: menadżerowie placówek	przebieg procesów i dobrych praktyk w najbardziej efektywnych jednostkach. W istocie chodzi o inicjowanie i animowanie współpracy oraz uruchomienie mechanizmów promujących współpracę między podmiotami należącymi do tego samego organu założycielskiego. Standardem działań powinny być wspólne przetargi, zakupy grupowe w ramach zamówień publicznych.

7.4. Czynniki poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w regionie

Jednym z szerzej dyskutowanych przez menadżerów placówek medycznych i ekspertów zagadnień związanych z poprawą funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w regionie, jest przejęcie przez któryś z organów roli koordynatora systemu i regulacja rynku polegająca na ochronie placówek publicznych na rzecz niepublicznych (większość ekspertów - 20 z 31 w badaniu Delphi). Postulat taki wydaje się uzasadniony w sytuacji, gdy chodzi nam w istocie o spełnienie przez region swojej roli – zaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji i w obliczu konieczności znacznego racjonalizowania kosztów.

Należy jednak podkreślić, że do postulatu uruchomienia mechanizmów ochrony placówek publicznych przez właściciela, przez równoważenie ilości kontraktów realizowanych przez publiczne i niepubliczne ZOZ-y w regionie, trzeba podchodzić z ostrożnością. Dążenie do zabezpieczenia kontraktów dla już istniejących placówek publicznych i funkcjonujących oddziałów może stanowić istotne zagrożenie dla celów efektywnościowych i jakościowych. Należy raczej dążyć do sytuacji, w której obie formy własności (publiczna i niepubliczna) będą równe wobec prawa (potrzeba inicjatywy ustawodawczej).



Tabela 7.6. Rekomendacje dotyczące **wprowadzenia rozwiązań organizacyjno - finansowych prowadzących do integracji systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim**

Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
<p>Obecnie, przy dużym rozproszeniu właścicielskim i wielości podmiotów podejmujących decyzje brak jest możliwości koordynacji działań podejmowanych w regionie, co skutkuje nieracjonalną alokacją zasobów finansowych. Stan ten rodzi konieczność współpracy.</p> <p>Za współpracą taką są przedstawiciele wszystkich środowisk, dyrektorzy placówek, eksperci rynku usług medycznych, naukowcy.</p>	<p>Rekomendacja 25: Zmiana roli JST z organu założycielskiego, nadzorującego podległe podmioty lecznicze i przyjęcie bardziej aktywnej funkcji jako organizatora opieki w regionie.</p> <p>Rekomendacja 26: Koordynacja przez organy rodzaju (profilu, zakresu działalności) podmiotów leczniczych działających w regionie oraz zakresu przedmiotowego świadczonych przez nie usług, czyli stworzenia swoistej „mapy działań” (określenie potrzeb i kierunków rozwoju, określenie celów strategicznych, wytypowanie jednostek strategicznych i „powiatowych”).</p>	<p>Adresat: Wojewoda, Wykonawca: Wojewoda, właściciele placówek medycznych, w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów.</p> <p>Adresat: Wojewoda, NFZ Wykonawca: Wojewoda, właściciele placówek medycznych, w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów.</p>	<p>Ochrona zdrowia jest obszarem, który nie poddaje się działaniom czysto rynkowym. Stąd to współpraca, a nie konkurencja mogłaby przynieść znacznie więcej korzyści w zakresie efektywniejszego gospodarowania zasobami. Rozwinięcie współpracy międzyorganizacyjnej i koordynacja działań leczniczych w regionie wymaga zmiany strukturalno-organizacyjnej w postaci zdefiniowania podmiotu koordynującego. Warunek ten jest możliwy poprzez przejęcie przez na przykład Wojewodę (jako „ramienia” władzy w regionie) funkcji koordynatora opieki zdrowotnej w regionie przy aktywnym udziale wszystkich interesariuszy (na przykład poprzez stworzenie gremium składającego się z przedstawicieli wszystkich organów założycielskich podmiotów leczniczych w regionie).</p> <p>Ważnym zdaniem organizatorów powinno być wspólne animowanie działań w zakresie wspólnych inicjatyw inwestycyjnych, jak centra i konsorcja diagnostyczne. Wspieranie finansowania technologii obniżających koszty (w perspektywie długofalowej, skrócenie czasu hospitalizacji poprzez chirurgię jednego dnia i oddziały pobytu dziennego) oraz wspieranie tym samym transferu technologii ze szczebla lecznictwa zamkniętego do szczebla ambulatoryjnego.</p> <p>Działania te powinny być efektem współpracy interesariuszy ochrony zdrowia w regionie, w tym różnych organów założycielskich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • JST różnych szczebli, • MSWiA, • Uczelni medycznych, • Placówek medycznych, • Płatnika. <p>Funkcję koordynatora takich działań powinien sprawować wojewoda.</p>



Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
			Scaliłoby to system usług medycznych oraz pozwoliło na sprawniejsze wprowadzanie zmian i precyzyjną kontrolę. Kontrola ta powinna być sprawowana przez wojewodę.
Z uwagi na fakt dużego zagęszczenia występowania opieki szpitalnej na terenie województwa śląskiego, poszczególne szpitale dublują swoją działalność specjalistyczną. Istnieje silna potrzeba koordynacji działań w tym zakresie, gdyż osłabia to w efekcie wszystkie placówki działające w regionie.	<p>Rekomendacja 27: Stworzenie sieci oddziałów szpitalnych na poziomie leczenia zamkniętego.</p> <p>Rekomendacja 28: Wyznaczenie jednostek strategicznych dla danych specjalizacji.</p>	<p>Adresat: Wojewoda, NFZ</p> <p>Wykonawca: właściciele placówek medycznych, w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów; menadżerowie placówek</p> <p>Adresat: Wojewoda</p> <p>Wykonawca: Wojewoda, właściciele placówek medycznych, w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów</p>	<p>Zdefiniowanie sieci oddziałów leczenia zamkniętego zgodnie z kryteriami zdrowotnymi, demograficznymi, przestrzennymi i ekonomicznymi – oznacza to wprowadzenie elementu jakościowego do systemu kontraktowania świadczeń z płatnikiem, a więc promowanie oddziałów spełniających standardy akredytacyjne, przy jednoczesnej kontroli ich efektywności kosztowej.</p> <p>Sieć umożliwi i ukonstytuuje współpracę i koordynację działań w regionie w oparciu o zaplecze informacyjne. W perspektywie, przyczyni się to do co najmniej ograniczenia dublowania świadczeń i zakupów inwestycyjnych na tym samym terenie.</p> <p>Stworzenie sieci szpitali, czy nawet sieci oddziałów szpitalnych w regionie umożliwi wyznaczenie jednostek strategicznych. Z działaniem tym nierozzerwalnie związane jest profilowanie szpitali w regionie.</p>

Tabela 7.7. Rekomendacje dotyczące sprzężenia polityki zdrowotnej z planowaniem strategicznym na poziomie regionalnym

Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
<p>W trakcie badań podkreślano jako istotne – koordynację działań i porozumie wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za politykę zdrowotną regionu.</p> <p>Wymagana jest integracja działań w stosunku do szpitali klinicznych, wojewódzkich i powiatowych. W integracji tej powinni uczestniczyć przedstawiciele płatnika.</p>	<p>Rekomendacja 29: Przejście od fragmentarycznego organizowania świadczeń opieki zdrowotnej do integracji i współpracy wszystkich właścicieli placówek medycznych w regionie, w szczególności publicznych.</p> <p>Rekomendacja 30: Zdefiniowanie wspólnych - regionalnych priorytetów rozwoju placówek w obszarze technologii medycznych, skutecznych medycznie i efektywnych kosztowo</p>	<p>Adresat: Wojewoda, NFZ</p> <p>Wykonawca: właściciele placówek medycznych, w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów; menadżerowie placówek</p> <p>Adresat: Wojewoda, uczelnie medyczne</p> <p>Wykonawca: właściciele placówek medycznych, w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów.</p>	<p>Ustalenie wspólnych kierunków rozwoju poszczególnych szpitali z uwzględnieniem wskaźników demografii, epidemiologii w aspekcie możliwości zakontraktowania rozwijanych usług przez NFZ (ograniczenie wyniszczającej konkurencji na niewielkim terytorialnie obszarze o te same środki finansowe w ramach wynegocjowanych kontraktów z NFZ).</p> <p>Oznacza też określenie podmiotu, który weźmie na siebie odpowiedzialność finansową i organizacyjną za zapewnienie skutecznych klinicznie i efektywnych kosztowo świadczeń. Takim podmiotem wskazywanym przez ekspertów i dyrektorów placówek powinien być wojewoda.</p>
<p>Integracja wymaga powołania pracującego w sposób ciągły organu pod nadzorem wojewody.</p>	<p>Rekomendacja 31: Powołanie gremium opiniotwórczego, które byłoby inicjatorem integracji działań podmiotów w sferze publicznej, mających różne organy założycielskie – „mężowie zaufania, eksperci”.</p>	<p>Adresat: Wojewoda</p> <p>Wykonawca: Wojewoda, uczelnie medyczne, władze regionu i powiatów</p>	<p>Konieczne jest przy tym, na bazie analiz demograficzno-epidemiologicznych, stworzenie planu zabezpieczenia populacji regionu w usługi zdrowotne w perspektywie długofalowej.</p>

Tabela 7.8. Rekomendacje dotyczące wdrożenia regionalnego systemu oceny stanu i skuteczności podejmowanych działań w zakresie usług i infrastruktury ochrony zdrowia

Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
Wyniki badań wskazują na duże rozdrobnienie specjalizacji i oddziałów na terenie województwa śląskiego. Nie sprzyja to efektywności działania placówek, ani też jakości usług.	Rekomendacja 32: Obiektywizacja kryteriów dystrybucji środków publicznych (kryteria oceny efektywności ekonomicznej i skuteczności klinicznej) z przeznaczeniem na ochronę zdrowia.	Adresat: Ministerstwo Zdrowia, NFZ, właściciele placówek na szczeblu regionów i powiatów Wykonawca: NFZ, właściciele placówek na szczeblu regionów i powiatów	Obiektywizacja kryteriów dystrybucji środków z przeznaczeniem na ochronę zdrowia pozwoli na jasne określenie zasad alokacyjnych, dających podstawę do zmian strukturalno-organizacyjnych (jak likwidacja czy konsolidacja). Niezbędnym elementem obiektywizacji kryteriów jest upowszechnienie porównywalnych danych, umożliwiających pomiar wyników osiąganych przez podmioty lecznicze w regionie, co najmniej w perspektywie jednego organu założycielskiego.
	Rekomendacja 33: Sugerowanym kierunkiem oceny podmiotów leczniczych jest systematyczny benchmarking podmiotów leczniczych jako podstawa decyzyjna w alokacji środków w powiązaniu z analizą i prognozą zdarzeń epidemiologicznych i zjawisk demograficznych.	Adresat: Ministerstwo Zdrowia, właściciele placówek na szczeblu regionów i powiatów Wykonawca: właściciele placówek na szczeblu regionów i powiatów	Konieczne jest wypracowanie narzędzia w oparciu o które powinna być dokonywana obiektywna ocena. W trakcie niniejszych badań zaproponowano narzędzie oceny – benchmarking wskaźnikowy. Narzędzie to powinno jednak podlegać analizie, konsultacjom społecznym i ciągłemu dokonaniu.
	Rekomendacja 34: Likwidacja placówek nieefektywnych oraz zwiększenie profilowania usług medycznych.	Adresat: Wojewoda, właściciele placówek na szczeblu regionów i powiatów Wykonawca: właściciele placówek na szczeblu regionów i powiatów	W dłuższej perspektywie oznacza decyzje restrukturyzacyjne, włącznie z ograniczeniem liczby szpitali i oddziałów (przykładem dobrych praktyk jest łączenie, konsolidacja oddziałów jednoimiennych – oddziałów o tej samej specjalizacji), mono-specjalizacją szpitali i restrukturyzacją zatrudnienia. Utrzymywanie nieefektywnych placówek będzie oznaczało pogłębianie się złej sytuacji w ochronie zdrowia w regionie (oznacza to bowiem konieczność podziału w zasadzie niezmiennego „tortu” – puli kontraktów z NFZ). Przy czym trzeba poddać dokładnej analizie to, co w tym wypadku oznacza efektywność i na ile jest ona zależna od samych szpitali, a na ile jest uzależniona od czynników zewnętrznych, takich jak wysokość kontraktów zawieranych z NFZ, zróżnicowanie konkretnych przypadków (stan różnych pacjentów z tą samą jednostką chorobową może być zupełnie odmienny, ci w lepszym stanie często trafiają do placówek prywatnych, natomiast szpitale publiczne muszą się zajmować przypadkami dużo bardziej złożonymi, przy czym w obu przypadkach budżet jest ten sam, zatem szpitale

Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
			publiczne są w trudniejszej sytuacji finansowej).

Tabela 7.9. Rekomendacje dotyczące wspierania nowoczesnych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych w zarządzaniu regionalnym systemem ochrony zdrowia

Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
<p>Jednym z najważniejszych postulatów ze strony dyrektorów placówek medycznych, ale również ekspertów było wdrożenie systemu informacyjnego ochrony zdrowia. Obecnie dane są rozproszone, zbierane są przez różne podmioty, w różny sposób agregowane.</p> <p>Wyniki badań i analiz wyraźnie pokazują, że brakuje informacji i danych niezbędnych do zarządzania zdrowiem publicznym na szczeblu regionu, a tym samym na szczeblu placówki.</p> <p>Podkreślano też, że dane będące w posiadaniu NFZ tylko pozornie są dostępne. W efekcie bardzo trudno je uzyskać.</p> <p>Również małopolski oddział GUS, choć posiada wiele danych w praktyce, pozyskanie danych na konkretny temat jest utrudnione – dane są niedostępne.</p> <p>Zapewnienie osobom zarządzającym placówkami medycznymi dostępu do danych niezbędnych do podejmowania decyzji strategicznych np. inwestycyjnych, restrukturyzacyjnych.</p>	<p>Rekomendacja 35:Zwiększenie informacyjnej przejrzystości systemu oraz stworzenie sytemu informacji zdrowia publicznego w regionie.</p> <p>Rekomendacja 36: Stworzenie i wdrożenie systemu pozyskiwania i przetwarzania danych o ochronie zdrowia w regionie.</p> <p>Sugerowany system będzie wymagał rozwinięcia rozwiązań informatycznych związanych z pozyskiwaniem i przetwarzaniem danych, a także ich profilowaniem na użytkownika.</p> <p>Warto w tym względzie wykorzystać doświadczenie, wprowadzone w regionie przez Śląską Kasę Chorych w postaci rejestru usług medycznych.</p>	<p>Adresat: Wojewoda</p> <p>Wykonawca: wydziały zdrowia, NFZ</p> <p>Adresat: Wojewoda</p> <p>Wykonawca: wydziały zdrowia, NFZ</p>	<p>Informacje niezbędne do długofalowego planowania zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji zgodnie z tendencjami i prognozami demograficzno-epidemiologicznych.</p> <p>W istocie chodzi o stworzenie sytemu bazującego na standardzie informacyjnym, systemu kompatybilnego z innymi systemami, definiującego zakres niezbędnych danych i informacji o ochronie zdrowia w regionie. Pozwoliłoby to na monitorowanie bieżącej sytuacji, planowanie długoterminowe, oparcie decyzji strategicznych na rzetelnej podstawie, zarówno na szczeblu organów założycielskich, jak i kierownictwa poszczególnych podmiotów leczniczych. W dłuższej perspektywie dałoby to podstawę do konstrukcji kontraktów długoterminowych z płatnikiem.</p>

Tabela 7.10. Rekomendacje dotyczące rynku pracy i wpływu na gospodarkę regionu

Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat /wykonawca	Uzasadnienie
<p>14 (na 21) dyrektorów placówek medycznych, w których były przeprowadzane badania, uważa, iż rozwój ich placówki jest determinowany zasobami kadrowymi – brakiem specjalistów o określonych kwalifikacjach w regionie.</p> <p>Z tego grona, ponad połowa (11) spodziewa się w tym zakresie pogorszenia sytuacji, 7 uważa, iż sytuacja się nie zmieni i 6 spodziewa się w tym wypadku poprawy sytuacji.</p> <p>Największy deficyt kadr może nastąpić w szczególności w specjalizacjach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • choroby wewnętrzne, • interna, • pediatria, • psychiatria, • onkologia. <p>Brak dokładnych danych uniemożliwia podejmowanie decyzji w zakresie specjalizacji przez absolwentów uczelni medycznych, w efekcie rynek próbuje regulować się sam i występują niedociągnięcia w niektórych specjalizacjach i nadmiar w innych. Takie działanie jest problemem dla placówek, uczelni medycznych oraz studentów kierunków medycznych.</p>	<p>Rekomendacja 37: Stworzenie tzw. „banków informacji” o kadrach medycznych – w szczególności w przypadku niedoborów kadr poszczególnych specjalizacji.</p>	<p>Adresat: Wojewoda,</p> <p>Wykonawca: Wydziały zdrowia, współudział właściciele placówek medycznych w regionie</p>	<p>Polegałoby to na ustaleniu, na szczeblu wojewódzkim, wspólnej polityki zatrudniania profesjonalistów z uwzględnieniem planów potrzeb na dany typ usług (z wykorzystaniem wskaźników demograficznych, medycznych, np. zachorowań w poszczególnych rejonach województwa śląskiego oraz gospodarczych, czyli profilu danego rejonu). Dałoby to faktyczny obraz zapotrzebowania na specyficzne usługi medyczne i przede wszystkim większą trafność w ich finansowaniu.</p>
	<p>Rekomendacja 38: Rekomendowanie wdrażania przez placówki publiczne narzędzi motywacji, w tym szczególnie pozafinansowych opartych na szerokich możliwościach rozwoju. Wdrożenie narzędzi nagradzania/premiowania lojalności pracowników.</p>	<p>Adresat: właściciele placówek medycznych, w regionie – powołujący i odwołujący dyrektora placówek, wojewoda</p> <p>Wykonawca: właściciele placówek medycznych w regionie, menadżerowie placówek</p>	<p>W szczególności działania te powinny być ukierunkowane na cel zapobieżenia drenażowi kadr z placówek publicznych do niepublicznych. Placówki niepubliczne mogą zapewnić atrakcyjniejsze wynagrodzenia, ale ważne jest wypracowanie przez dyrektora placówek takich narzędzi w obszarze ZZL, żeby budować lojalność pracowników wobec pracodawcy i zapobiegać odchodzeniu pomimo nieco gorszych warunków finansowych. Wiadomo, iż nie w każdym przypadku będzie to możliwe.</p>
	<p>Rekomendacja 39: Identyfikacja i propagowanie „dobrych praktyk” placówek medycznych w zakresie ZZL.</p>	<p>Adresat: właściciele placówek medycznych, w regionie – powołujący i odwołujący dyrektora placówek, wojewoda</p> <p>Wykonawca: właściciele placówek medycznych w regionie, menadżerowie placówek</p>	<p>Ochrona zdrowia jest działalnością usługową. Zatem zasoby ludzkie należy traktować jako zasób strategiczny, a więc wymagający inwestycji. Stwarzanie możliwości i motywowanie do pozyskiwania wiedzy i doświadczeń z zakresu „dobrych praktyk” zarządzania, w tym zarządzania zasobami ludzkimi.</p>



Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat /wykonawca	Uzasadnienie
	Rekomendacja 40: Eliminacja możliwości łączenia pracy równocześnie w dwóch sektorach: publicznym i prywatnym.	Adresat: Wojewoda, właściele placówek medycznych w regionie Wykonawca: właściele placówek medycznych w regionie, menadżerowie placówek	Rekomendacja ta może być jednak realizowana tylko do momentu, do którego wystarczy kadr w regionie w danej specjalizacji i jednocześnie dopiero wówczas, gdy zbuduje się relacje pomiędzy pracownikami i pracodawcą. W innym przypadku będziemy mieli do czynienia z sytuacją, w której placówki publiczne będą kuźniami kadr dla młodych, niedoświadczonych kadr, które po zdobyciu doświadczenia i wiedzy, przejdą do placówek niepublicznych.
Syntetyczne wnioski z dokonanych analiz wskazują, że województwo śląskie w przyszłości nie uchroni się przed negatywnymi wpływami zjawisk demograficznych i epidemiologicznych. Wpływ niektórych zjawisk będzie znacznie negatywniej oddziaływał na województwo śląskie, niż na inne województwa kraju. Ze względu na liczbę ludności, skala zjawisk będzie też znacznie większa niż w innych regionach Polski.	Rekomendacja 41: Wzmocnienie systemu ochrony zdrowia w regionie, w obszarach które będą bezpośrednio korespondowały z sytuacją na rynku pracy i wpływały na gospodarkę regionu, w szczególności: dostępność na wysokim poziomie usług rehabilitacji po zabiegach (szybki powrót do zdrowia i na rynek pracy), zabiegi i diagnostyka weekendowa (profilaktyka i krótki czas leczenia – szybki powrót do pracy), ośrodki opieki dla osób zależnych, w tym starszych i przewlekle chorych.	Adresat: Wojewoda, MZ Wykonawca: wydziały zdrowia, właściele placówek medycznych w regionie	Negatywny wpływ na gospodarkę regionu może się objawiać niską podażą kadry w wieku produkcyjnym w kontekście planowanego rozwoju gospodarczego regionu, a także niską jakością tej kadry, w kontekście zdrowotnym. Znaczna część osób może nie być zdolna do podejmowania pracy ze względu na choroby przewlekłe, brak właściwej rehabilitacji w odpowiednim czasie po doznanych urazach. Można także przypuszczać, że wraz ze starzeniem się społeczeństwa i słabo zorganizowaną opieką dla osób starszych i przewlekle chorych, część osób w wieku produkcyjnym (najczęściej 50+) będzie rezygnowała z pracy i przejmowała opiekę nad osobami zależnymi.



7.5. Poprawa jakości życia mieszkańców regionu i zapobieganie wykluczeniu społecznemu

Funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych czynników oceny jakości życia w regionie przez mieszkańców. Ocenia się tu przede wszystkim dostępność usług medycznych, a także jakość ich świadczenia. Pacjenci zwracają uwagę na wygląd placówek, jakość i kwalifikacje kadr medycznych, dostępność nowoczesnych urządzeń diagnostycznych i leczniczych.

W obliczu starzejącego się społeczeństwa w Europie, Polsce, a także i w województwie śląskim ważne będzie stworzenie mechanizmów utrzymania jakości życia mieszkańców regionu o innej - starszej strukturze wiekowej. W tym kontekście zadaniem władz regionu powinno być zabezpieczenie miejsc pobytu dla osób starszych i przewlekle, nieuleczalnie chorych. Opieka nad tymi osobami obecnie często spoczywa na rodzinie, ale w sytuacji zmian społecznych, w tym dużej aktywności zawodowej młodych, ograniczenia funkcjonowania rodzin wielopokoleniowych, aktywności zawodowej kobiet (częściej kobiety zajmowały się opieką nad osobami starszymi), osoby starsze coraz częściej pozostają bez opieki.

Badania ogólnopolskie pokazują, że opieka nad osobami starszymi jest spychana z rodzin na placówki medyczne (osoby starsze są trzymane na oddziałach szpitalnych), albo na inne instytucje, których niestety brak w regionie.

Osoby starsze, przewlekle chore, mogą stać się w przyszłości grupą wykluczoną społecznie, pozbawioną opieki. Biorąc pod uwagę zwiększający się udział takich osób w populacji, wielkość grupy wykluczonych społecznie może być dość duża.

Tabela 7.11. Rekomendacje dotyczące poprawy jakości życia mieszkańców regionu śląskiego

Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
<p>Poprawa jakości życia mieszkańców związana jest z dostępnością do usług medycznych i ich jakości. W tym kontekście większość rekomendacji podanych powyżej w innych obszarach będzie wpływała na poprawę jakości życia mieszkańców regionu.</p> <p>Wyniki prowadzonych badań pokazują jednak następujące zjawiska:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Słabo działający system informacji i komunikacji z pacjentami – informacji na temat usług, oferty placówek, czasu oczekiwania, dostępności. – Mało zadowolający z punktu widzenia pacjentów system rejestracji, w tym trudności w komunikacji telefonicznej z placówkami, e-rejestracje, itd. 	<p>Rekomendacja 42: Zobligowanie placówek medycznych do dostarczania istotnych z punktu widzenia pacjentów informacji oraz ich aktualizacji. Poprawa jakości informacji (jednolity standard, aktualność, itd.) dostarczanych przez placówki medyczne. Stworzenie startemu informacji (infolinia, Internet), szybkiego dostępu pacjentów do informacji na temat oferty usług.</p> <p>Rekomendacja 43: Zobligowanie placówek medycznych do zapewnienia pacjentom komunikacji przez Internet, w szczególności Internet powinien stanowić narzędzie wspomagające komunikację z pacjentami oraz obsługę pacjentów.</p>	<p>Adresat: Wojewoda,</p> <p>Wykonawca: właściciele placówek medycznych, w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów; menadżerowie placówek</p>	<p>Ustalenie wspólnych kierunków rozwoju poszczególnych szpitali z uwzględnieniem wskaźników demografii, epidemiologii w aspekcie możliwości zakontraktowania rozwijanych usług przez NFZ (ograniczenie wyniszczającej konkurencji na niewielkim terytorialnie obszarze o te same środki finansowe w ramach wynegocjowanych kontraktów z NFZ).</p> <p>Oznacza też określenie podmiotu, który weźmie na siebie odpowiedzialność finansową i organizacyjną za zapewnienie skutecznych klinicznie i efektywnych kosztowo świadczeń. Takim podmiotem wskazywanym przez ekspertów i dyrektorów placówek powinien być wojewoda.</p>
<p>Z punktu widzenia pacjentów, menadżerów ochrony zdrowia, jak i ekspertów, system ochrony zdrowia w województwie śląskim nie jest odpowiednio skoordynowany. Nie działa on jako system opieki nad pacjentem, ale jako zespół niezależnych ogniw.</p>	<p>Rekomendacja 44: Zwiększenie koordynacji i integracji wszystkich ogniw systemu ochrony zdrowia, w tym w szczególności lekarzy POZ, placówek medycznych i ratownictwa medycznego. Przy założeniu starzenia się społeczeństwa ważne będzie włączenie w tą integrację ośrodków opiekuńczo-leczniczych dla osób starszych, hospicjów.</p>	<p>Adresat: Wojewoda</p> <p>Wykonawca: właściciele placówek medycznych, w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów; menadżerowie placówek</p>	<p>Zapewnienie lepszej koordynacji systemu przełoży się na znaczący efekt w postaci oceny jakości systemu ochrony zdrowia przez pacjentów.</p> <p>Koordynatorem tej integracji, osobą kierującą i posiadającą informacje powinien być lekarz POZ, stąd też tak ważne jest budowanie odpowiedniej pozycji i funkcji tego ognia w systemie.</p>

Tabela 7.12. Rekomendacje dotyczące zapobiegania wykluczeniu społecznemu w regionie

Syntetyczne wnioski z badania	Nazwa i cel rekomendacji	Adresat/ wykonawca	Uzasadnienie
<p>Analiza otoczenia demograficznego (starzenie się społeczeństwa), społecznego (model rodziny), ekonomicznego (wysokość rent i emerytur) wskazuje, iż w kolejnych latach grupą wykluczoną społecznie będą osoby starsze i przewlekle chore. Część z tych osób może być pozbawiona ubezpieczenia zdrowotnego.</p>	<p>Rekomendacja 45: Zabezpieczenie większej liczby łóżek dla pacjentów przewlekle chorych oraz miejsc w placówkach opiekuńczo-leczniczych dla osób starszych wymagających stałej opieki.</p>	<p>Adresat: Wojewoda, marszałek, NFZ</p> <p>Wykonawca: właściciele placówek medycznych, w obszarze własnych sieci - władze regionu, władze powiatów.</p>	<p>Dostępność tego typu oferty zależy przede wszystkim od finansowania przez płatnika – NFZ oraz atrakcyjności (opłacalności) tych procedur dla placówek medycznych. Realizacja tej rekomendacji wymaga współdziałania zarówno płatnika, jak i władz regionu zmierzających do zabezpieczenia odpowiedniej liczby miejsc w placówkach opiekuńczo-leczniczych. Placówki takie odciążą szpitale w których przebywają pacjenci przewlekle chorzy, ale również tacy, których rodzina nie chce zabierać do domu ze względu na brak możliwości zapewnienia im opieki.</p> <p>Warto podkreślić, iż często ani tych pacjentów, ani ich rodzin nie stać na prywatne placówki opiekuńczo-lecznicze.</p>



Z przeprowadzonych badań można wyprowadzić następujące wnioski:



Wnioski

1. Rekomendacje dotyczą przede wszystkim zapewnienia sprawnego systemu informacyjnego w obszarze zdrowia publicznego. System ten powinien zbierać, agregować i syntetyzować dane na temat stanu i tendencji w regionie w obszarze ochrony zdrowia.
2. Potrzebne jest wsparcie ze strony właścicieli dla sieci szpitali wojewódzkich. Funkcja właściciela powinna być wzmocniona i oczekuje się, że będzie to funkcja bardziej aktywna – koordynator, inicjator działań.
3. Menadżerowie placówek publicznych dążą do stworzenia zabezpieczeń dla tych placówek przed konkurencją ze strony placówek sprywatyzowanych, których celami nie jest zabezpieczenie szerokiego spektrum potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, ale przede wszystkim koncentracja na najbardziej atrakcyjnych procedurach (dobrze płatnych przez NFZ). Placówki te są szybko wpisywane na listę przez wojewodę i mają dostęp do kontraktów.
4. Podane rekomendacje zwykle, i to ze względu na specyfikę systemu ochrony zdrowia, nie mają jednego adresata i jednego wykonawcy. Świadczy to o tym, że działania związane z zapewnieniem sprawnie działającego systemu zależą od porozumienia i współpracy na różnych szczeblach. Rozproszenie zadań i funkcji pomiędzy podmioty: ustawodawcę, płatnika, organizatorów powodują, że system ochrony zdrowia tylko z nazwy jest systemem, w istocie jest zbiorem samodzielnie funkcjonujących ogniw. Istotne jest zatem zapewnienie koordynacji działania systemu.



Spis tabel

Tabela 1.1. Siatka celów i problemów badawczych	9
Tabela 1.2. Źródła wtórne wykorzystane przy analizie deskresearch	17
Tabela 1.3. Udział przedstawicieli poszczególnych grup w I i II rundzie badania Delphi	19
Tabela 1.4. Liczba oraz odsetek respondentów z danym wykształceniem w podziale na I i II rundę badania Delphi.....	20
Tabela 1.5. Procentowy udział respondentów: kobiet i mężczyzn w I i II rundzie badania Delphi.....	20
Tabela 1.6. Struktura próby – podział ze względu na szpital	22
Tabela 1.7. Struktura próby – podział ze względu na wykonywany zawód	24
Tabela 1.8. Struktura próby – podział ze względu na funkcję pełnioną na oddziale	24
Tabela 1.9. Struktura próby – podział ze względu na szpital	26
Tabela 2.1. Czynniki, które według respondentów w największym stopniu wpłyną na pogorszenie sytuacji na rynku usług medycznych w województwie śląskim	31
Tabela 2.2. Wskazane przez respondentów inne czynniki wpływające na pogorszenie sytuacji na rynku usług medycznych w województwie śląskim	32
Tabela 2.3. Liczba ludności wg województw	34
Tabela 2.4. Ludność Polski i województwa śląskiego wg wieku.....	35
Tabela 2.5. Stan i ruch naturalny ludności. Stan na dzień 31.XII.2011.....	44
Tabela 2.6. Przeciętna długość życia według województw w latach 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 ...	45
Tabela 2.7. Przyczyny zgonów w Polsce i województwie śląskim	53
Tabela 2.8. Wydatki na wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia	61
Tabela 2.9. Liczba aktualnych członków izb lekarskich	72
Tabela 2.10. Lekarze specjaliści w Polsce i w województwie śląskim	74
Tabela 2.11. Zestawienie liczby lekarzy, którzy w latach 2012-2014 ukończą daną specjalizację w województwie śląskim.....	80
Tabela 3.1. Liczba łóżek w podziale na specjalizacje.....	114
Tabela 3.2. Zasoby łóżek statutowych w placówkach SPZOZ.....	115
Tabela 3.3. Odsetek wykorzystania łóżek szpitalnych w badanych 21 SPZOZ w 2011 roku	116
Tabela 3.4. Liczba oddziałów, w których odnotowano wzrost, spadek lub nie odnotowano zmian wykorzystania łóżek w stosunku do roku poprzedniego w placówkach SPZOZ (2010)	117
Tabela 3.5. Liczba łóżek w podziale na specjalizacje.....	118
Tabela 3.6. Zasoby łóżek w szpitalach klinicznych w podziale na rodzaje	119
Tabela 3.7. Odsetek wykorzystania łóżek szpitalnych w roku 2011	120
Tabela 3.8. Liczba oddziałów, na których odnotowano wzrost, spadek lub nie odnotowano zmian wykorzystania łóżek w stosunku do roku poprzedniego w szpitalach klinicznych (2010)	120
Tabela 3.9. Liczba hospitalizowanych w placówkach SPZOZ i w szpitalach klinicznych w podziale na specjalizacje.....	121
Tabela 3.10. Średni czas hospitalizacji w 21 placówkach SPZOZ.....	124
Tabela 3.11. Średni czas hospitalizacji w szpitalach klinicznych	125
Tabela 3.12. Liczba hospitalizacji przypadających na pielęgniarkę i lekarza w badanych placówkach SPZOZ w 2011 roku.....	125
Tabela 3.13. Liczba hospitalizacji przypadających na pielęgniarkę i lekarza w szpitalach klinicznych w 2011 roku.....	126
Tabela 3.14. Liczba oddziałów w placówkach SPZOZ, na których odnotowano wzrost lub spadek liczby hospitalizowanych w stosunku do roku poprzedniego (2010).....	126
Tabela 3.15. Liczba oddziałów w szpitalach klinicznych, na których odnotowano wzrosty lub liczby hospitalizowanych w stosunku do roku poprzedniego (2010).....	127
Tabela 3.16. Liczba zatrudnionych w SPZOZ w podziale na płeć, wykonywany zawód i posiadany tytuł naukowy	131
Tabela 3.17. Liczba zatrudnionych w badanych szpitalach klinicznych województwa śląskiego w podziale na płeć, wykonywany zawód i posiadany tytuł naukowy	132

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Tabela 3.18. Liczba i odsetek pracowników SPZOZ, którzy podnieśli swoje kwalifikacje	133
Tabela 3.19. Liczba i odsetek pracowników szpitali klinicznych, którzy podnieśli swoje kwalifikacje w roku 2011.....	134
Tabela 3.20. Zatrudnienie (liczba osób) oraz udział pracowników na stanowiskach kierowniczych, średniego i wyższego szczebla w stosunku do personelu medycznego w badanych jednostkach SPZOZ w województwie śląskim.....	135
Tabela 3.21. Zatrudnienie (liczba osób) oraz udział pracowników na stanowiskach kierowniczych, średniego i wyższego szczebla w stosunku do personelu medycznego w szpitalach klinicznych woj. śląskiego	136
Tabela 3.22. Rotacja lekarzy w 2011 roku w wybranych jednostkach SPZOZ w województwie śląskim	138
Tabela 3.23. Deklarowany deficyt pracowników w poszczególnych szpitalach SPZOZ.....	140
Tabela 3.24. Deficyt specjalistów określonych specjalizacji w placówkach SPZOZ.....	141
Tabela 3.25. Deklarowany deficyt pracowników w szpitalach klinicznych	142
Tabela 3.26. Średnia produktywność pracy personelu medycznego w placówkach	145
Tabela 3.27. Zespoły ds. poprawy jakości w placówkach SPZOZ	150
Tabela 3.28. Rzecznicy Praw Pacjenta oraz stanowiska ds. etyki w placówkach SPZOZ.....	151
Tabela 3.29. Najważniejsze cele placówek SPZOZ.....	155
Tabela 3.30. Wykaz planów działania.....	158
Tabela 3.31. Dokumentacja zarządzania strategicznego i przygotowanie personelu.....	159
Tabela 3.32. Opracowania dotyczące pracowników	159
Tabela 3.33. Procedury w obszarze zarządzania strategicznego, zarządzania kadrami.....	160
Tabela 3.34. Procedury w obszarze zarządzania strategicznego, zarządzania kadrami cd.....	160
Tabela 3.35. Zestawienie sytuacji finansowej placówek województwa śląskiego (Zielony: wynik najwyższy, Niebieski: wynik najniższy; dane w PLN)	162
Tabela 3.36. Wydatki szpitali wojewódzkich w 2011 roku (w PLN)	163
Tabela 3.37. Udział poszczególnych rodzajów wydatków szpitali wojewódzkich w 2011 roku (%) ...	164
Tabela 3.38. Wynik finansowy brutto szpitali w roku 2011 (w PLN).....	165
Tabela 3.39. Kontrakty i nadwykonania zrealizowane w placówkach SPZOZ w 2011 roku	166
Tabela 3.40. Wyniki finansowe brutto przebadanych szpitali klinicznych w 2011 roku	167
Tabela 3.41. Wydatki w szpitalach klinicznych w 2011 roku.....	168
Tabela 3.42. Przychody w szpitalach klinicznych w 2011 roku	169
Tabela 3.43. Finansowanie w szpitalach klinicznych – cd.	169
Tabela 3.44. Placówki posiadające akredytację	171
Tabela 3.45. Placówki SPZOZ w województwie śląskim posiadające akredytację ISO – stan na rok 2012	172
Tabela 3.46. Występowanie procedury powiadamiania o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta w badanych placówkach SPZOZ	174
Tabela 3.47. Opracowane i wdrożone dokumenty i procedury w zakresie bezpieczeństwa w 21 placówkach SPZOZ.....	175
Tabela 3.48. Procedury obowiązujące w placówkach klinicznych	176
Tabela 3.49. Zestawienie liczby zakażeń	182
Tabela 3.50. Liczba i odsetek (do ogółu przyjętych pacjentów) reoperacji w 2011 roku, do czerwca 2012 roku	182
Tabela 3.51. Średni czas oczekiwania na diagnostykę oraz leczenie w jednostkach SPZOZ	185
Tabela 3.52. Rodzaje badań dostępnych 24 godziny na dobę w poszczególnych jednostkach SPZOZ.....	187
Tabela 3.53. Elementy obsługi pacjentów.....	188
Tabela 3.54. Możliwe sposoby złożenia skargi w placówkach SPZOZ.....	190
Tabela 3.55. Dane informacje dostępne na stronach internetowych placówek SPZOZ	202
Tabela 3.56. Specjalizacje oraz sprzęt medyczny wyróżniające placówki SPZOZ na tle regionu	207
Tabela 3.57. Zakres i cele planowanej restrukturyzacji w placówkach SPZOZ.....	210



Tabela 3.58. Plany zwiększenia udziału poszczególnych specjalizacji medycznych w ciągu następných 3 lat oraz ich przyczyny w placówkach SPZOZ.....	213
Tabela 3.59. Plany zwiększenia udziału poszczególnych specjalizacji medycznych w ciągu następných 3 lat oraz ich przyczyny w placówkach klinicznych	215
Tabela 3.60. Plany ograniczenia działalności w placówkach SPZOZ.....	218
Tabela 3.61. Specjalizacje, które będą rozwijane.....	219
Tabela 3.62. Rodzaje i zakres restrukturyzacji w badanych placówkach	220
Tabela 4.1. Ocena wpływu organizacji pracy na sposób świadczenia usług przez personel z uwzględnieniem podziału na grupy zawodowe respondentów.....	224
Tabela 4.2. Ocena wpływu organizacji pracy na sposób świadczenia usług przez personel z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję.....	224
Tabela 4.3. Ocena wpływu organizacji pracy na sposób świadczenia usług przez personel z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim	226
Tabela 4.4. Ocena organizacji pracy personelu z uwzględnieniem podziału na oddziały.....	227
Tabela 4.5. Ocena organizacji pracy personelu lekarskiego z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	228
Tabela 4.6. Ocena organizacji pracy personelu lekarskiego z uwzględnieniem podziału na pełnioną funkcję.....	228
Tabela 4.7. Ocena organizacji pracy personelu lekarskiego z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim	230
Tabela 4.8. Ocena organizacji pracy personelu pielęgniarskiego z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	231
Tabela 4.9. Ocena organizacji pracy personelu pielęgniarskiego z uwzględnieniem podziału na pełnioną funkcję.....	232
Tabela 4.10. Ocena organizacji pracy personelu pielęgniarskiego z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim	233
Tabela 4.11. Ocena organizacji pracy rehabilitantów/fizjoterapeutów z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	234
Tabela 4.12. Ocena organizacji pracy rehabilitantów i fizjoterapeutów z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję.....	234
Tabela 4.13. Ocena organizacji pracy rehabilitantów i fizjoterapeutów z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim	235
Tabela 4.14. Ocena wyposażenia oddziału z uwzględnieniem podziału na zawód wykonywany przez respondentów	240
Tabela 4.15. Ocena wyposażenia oddziału z uwzględnieniem funkcji pełnionych przez respondentów	240
Tabela 4.16. Ocena wyposażenia oddziału z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	242
Tabela 4.17. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na przedmiot procedur	244
Tabela 4.18. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	244
Tabela 4.19. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	245
Tabela 4.20. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim	246
Tabela 4.21. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	247
Tabela 4.22. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	248
Tabela 4.23. Ocena realizacji procedur związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim	249



Tabela 4.24. Ocena aspektów codziennej pracy na oddziale przez pryzmat możliwości wywiązywania się przez personel ze swoich zadań wobec pacjentów	250
Tabela 4.25. Ocena jakości aparatury medycznej na oddziale z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	251
Tabela 4.26. Ocena jakości aparatury medycznej na oddziale z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	251
Tabela 4.27. Ocena jakości aparatury medycznej na oddziale z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim	253
Tabela 4.28. Ocena sprawności aparatury na oddziale z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	254
Tabela 4.29. Ocena sprawności aparatury na oddziale z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	255
Tabela 4.30. Ocena sprawności aparatury na oddziale z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	256
Tabela 4.31. Ocena dostępności leków z uwzględnieniem podziału na wykonywany	258
Tabela 4.32. Ocena dostępności leków z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	259
Tabela 4.33. Ocena dostępności leków z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	260
Tabela 4.34. Ocena ilości personelu z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	262
Tabela 4.35. Ocena ilości personelu z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	263
Tabela 4.36. Ocena ilości personelu z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	264
Tabela 4.37. Ocena kwalifikacji personelu z uwzględnieniem podziału na wykonywany.....	266
Tabela 4.38. Ocena kwalifikacji personelu z uwzględnieniem podziału na pełnioną.....	266
Tabela 4.39. Ocena kwalifikacji personelu z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	268
Tabela 4.40. Ocena komunikacji personelu z uwzględnieniem podziału na wykonywany	270
Tabela 4.41. Ocena komunikacji personelu z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	271
Tabela 4.42. Ocena komunikacji personelu z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	272
Tabela 4.43. Ocena atmosfery w pracy z uwzględnieniem podziału na wykonywany	274
Tabela 4.44. Ocena atmosfery w pracy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	275
Tabela 4.45. Ocena atmosfery w pracy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	276
Tabela 4.46. Ocena organizacji pracy oddziału z uwzględnieniem podziału na wykonywany	277
Tabela 4.47. Ocena organizacji pracy oddziału z uwzględnieniem podziału na pełnioną.....	278
Tabela 4.48. Ocena organizacji pracy oddziału z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	279
Tabela 4.49. Czy pacjenci oddziału są zadowoleni z dostępności informacji na temat stanu zdrowia, informacji o metodach leczenia i kontaktów z lekarzami? Odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	282
Tabela 4.50. Czy pacjenci oddziału są zadowoleni z dostępności informacji na temat stanu zdrowia, informacji o metodach leczenia i kontaktów z lekarzami? Odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	283
Tabela 4.51. Czy pacjenci oddziału są zadowoleni z dostępności informacji na temat stanu zdrowia, metodach leczenia i kontaktów z lekarzami? Odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim	284



Tabela 4.52. Czy czas poświęcany pacjentom na udzielanie im informacji jest wystarczający? Odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na zwód wykonywany przez respondentów	285
Tabela 4.53. Czy czas poświęcany pacjentom na udzielanie im informacji jest wystarczający? Odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na funkcje pełnione przez respondentów	286
Tabela 4.54. Czy czas poświęcany pacjentom na udzielanie im informacji jest wystarczający? Odpowiedzi z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	287
Tabela 4.55. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna dba o rozwój pracowników poprzez zapewnienie im dostępu do wiedzy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	289
Tabela 4.56. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna dba o rozwój pracowników poprzez zapewnienie im dostępu do wiedzy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	290
Tabela 4.57. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna dba o rozwój pracowników poprzez zapewnienie im dostępu do wiedzy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	291
Tabela 4.58. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna motywuje pracowników do rozwoju wiedzy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód.....	292
Tabela 4.59. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna motywuje pracowników do rozwoju wiedzy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	293
Tabela 4.60. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna motywuje pracowników do rozwoju wiedzy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ	294
Tabela 4.61. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna zapewnia dostęp do niezbędnej do wykonywania zawodu wiedzy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	295
Tabela 4.62. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna zapewnia dostęp do niezbędnej do wykonywania zawodu wiedzy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	296
Tabela 4.63. Odpowiedzi na pytanie o to, czy placówka medyczna zapewnia dostęp do niezbędnej do wykonywania zawodu wiedzy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	297
Tabela 4.64. Opinia pracowników na temat motywowania przez placówkę do udziału w konferencjach lub szkoleniach z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	298
Tabela 4.65. Opinia pracowników na temat motywowania przez placówkę do udziału w konferencjach lub szkoleniach z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	298
Tabela 4.66. Opinia pracowników na temat motywowania przez placówkę do udziału w konferencjach lub szkoleniach z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	299
Tabela 4.67. Opinia na temat motywowania do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami.....	301
Tabela 4.68. Opinia na temat motywowania do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję.....	301
Tabela 4.69. Opinia na temat motywowania do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ	303
Tabela 4.70. Ocena tego, czy narzędzia stosowane przez kierownictwo placówek do motywacji pracowników spełniają swoje zadanie - wyniki z uwzględnieniem podziału na zawód wykonywany przez respondentów.....	304
Tabela 4.71. Ocena tego, czy narzędzia stosowane przez kierownictwo placówek do motywacji pracowników spełniają swoje zadanie - wyniki z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	304



Tabela 4.72. Ocena tego, czy narzędzia stosowane przez kierownictwo placówek do motywacji pracowników spełniają swoje zadanie - wyniki z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim.....	306
Tabela 4.73. Odpowiedzi na pytanie o funkcjonowanie systemu ocen pracowniczych z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	308
Tabela 4.74. Odpowiedzi na pytanie o funkcjonowanie systemu ocen pracowniczych z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję.....	308
Tabela 4.75. Odpowiedzi na pytanie o funkcjonowanie ocen pracowniczych z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim	309
Tabela 4.76. Gotowość do polecenia oddziału jako dobrego miejsca pracy z uwzględnieniem podziału na wykonywany przez respondentów zawód	311
Tabela 4.77. Gotowość do polecenia oddziału jako dobrego miejsca pracy z uwzględnieniem podziału na pełnioną przez respondentów funkcję	312
Tabela 4.78. Gotowość polecenia oddziału jako dobrego miejsca pracy z uwzględnieniem podziału na badane placówki SPZOZ w województwie śląskim	313
Tabela 4.79. Ocena ważności wymiarów wpływających na jakość obsługi w badanych placówkach SPZOZ w województwie śląskim.....	317
Tabela 4.80. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w placówkach SPZOZ w województwie śląskim	317
Tabela 4.81. Średnie nieważone oraz ważone wyniki SERVQUAL dla poszczególnych analizowanych wymiarów oceny w badanych szpitalach	322
Tabela 4.82. Ogólna ocena jakości obsługi w badanych placówkach medycznych	339
Tabela 5.1. Zestaw determinantów jakości produktów opieki zdrowotnej.....	346
Tabela 5.2. Korzyści benchmarkingu z punktu widzenia placówek medycznych oraz organów założycielskich (np. JST).....	350
Tabela 5.3. Zbiór finalnych zmiennych diagnostycznych	356
Tabela 5.4. Charakterystyki liczbowe dla zmiennych opisujących poziom jakości funkcjonowania placówek medycznych.....	358
Tabela 5.5. Zmienne destymulanty	359
Tabela 5.6. Wartości zmiennych syntetycznych dla poszczególnych placówek medycznych.....	361
Tabela 5.7. Klasyfikacja placówek medycznych według taksonomicznego miernika dla obszaru pierwszego.....	362
Tabela 5.8. Wartości zmiennych syntetycznych dla poszczególnych placówek medycznych.....	364
Tabela 5.9. Klasyfikacja placówek medycznych według taksonomicznego miernika dla obszaru drugiego.....	365
Tabela 5.10. Wartości zmiennych syntetycznych dla poszczególnych placówek medycznych.....	366
Tabela 5.11. Klasyfikacja placówek medycznych według taksonomicznego miernika rozwoju dla obszaru trzeciego	367
Tabela 5.12. Wartości zmiennych syntetycznych dla poszczególnych placówek medycznych.....	368
Tabela 5.13. Klasyfikacja placówek medycznych według taksonomicznego miernika rozwoju dla obszaru czwartego.....	369
Tabela 5.14. Syntetyczny miernik poziomu funkcjonowania placówek medycznych	370
Tabela 5.15. Klasyfikacja placówek medycznych według taksonomicznego miernika poziomu funkcjonowania placówek medycznych	372
Tabela 6.1. Przykłady odpowiedzi stanowiących analizowane kategorie	401
Tabela 6.2. Specjalizacje, w których pojawi się deficyt kadr oraz liczba wskazań w pierwszej i w drugiej turze badania Delphi	410
Tabela 7.1. Czynniki, które spowodują pogorszenie sytuacji na rynku usług medycznych w ciągu najbliższych 5 lat.....	415
Tabela 7.2. Rekomendacje w zakresie ochrony rynku usług medycznych przed zidentyfikowanymi, niekorzystnymi czynnikami i pogorszeniem sytuacji.....	417



Tabela 7.3. Rekomendacje w zakresie poprawy dostępności usług medycznych w województwie śląskim	421
Tabela 7.4. Rekomendacje w zakresie poprawy jakości świadczonych usług w placówkach medycznych w województwie śląskim	424
Tabela 7.5. Rekomendacje w zakresie obniżenia kosztów ogólnych funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim, w kontekście efektywniejszej dystrybucji środków publicznych.	427
Tabela 7.6. Rekomendacje dotyczące wprowadzenia rozwiązań organizacyjno - finansowych prowadzących do integracji systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim	431
Tabela 7.7. Rekomendacje dotyczące sprzężenia polityki zdrowotnej z planowaniem strategicznym na poziomie regionalnym	433
Tabela 7.8. Rekomendacje dotyczące wdrożenia regionalnego systemu oceny stanu i skuteczności podejmowanych działań w zakresie usług i infrastruktury ochrony zdrowia	434
Tabela 7.9. Rekomendacje dotyczące wspierania nowoczesnych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych w zarządzaniu regionalnym systemem ochrony zdrowia	435
Tabela 7.10. Rekomendacje dotyczące rynku pracy i wpływu na gospodarkę regionu	436
Tabela 7.11. Rekomendacje dotyczące poprawy jakości życia mieszkańców regionu śląskiego	439
Tabela 7.12. Rekomendacje dotyczące zapobiegania wykluczeniu społecznemu w regionie	440

Spis wykresów

Wykres 1.1. Struktura próby – podział ze względu płeć	23
Wykres 1.2. Struktura próby – podział ze względu płeć	27
Wykres 1.3. Struktura próby – podział ze względu wiek.....	27
Wykres 1.4. Struktura próby – podział ze względu wykształcenie.....	28
Wykres 2.1. Waga czynników, które w największym stopniu wpłyną na pogorszenie sytuacji na rynku usług medycznych w województwie śląskim	31
Wykres 2.2. Struktura ludności Polski i województwa śląskiego w 2000 roku (%)	36
Wykres 2.3. Struktura ludności Polski i województwa śląskiego w 2010 roku (%)	36
Wykres 2.4. Prognozowana wielkość populacji Polski do roku 2035 (w tys.)	37
Wykres 2.5. Stan (rok 2010 i 2011) oraz prognoza (2012 – 2030) ludności w województwie śląskim.	37
Wykres 2.6. Udział w populacji osób powyżej 64 roku życia oraz osób w przedziale wiekowym 15-64 – prognoza na lata 2012 - 2030.....	38
Wykres 2.7. Prognoza ludności w Polsce wg biologicznych grup wieku w poszczególnych latach.....	39
Wykres 2.8. Prognozowana liczba osób w wieku poprodukcyjnym w województwie śląskim (mężczyźni 65+, kobiety 60+)	39
Wykres 2.9. Prognozowana liczba osób w wieku 75+ w województwie śląskim.....	40
Wykres 2.10. Prognozowana liczba osób w wieku 85+ w województwie śląskim.....	40
Wykres 2.11. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wg województw w roku 2007 oraz prognoza na 2030 r.	41
Wykres 2.12. Wzrost udziału osób 65+ w populacji województwa śląskiego na tle Polski i Unii Europejskiej pomiędzy 2000 i 2010 rokiem	42
Wykres 2.13. Ludność Polski wg płci i wieku w roku 2010 oraz prognoza na rok 2035.....	43
Wykres 2.14. Prognozowana struktura populacji województwa śląskiego w 2035 roku	43
Wykres 2.15. Przeciętne trwanie życia w Polsce.....	45
Wykres 2.16. Przeciętne trwanie życia według województw w 2011 roku	47
Wykres 2.17. Osoby dorosłe wg wybranych chorób lub dolegliwości przewlekłych w 2009 roku (w %)	50
Wykres 2.18. Przewidywane główne choroby w DALY w 2020 roku – Regiony rozwinięte (w %).....	51
Wykres 2.19. Ludność Polski według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych (%)	52
Wykres 2.20. Zgony wg przyczyn w latach 1980-2010 w Polsce.....	52
Wykres 2.21. Przewidywane główne przyczyny zgonów w 2020 r. – Regiony rozwinięte (w %).....	54
Wykres 2.22. Szpitale ogólne. Łóżka w Polsce wg województw - wskaźnik na 10 tys. ludności.....	55
Wykres 2.23. Liczba łóżek na oddziałach ginekologiczno-położniczych w Polsce.....	56
Wykres 2.24. Liczba łóżek na oddziałach pediatrycznych w Polsce	56
Wykres 2.25. Odsetek łóżek na oddziałach geriatrycznych i opieki długoterminowej wobec ogólnej liczby łóżek szpitalnych.....	57
Wykres 2.26. Liczba łóżek szpitalnych - łącznie na oddziałach geriatrycznych i opieki długoterminowej - na 10 tys. mieszkańców w wieku powyżej 85 lat	58
Wykres 2.27. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w Polsce w 2009 i 2010 r. (% PKB)	60
Wykres 2.28. Budżet NFZ przypadający na jednego mieszkańca (w zł) w poszczególnych województwach	62
Wykres 2.29. Budżet NFZ przypadający na jedno łóżko szpitalne (w tys.).....	63
Wykres 2.30. Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia w latach 1999-2012 (w mln zł)	64
Wykres 2.31. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce.....	64
Wykres 2.32. Struktura wydatków na ochronę zdrowia według jednostek samorządu terytorialnego w województwie śląskim w 2009 i 2010 roku	65
Wykres 2.33. Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w województwie śląskim.....	65
Wykres 2.34. Prognoza finansowanie ochrony zdrowia w Polsce	66



Wykres 2.35. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń szpitalnych udzielonych ubezpieczonym spoza województwa	67
Wykres 2.36. Finansowanie przez NFZ na jednego mieszkańca.....	68
Wykres 2.37. Struktura wydatków ubezpieczeniowych na świadczenia zdrowotne w zależności od wieku w latach 2007, 2025, 2050.....	69
Wykres 2.38. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu według regionów.....	71
Wykres 2.39. Lekarze specjaliści w województwie śląskim	73
Wykres 2.40. Studenci szkół wyższych w latach akademickich 2008/2009 oraz 2009/2010 (w %).....	76
Wykres 2.41. Absolwenci szkół wyższych w latach akademickich 2007/2008 oraz 2008/2009 (w %) .	77
Wykres 2.42. Słuchacze studiów podyplomowych na kierunkach medycznych (w %) w latach 1995/1996 – 2009/2010 do ogółu słuchaczy studiów podyplomowych.....	78
Wykres 2.43. Słuchacze studiów podyplomowych ogółem oraz na kierunkach medycznych w latach 1995/1996 – 2009/2010 – dane w liczbach bezwzględnych.....	79
Wykres 3.1. Rodzaje łóżek w placówkach SPZOZ – w %.....	114
Wykres 3.2. Rodzaje łóżek w szpitalach klinicznych – w %	118
Wykres 3.3. Liczba hospitalizowanych w placówkach SPZOZ	123
Wykres 3.4. Liczba hospitalizowanych w szpitalach klinicznych	124
Wykres 3.5. Liczba zatrudnionych lekarzy, pielęgniarek oraz ogółem w szpitalach objętych badaniem	129
Wykres 3.6. Liczba zatrudnionych z tytułem profesora, doktora habilitowanego oraz doktora w badanych SPZOZ województwa śląskiego	130
Wykres 3.7. Podnoszenie kwalifikacji przez pracowników w 2011 roku - ogółem	133
Wykres 3.8. Braki kadrowe w szpitalach	139
Wykres 3.9. Sytuacja z 2010 roku związana ze stanem deficytu lekarzy, rehabilitantów i pielęgniarek	142
Wykres 3.10. Funkcjonowanie planu szkoleń – rozwoju pracowników w 21 placówkach SPZOZ - liczba wskazań	147
Wykres 3.11. Ocena poszczególnych aspektów związanych z rozwojem zawodowym pracownika w placówce medycznej	148
Wykres 3.12. Bariery rozwoju zawodowego – wskazania respondentów	149
Wykres 3.13. Ocena stopnia motywacji placówki do dzielenia się wiedzą pomiędzy pracownikami.	149
Wykres 3.14. Funkcjonowanie w placówkach SPZOZ Rzeczników Praw Pacjenta	152
Wykres 3.15. Funkcjonowanie w placówkach stanowiska ds. etyki(z pominięciem braków danych)	152
Wykres 3.16. Elementy zarządzania strategicznego placówkami medycznymi w placówkach SPZOZ	153
Wykres 3.17. Opracowane dokumenty, procedury, zarządzenia w obszarze zarządzania strategicznego, zarządzania kadrami	154
Wykres 3.18. Opracowane dokumenty odnośnie zwierzchnictwa służbowego i opisów stanowisk pracy	155
Wykres 3.19. Główne cele placówek SPZOZ w województwie śląskim – liczba wskazań	158
Wykres 3.20. Liczba SPZOZ (spośród 21 objętych badaniem) na terenie województwa śląskiego posiadających akredytację	172
Wykres 3.21. Liczba zakażeń w placówkach SPZOZ w 2011 i w 2012 roku (do czerwca)	179
Wykres 3.22. Odsetek zakażeń w placówkach SPZOZ w 2011 i w 2012 roku (do czerwca).....	180
Wykres 3.23. Czas oczekiwania na diagnostykę w placówkach SPZOZ (z pominięciem braków danych)	184
Wykres 3.24. Czas oczekiwania na leczenie w placówkach SPZOZ (z pominięciem braków danych).	185
Wykres 3.25. Sposób udzielania informacji pacjentom na temat stanu zdrowia, regulujący liczbę godzin, sposób kontaktów.....	191
Wykres 3.26. Częstotliwość badania opinii pacjentów na temat jakości obsługi	191
Wykres 3.27. Wskazania wprowadzenia udogodnień pod wpływem badań opinii pacjentów	192
Wykres 3.28. Struktura składanych skarg w 21 badanych szpitalach SPZOZ	194



Wykres 3.29. Liczba spraw spornych oraz skarg rozstrzygniętych na korzyść pacjenta oraz stanowiących spór bezzasadny	196
Wykres 3.30. Przeciętna liczba godzin w tygodniu jaką lekarz poświęca na kontakt z pacjentami lub osobami wyznaczonymi do kontaktów	197
Wykres 3.31. Wskaźnik pacjentów zadowolonych z dostępności informacji na temat ich stanu zdrowia oraz kontaktu z lekarzami.....	198
Wykres 3.32. Odsetek wskazań respondentów na pytanie, czy czas poświęcany pacjentom na udzielanie im informacji jest wystarczający	198
Wykres 3.33. Najczęściej występujące powody niezadowolenia pacjentów przebywających na oddziale 21 badanych szpitali SPZOZ.....	200
Wykres 3.34. Występowanie poszczególnych informacji na stronach internetowych placówek.....	202
Wykres 3.35. Możliwe sposoby złożenia skargi w 21 placówkach SPZOZ – liczba wskazań	205
Wykres 3.36. Ocena nowoczesności, zaawansowania technicznego sprzętu.....	206
Wykres 3.37. Przyczyny planów rozwoju na najbliższe 3 lata (według liczby wskazań)	217
Wykres 3.38. Plany likwidacji / zwiększenia udziału poszczególnych specjalizacji medycznych w placówce w ciągu najbliższych 3 lat	219
Wykres 4.1. Wpływ organizacji pracy na sposób świadczenia usług przez personel w badanych placówkach SPZOZ w województwie śląskim.....	223
Wykres 4.2. Najczęstsze problemy związane z organizacją pracy według pracowników oddziałów badanych placówek SPZOZ w województwie śląskim.....	237
Wykres 4.3. Najczęstsze problemy związane z organizacją pracy (z pominięciem braków odpowiedzi)	238
Wykres 4.4. Ocena wyposażenia oddziału badanych placówek SPZOZ w województwie śląskim	239
Wykres 4.6. Odsetek odpowiedzi pracowników na pytanie, czy stosowane przez kierownictwo narzędzia motywacji do pracy spełniają swoje zadanie, czy motywują ich do większego zaangażowania	307
Wykres 4.7. Wykaz narzędzi służących motywacji, z którymi spotkali się pracownicy placówki medycznej podczas pracy na oddziale	308
Wykres 4.8. Częstotliwość prowadzonych ocen pracowniczych.....	310
Wykres 4.9. Opinie na temat celów ocen pracowniczych.....	310
Wykres 4.10. Gotowość do polecenia oddziału, jako dobrego miejsca pracy	311
Wykres 4.5. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w badanych placówkach medycznych	319
Wykres 4.6. Średnie nieważone wyniki SERVQUAL dla poszczególnych analizowanych wymiarów oceny	320
Wykres 4.7. Średnie ważone wyniki SERVQUAL dla poszczególnych analizowanych wymiarów oceny	322
Wykres 4.8. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. św. Barbary w Sosnowcu	325
Wykres 4.9. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku.....	325
Wykres 4.10. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie...	326
Wykres 4.11. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej.....	327
Wykres 4.12. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu	327
Wykres 4.13. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Jastrzębiu Zdroju.....	328
Wykres 4.14. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu im. St. Leszczyńskiego w Katowicach.....	329



Wykres 4.15. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	329
Wykres 4.16. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich	330
Wykres 4.17. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu	331
Wykres 4.18. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie	331
Wykres 4.19. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze	332
Wykres 4.20. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach	332
Wykres 4.21. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	333
Wykres 4.22. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	334
Wykres 4.23. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu Kolejowym w Wilkowicach-Bystrej	334
Wykres 4.24. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Szpitalu Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie	335
Wykres 4.25. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Specjalistycznym Zespole Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	336
Wykres 4.26. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatryczny im. Dr Emila Cyrana w Lublińcu	336
Wykres 4.27. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Śląskim Szpitalu Reumatologiczno-Rehabilitacyjnym w Ustroniu	337
Wykres 4.28. Porównanie średnich ocen poziomu oczekiwań oraz poziomu zadowolenia z realizacji usług w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	338
Wykres 4.29. Szczegółowy rozkład odpowiedzi respondentów dotyczący ogólnej oceny jakości obsługi w badanych placówkach medycznych	339
Wykres 6.1. Odsetek odpowiedzi w badaniu Delphi dla Tezy 1 : <i>Czy w ciągu najbliższych 5 lat Pani/Pana zdaniem nastąpi pogorszenie czy polepszenie sytuacji jeśli chodzi o dostępność usług medycznych dla pacjentów w województwie śląskim?</i>	375
Wykres 6.2. Odsetek odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań zdecydowanie wpłyną na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie: dostępności usług medycznych w regionie	377
Wykres 6.3. Odsetek odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań w niewielkim stopniu wpłyną na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie: dostępności usług medycznych w regionie	380
Wykres 6.4. Odsetek odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań nie będą miały wpływu na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie dostępności usług medycznych w regionie	384
Wykres 6.5. Odsetek odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań zdecydowanie wpłyną na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie: poprawy funkcjonowania placówek medycznych (np. lepsza kondycja finansowa).	390
Wykres 6.6. Odsetek odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań w niewielkim stopniu wpłyną na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie: poprawy funkcjonowania placówek medycznych (np. lepsza kondycja finansowa)	391
Wykres 6.7. Odsetek odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, wskazujący, które z działań/rozwiązań nie będą miały wpływu na poprawę sytuacji (w ochronie zdrowia) w przyszłości w zakresie: poprawy funkcjonowania placówek medycznych (np. lepsza kondycja finansowa)	394



Wykres 6.8. Liczba odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi na pytanie o czynniki, które mogą przyczynić się do poprawy jakości świadczonych usług w reprezentowanej przez nich placówce	397
Wykres 6.9. Liczba odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, na pytanie o rolę jednostek samorządu terytorialnego w zabezpieczeniu potrzeb populacji w regionie.....	398
Wykres 6.10. Liczba odpowiedzi dla tury I i II badania Delphi, na pytanie o zakres, w jakim samorząd może ułatwić podejmowanie decyzji i organizowanie świadczeń przez placówki medyczne	399
Wykres 6.11. Czynniki, które mogą przyczynić się do poprawy jakości świadczonych usług w placówce wg przebadanych pracowników placówek ochrony zdrowia.....	400
Wykres 6.12. Odpowiedzi respondentów na pytanie o czynniki, które mogłyby się przyczynić do obniżenia ogólnych kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim .	404
Wykres 6.13. Odpowiedzi respondentów na pytanie: czy placówki medyczne działające w regionie powinny konkurować o środki z NFZ, czy też rynek ten powinien być odgórnie regulowany.....	405
Wykres 6.14. Instytucje i podmioty, które miałyby podejmować decyzje dotyczące regulacji rynku usług medycznych w regionie w opinii ekspertów.....	405
Wykres 6.15. Odsetek wskazań na wysoce prawdopodobne scenariusze zdarzeń w I (D1) i II (D2) turze badania Delphi.....	408
Wykres 6.16. Odsetek wskazań na raczej prawdopodobne scenariusze zdarzeń w I (D1) i II (D2) turze badania Delphi.....	409
Wykres 6.17. Odsetek wskazań na bardzo mało prawdopodobne scenariusze zdarzeń w I (D1) i II (D2) turze badania Delphi	409
Wykres 6.18. Odsetek wskazań na zdecydowanie nieprawdopodobne scenariusze zdarzeń w I (D1) i II (D2) turze badania Delphi.....	410

Spis rysunków

Rysunek 1.1. Metody i techniki badań	12
Rysunek 3.1. Liczba łóżek i lekarzy w oddziałach dziecięcych w placówkach SPZOZ i szpitalach klinicznych w województwie śląskim	86
Rysunek 3.2. Liczba łóżek i liczba lekarzy na oddziałach na specjalizacjach neurologii i neurochirurgii oraz psychiatrii i psychoterapii w 21 placówkach SPZOZ i 6 szpitalach klinicznych w województwie śląskim	90
Rysunek 3.3. Liczba łóżek i liczba lekarzy na oddziałach na specjalizacjach chorób wewnętrznych, kardiologii i kardiologii oraz intensywnej terapii w 21 placówkach SPZOZ i 6 szpitalach klinicznych w woj. śląskim	96
Rysunek 3.4. Liczba łóżek i liczba lekarzy na oddziałach o specjalizacjach: chirurgii, chirurgii naczyniowej, chirurgii urazowej, ortopedycznej oraz chirurgii ogólnej w 21 placówkach SPZOZ i 6 szpitalach klinicznych w województwie śląskim	102
Rysunek 3.5. Liczba łóżek i liczba lekarzy na oddziałach o specjalizacjach pulmonologii, onkologii, ginekologii i położnictwa, laryngologii, urologii, reumatologii, nefrologii i gastroenterologii w 21 placówkach SPZOZ i 6 szpitalach klinicznych w województwie śląskim.....	105
Rysunek 3.6. Liczba łóżek i liczba lekarzy na oddziałach o specjalizacjach: opieka nad starszymi i przewlekle chorymi oraz rehabilitacja w 21 placówkach SPZOZ i 6 szpitalach klinicznych w województwie śląskim.....	108
Rysunek 3.7. Liczba łóżek i liczba lekarzy na oddziałach na specjalizacjach dermatologicznej, okulistycznej, chorób metabolicznych i dietetyki, endokrynologicznej, alergologicznej, chorób zakaźnych, hepatologicznej, transplantologii, angiologicznej, dializ, wenerologicznej oraz farmakologii klinicznej w 21 placówkach SPZOZ i 6 szpitalach klinicznych w województwie śląskim	111
Rysunek 3.8. Plany restrukturyzacji badanych jednostek SPZOZ województwa śląskiego	209
Rysunek 5.1. Wymiary jakości usług medycznych.....	343
Rysunek 5.2. Obszary zarządzania jakością w służbie zdrowia	347



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Śląskie.
Pozytywna energia



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Rysunek 5.3. Podział metod oceny jakości.....	349
Rysunek 5.4. Proponowane wskaźniki pomiaru dla każdej z 4 perspektyw obrazuje poniższy rysunek	353
Rysunek 7.1. Podział czynników wpływających na system ochrony zdrowia	414