



Fundusze Europejskie

dla opolskiego

Mapowanie potrzeb zdrowotnych oraz identyfikacja grup defaworyzowanych w województwie opolskim

Dokument opracowany dla celów realizacji programu regionalnego
pn. *Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027*

OPOLE, kwiecień 2024



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

Dokument opracowany przez:
Departament Zdrowia i Polityki Społecznej
Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego

Referat Zarządzania i Programowania
Departament Programowania Funduszy Europejskich
Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego

dpf@opolskie.pl

www.funduszeue.opolskie.pl

  | Fundusze Europejskie dla Opolskiego

Spis treści

Wstęp.....	4
Wykaz definicji.....	5
1. Mapowanie potrzeb zdrowotnych w województwie opolskim.....	8
Główne założenia	8
Analiza wskaźników	9
Określenie progów i punktacji	15
Podsumowanie	24
2. Identyfikacja grup defaworyzowanych w województwie opolskim	26
Osoby starsze	26
Osoby z niepełnosprawnościami	30
Dzieci z niepełnosprawnością	31
Migranci	32
Romowie	34
Dzieci z rodzin dysfunkcyjnych.....	35
Dzieci z rodzin wielodzietnych	36
Dzieci z rodzin utrzymujących się z niezarobkowych źródeł.....	37
Dzieci objęte pieczęcią zastępczą.....	38

W niniejszym dokumencie, na potrzeby Programu pn.: „*Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027*”, w oparciu o wybrane wskaźniki, dokonano mapowania potrzeb zdrowotnych pod kątem ich geograficznego rozmieszczenia, tzn. określono tzw. „białe plamy” w dostępie do usług zdrowotnych oraz przeprowadzono identyfikację grup defaworyzowanych w regionie, co finalnie może okazać się pomocne przy przekierowaniu bieżącego oraz modelowaniu przyszłego zakresu zabezpieczenia zdrowotnego mieszkańców województwa opolskiego.

Wykaz definicji

AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna.
Dziecko z niepełnosprawnością	Zgodnie z definicją zawartą w art. 4a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dzieckiem niepełnosprawnym w sensie prawnym jest osoba, która ma naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne
Fizjoterapeuta	Pracownik opieki zdrowotnej wykonujący usługi fizjoterapeutyczne i posiadający prawo do wykonywania zawodu. Usługi świadczone przez fizjoterapeutów mają na celu rozwijanie, utrzymywanie i przywracanie maksymalnej sprawności oraz poprawę funkcjonowania osób poddawanych terapii.
Hospitalizacja	Całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu.
Lekarz	Osoba zajmująca się leczeniem i posiadająca do tego odpowiednie wykształcenie oraz uprawnienia.
Migracja	Przemieszczenie ludności związane ze zmianą miejsca zamieszkania (pobytu stałego lub czasowego) połączone z przekroczeniem granicy administracyjnej podstawowej jednostki terytorialnej lub proces przemieszczeń przestrzennych ludności, którego celem jest zmiana.
Niezarobkowe źródła utrzymania	Wyłącznym lub głównym (przeważającym) źródłem utrzymania są źródła niezarobkowe inne niż emerytura lub renta, np.: zasiłki dla bezrobotnych, świadczenia pieniężne i niepieniężne udzielone na podstawie ustawy o pomocy społecznej, pieniężne dodatki mieszkaniowe, zasiłki rodzinne wraz z dodatkami, alimenty, darowizny, dochody z tytułu własności i z wynajmu nieruchomości.

Osoba z niepełnosprawnością	W rozumieniu wytycznych ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021–2027, to uczeń albo dziecko w wieku przedszkolnym posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności lub dzieci i młodzież posiadające orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim. Orzeczenia uczniów, dzieci lub młodzieży są wydawane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej
Osoby starsze	Zgodnie z art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, osoba starsza to osoba, która ukończyła 60. rok życia.
Pieczą zastępczą	Rodzinna lub instytucjonalna forma opieki sprawowana nad dziećmi w przypadku niemożności zapewnienia im opieki i wychowania przez rodziców.
Pielęgniarka	Pracownik opieki zdrowotnej uprawniony do pomocy w pielęgnowaniu chorych i wykonywania podstawowych zabiegów leczniczych.
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna.
Położna	Pracownik opieki zdrowotnej, sprawujący opiekę nad kobietami w okresie ciąży, porodu i połogu, a także noworodkami.
Rodzina dysfunkcyjna	(kwalifikacja do pomocy społecznej z przesłanek 7 i 9 art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej) – rodzina, która nie zaspokaja potrzeb emocjonalnych jej członków, nie zapewnia bezpieczeństwa ani właściwych warunków do prawidłowego rozwoju i wzrastania dzieci, nie spełnia istotnych funkcji z punktu widzenia zdrowia psychicznego samych członków rodziny oraz całego społeczeństwa.
Romowie	Nieterytorialny naród lub grupa etniczna pochodzenia indyjskiego, której członkowie tworzą diasporę zamieszkującą większość państw świata.
Saldo migracji w zakresie rehabilitacji	Różnica pomiędzy liczbą pacjentów z innych obszarów leczoną na danym obszarze, a liczbą pacjentów z tego obszaru leczoną na innym obszarze. Wartość salda migracji większa od zera oznacza, że jest więcej pacjentów zamieszkujących inne obszary leczących się w tym obszarze, niż zamieszkujących ten obszar leczących się poza nim. Niskie saldo migracji może wskazywać na słabą dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji.

Współczynnik pielęgnacyjny

Oblicza się poprzez podzielenie liczby kobiet w wieku 50–64 (czyli potencjalnych opiekunów) przez liczbę populacji w wieku 80 lat i więcej w przeliczeniu na 100 osób. Współczynnik pielęgnacyjny o wartości poniżej 100 oznacza że będzie więcej osób powyżej 80 roku życia niż potencjalnych opiekunów. Malejący współczynnik pielęgnacyjny przyczynia się do zmniejszenia się potencjału opieki nieformalnej i konieczności zwiększenia roli administracji publicznej w zapewnieniu opieki niesamodzielnym seniorom.

Współczynnik przyrostu naturalnego

Stosunek różnicy między liczbą urodzeń żywych i liczbą zgonów do liczby ludności w połowie badanego okresu lub do średniego stanu ludności w tym okresie – wyrażony w ‰ (tj. na 1000 ludności).

Współczynnik starości demograficznej

Relacja liczby osób w starszym wieku (60 lat i więcej lub 65 lat i więcej) do ogólnej liczby ludności.

Na podstawie:

<https://basiw.mz.gov.pl/>, Ministerstwo Zdrowia
<https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/>, Główny Urząd Statystyczny
<https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/>, Główny Urząd Statystyczny
<https://dspace.uni.lodz.pl:8443/xmlui/handle/11089/38269>, Uniwersytet Łódzki

Główne założenia

Analizą objęte zostały wszystkie powiaty województwa opolskiego. Wytypowano następujące cechy:

- 1) Stopień starzenia się społeczeństwa,
- 2) Świadczenia w zakresie kardiologii,
- 3) Świadczenia w zakresie neurologii,
- 4) Śmiertelność wśród niemowląt,
- 5) Śmiertelność w wyniku chorób układu krążenia,
- 6) Śmiertelność w wyniku chorób nowotworowych,
- 7) Zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia zachowania,
- 8) Oczekiwanie na świadczenie zdrowotne w zakresie opieki pielęgnacyjno-opiekuńczej oraz opieki paliatywno-hospicyjnej,
- 9) Odległość od miejsca zamieszkania do miejsca świadczenia usług,
- 10) Świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego dla kobiety ciężarnej,
- 11) Stopień wykorzystania sprzętu medycznego – USG,
- 12) Przyrost naturalny,
- 13) Stopień potencjału opieki nieformalnej nad niesamodzielnymi seniorami,
- 14) Dostęp do lekarza,
- 15) Dostęp do pielęgniarki oraz położnej,
- 16) Dostęp do fizjoterapeuty,
- 17) Migracje w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych kardiologicznych,
- 18) Migracje w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych neurologicznych.

Na potrzeby mapowania przyjęto następujące wskaźniki:

- 1A – współczynnik starości demograficznej,
- 2B – liczba porad udzielonych w poradniach kardiologicznych w AOS na 1000 ludności
- 3C – liczba porad udzielonych w poradniach neurologicznych w AOS na 1000 ludności
- 4D – zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych,
- 5E – zgony z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności,
- 6F – zgony z powodu nowotworów ogółem na 100 tys. ludności,
- 7G – leczeni w lecznictwie psychiatrycznym i POZ z rozpoznaniem „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” na 10 tys. ludności,
- 8H – średnia liczba oczekujących na świadczenie zdrowotne w rodzajach: świadczenie pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz opieka paliatywno-hospicyjna według miejsca zamieszkania osób oczekujących (tj.: pielęgniarstwo opieka długoterminowa domowa, hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej, hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej, zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy, zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny),
- 9I – średnia odległość od najbliższych podstawowych form leczenia psychiatrycznego dla dorosłych (poradnia, zespół leczenia środowiskowego, oddział dzienny oraz oddział szpitalny),
- 10J – liczba hospitalizacji – ciąża, poród i okres połogu na 100 tys. ludności (wg miejsca zamieszkania pacjenta),
- 11K – odsetek USG z wysokim stopniem wykorzystania w całkowitej liczbie aparatów USG z określonym stopniem,

- 12L – współczynnik przyrost naturalnego,
- 13M – współczynnik pielęgnacyjny,
- 14N – liczba lekarzy pracujących na 10 tys. ludności (wg podstawowego miejsca pracy),
- 15O – liczba pielęgniarek i położnych pracujących na 10 tys. ludności (wg podstawowego miejsca pracy),
- 16P – liczba fizjoterapeutów na 100 tys. ludności,
- 17R – saldo migracji z zakresu rehabilitacji kardiologicznej na 100 tys. ludności,
- 18S – saldo migracji z zakresu rehabilitacji neurologicznej na 100 tys. ludności.

Źródłem dla w/w wskaźników są: Bank Danych Lokalnych Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Fundusz Zdrowia o/Opole, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwo Zdrowia.

Analizując zaproponowane wskaźniki należy mieć na uwadze również ich istotność z punktu widzenia oddziaływania na analizowane zagadnienie. Wskaźnik może mieć charakter:

- destymulanty – jego wysoka wartość ma negatywny wpływ na badane zagadnienie,
- stymulanty – jego wysoka wartość ma pozytywny wpływ na badane zagadnienie.

Spośród w/w wskaźniki określone w punktach: A–K mają charakter destymulant, natomiast wskaźniki ujęte w punktach: L–S to stymulanty.

Analiza wskaźników

Wartości przyjętych wskaźników w 2022 r. (za wyjątkiem danych dot. zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania, które dotyczyły 2021 r. oraz liczby oczekujących, które prezentują stan na luty 2024 r.) prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Poziom wskaźników przyjętych w mapowaniu potrzeb zdrowotnych w województwie opolskim w 2022 r.

A – współczynnik starości demograficznej (%)	
powiat	wartość wskaźnika
Brzeski	27,1
Głubczycki	29,6
Kędzierzyńsko-kozielski	28,4
Kluczborski	27,4
Krapkowicki	26,1
Namysłowski	26,6
Nyski	29,1
Oleski	27,3
Opolski	25,4
Prudnicki	27,7
Strzelecki	25,4
Miasto Opole	28,4

Tabela 1. Poziom wskaźników przyjętych w mapowaniu potrzeb zdrowotnych w województwie opolskim w 2022 r. (cd)

B– liczba porad udzielonych w poradniach kardiologicznych w AOS na 1000 ludności	
powiat	wartość wskaźnika
Brzeski	24,5
Głubczycki	76,3
Kędzierzyński-kozielski	49,6
Kluczborski	74,9
Krapkowicki	42,4
Namysłowski	16,0
Nyski	82,6
Oleski	120,8
Opolski	14,9
Prudnicki	104,3
Strzelecki	63,7
Miasto Opole	290,9
C – liczba porad udzielonych w poradniach neurologicznych w AOS na 1000 ludności	
Brzeski	82,3
Głubczycki	78,3
Kędzierzyński-kozielski	140,5
Kluczborski	145,9
Krapkowicki	128,7
Namysłowski	114,3
Nyski	64,0
Oleski	68,3
Opolski	39,3
Prudnicki	72,5
Strzelecki	82,8
Miasto Opole	305,9
D – zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych	
Brzeski	1,7
Głubczycki	12,2
Kędzierzyński-kozielski	3,5
Kluczborski	x
Krapkowicki	x
Namysłowski	3,3
Nyski	2,5
Oleski	4,1
Opolski	4,5
Prudnicki	x
Strzelecki	x
Miasto Opole	0,9

Tabela 1. Poziom wskaźników przyjętych w mapowaniu potrzeb zdrowotnych w województwie opolskim w 2022 r. (cd)

E – zgony z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności	
powiat	wartość wskaźnika
Brzeski	363,2
Głubczycki	505,6
Kędzierzyński-kozielski	498,6
Kluczborski	519,4
Krapkowicki	451,1
Namysłowski	374,0
Nyski	481,3
Oleski	469,5
Opolski	365,0
Prudnicki	584,4
Strzelecki	462,1
Miasto Opole	333,3
F – zgony z powodu nowotworów ogółem na 100 tys. ludności	
Brzeski	308,0
Głubczycki	355,6
Kędzierzyński-kozielski	329,3
Kluczborski	291,9
Krapkowicki	263,0
Namysłowski	343,2
Nyski	321,9
Oleski	307,6
Opolski	249,2
Prudnicki	295,1
Strzelecki	295,1
Miasto Opole	293,8
G – leczeni w lecznictwie psychiatrycznym i POZ z rozpoznaniem „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” na 10 tys. ludności	
Brzeski	5 361
Głubczycki	3 275
Kędzierzyński-kozielski	6 011
Kluczborski	3 505
Krapkowicki	3 603
Namysłowski	2 130
Nyski	8 110
Oleski	3 407
Opolski	5 776
Prudnicki	2 933
Strzelecki	4 067
Miasto Opole	6 383

Tabela 1. Poziom wskaźników przyjętych w mapowaniu potrzeb zdrowotnych w województwie opolskim w 2022 r. (cd)

H – średnia liczba oczekujących na świadczenie zdrowotne w rodzajach: świadczenie pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz opieka paliatywno-hospicyjna według miejsca zamieszkania osób oczekujących (tj.: pielęgniarstwo opieka długoterminowa domowa, hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej, hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej, zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy, zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny)	
powiat	wartość wskaźnika
Brzeski	9
Głubczycki	28
Kędzierzyńsko-kozielski	12
Kluczborski	6
Krapkowicki	7
Namysłowski	12
Nyski	25
Oleski	1
Opolski	5
Prudnicki	16
Strzelecki	6
Miasto Opole	76
I – średnia odległość od najbliższych podstawowych form leczenia psychiatrycznego dla dorosłych (poradnia, zespół leczenia środowiskowego, oddział dzienny oraz oddział szpitalny; w km)	
Brzeski	19
Głubczycki	22
Kędzierzyńsko-kozielski	15
Kluczborski	25
Krapkowicki	8
Namysłowski	22
Nyski	15
Oleski	29
Opolski	14
Prudnicki	15
Strzelecki	16
Miasto Opole	x
J – liczba hospitalizacji – ciąża, poród i okres połogu na 100 tys. ludności (wg miejsca zamieszkania pacjenta)	
Brzeski	1 143,8
Głubczycki	803,4
Kędzierzyńsko-kozielski	436,7
Kluczborski	1 077,6
Krapkowicki	1 142,4
Namysłowski	908,6
Nyski	1 128,7
Oleski	1 172,5
Opolski	970,5
Prudnicki	1 024,9
Strzelecki	381,0
Miasto Opole	1 322,2

Tabela 1. Poziom wskaźników przyjętych w mapowaniu potrzeb zdrowotnych w województwie opolskim w 2022 r. (cd.)

K – odsetek USG z wysokim stopniem wykorzystania w całkowitej liczbie aparatów USG z określonym stopniem (%)	
powiat	wartość wskaźnika
Brzeski	89,5
Głubczycki	70,0
Kędzierzyńsko-kozielski	62,2
Kluczborski	54,5
Krapkowicki	64,0
Namysłowski	72,7
Nyski	69,7
Oleski	73,7
Opolski	84,2
Prudnicki	78,6
Strzelecki	60,0
Miasto Opole	55,7
L – współczynnik przyrostu naturalnego	
Brzeski	-5,5
Głubczycki	-10,5
Kędzierzyńsko-kozielski	-6,9
Kluczborski	-6,5
Krapkowicki	-4,8
Namysłowski	-5,0
Nyski	-7,5
Oleski	-4,5
Opolski	-3,0
Prudnicki	-7,5
Strzelecki	-4,0
Miasto Opole	-1,8
M – współczynnik pielęgnacyjny	
Brzeski	236
Głubczycki	229
Kędzierzyńsko-kozielski	206
Kluczborski	236
Krapkowicki	222
Namysłowski	245
Nyski	234
Oleski	221
Opolski	237
Prudnicki	213
Strzelecki	210
Miasto Opole	184

Tabela 1. Poziom wskaźników przyjętych w mapowaniu potrzeb zdrowotnych w województwie opolskim w 2022 r. (cd.)

N – liczba lekarzy pracujących na 10 tys. ludności (wg podstawowego miejsca pracy)	
powiat	wartość wskaźnika
Brzeski	14
Głubczycki	18
Kędzierzyńsko-kozielski	24
Kluczborski	13
Krapkowicki	16
Namysłowski	12
Nyski	23
Oleski	15
Opolski	13
Prudnicki	14
Strzelecki	16
Miasto Opole	77
O – liczba pielęgniarek i położnych pracujących na 10 tys. ludności (wg podstawowego miejsca pracy)	
Brzeski	37
Głubczycki	94
Kędzierzyńsko-kozielski	60
Kluczborski	29
Krapkowicki	40
Namysłowski	40
Nyski	75
Oleski	47
Opolski	18
Prudnicki	41
Strzelecki	41
Miasto Opole	161
P – liczba fizjoterapeutów na 100 tys. ludności	
Brzeski	141
Głubczycki	183
Kędzierzyńsko-kozielski	180
Kluczborski	160
Krapkowicki	199
Namysłowski	109
Nyski	186
Oleski	128
Opolski	155
Prudnicki	125
Strzelecki	155
Miasto Opole	472

Tabela 1. Poziom wskaźników przyjętych w mapowaniu potrzeb zdrowotnych w województwie opolskim w 2022 r. (dok.)

R – saldo migracji z zakresu rehabilitacji kardiologicznej na 100 tys. ludności	
powiat	wartość wskaźnika
Brzeski	-127,98
Głubczycki	-90,56
Kędzierzyńsko-kozielski	-112,63
Kluczborski	-123,15
Krapkowicki	-90,06
Namysłowski	-109,12
Nyski	803,23
Oleski	-123,25
Opolski	-83,64
Prudnicki	-113,66
Strzelecki	-100,48
Miasto Opole	-69,59
S – saldo migracji z zakresu rehabilitacji neurologicznej na 100 tys. ludności	
Brzeski	63,42
Głubczycki	847,56
Kędzierzyńsko-kozielski	-114,93
Kluczborski	-128,01
Krapkowicki	-110,07
Namysłowski	-132,84
Nyski	153,84
Oleski	-90,82
Opolski	24,01
Prudnicki	-171,45
Strzelecki	-99,08
Miasto Opole	-97,27

Określenie progów i punktacji

W celu określenia terytorialnego rozmieszczenia tzw. „białych plam” w dostępie do usług zdrowotnych przyjęto umownie następujące progi oraz punktację:

A – współczynnik starości demograficznej (%):

- ✓ wysoki > 28,0 = 10 pkt
- ✓ 26,0 < średni < 28,0 = 5 pkt
- ✓ niski < 26,0 = 0 pkt

B – liczba porad udzielonych w poradniach kardiologicznych w AOS na 1000 ludności:

- ✓ wysoki > 100,0 = 10 pkt
- ✓ 50,0 < średni < 100,0 = 5 pkt
- ✓ niski < 50,0 = 0 pkt

C – liczba porad udzielonych w poradniach neurologicznych w AOS na 1000 ludności:

- ✓ wysoki > 250,0 = 10 pkt
- ✓ 100,0 < średni < 250,0 = 5 pkt
- ✓ niski < 100,0 = 0 pkt

D – zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych:

- ✓ wysoki > 4,0 = 10 pkt
- ✓ 2,0 < średni < 4,0 = 5 pkt
- ✓ niski < 2,0 = 0 pkt

E – zgony z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności:

- ✓ wysoki > 500,0 = 10 pkt
- ✓ 400,0 < średni < 500,0 = 5 pkt
- ✓ niski < 400,0 = 0 pkt

F – zgony z powodu nowotworów na 100 tys. ludności:

- ✓ wysoki > 300,0 = 10 pkt
- ✓ 250,0 < średni < 300,0 = 5 pkt
- ✓ niski < 250,0 = 0 pkt

G – leczeni w lecznictwie psychiatrycznym i POZ z rozpoznaniem „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” na 10 tys. ludności:

- ✓ wysoki > 6000 = 10 pkt
- ✓ 3000 < średni < 6000 = 5 pkt
- ✓ niski < 3000 = 0 pkt

H – średnia liczba oczekujących na świadczenie zdrowotne w rodzajach: świadczenie pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz opieka paliatywno-hospicyjna według miejsca zamieszkania osób oczekujących (tj.: pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa, hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej, hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej, zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy, zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny):

- ✓ wysoki > 50 = 10 pkt
- ✓ 10 < średni < 50 = 5 pkt
- ✓ niski < 10 = 0 pkt

I – średnia odległość od najbliższych podstawowych form leczenia psychiatrycznego dla dorosłych (poradnia, zespół leczenia środowiskowego, oddział dzienny oraz oddział szpitalny) :

- ✓ wysoki > 20 = 10 pkt
- ✓ 10 < średni < 20 = 5 pkt
- ✓ niski < 10 = 0 pkt

J – liczba hospitalizacji – ciąża, poród i okres połogu na 100 tys. ludności (wg miejsca zamieszkania pacjenta):

- ✓ wysoki > 1100,0 = 10 pkt
- ✓ 500,0 < średni < 1100,0 = 5 pkt
- ✓ niski < 500,0 = 0 pkt

K – odsetek USG z wysokim stopniem wykorzystania w całkowitej liczbie aparatów USG z określonym stopniem (%):

- ✓ wysoki > 75,0 = 10 pkt,
- ✓ 55,0 < średni < 75,0 = 5 pkt
- ✓ niski < 55,0 = 0 pkt

L – współczynnik przyrostu naturalnego:

- ✓ wysoki > minus 3,0 = 0 pkt

- ✓ minus 7,0 < średni < minus 3,0 = 5 pkt
- ✓ niski < minus 7,0 = 10 pkt

M – współczynnik pielęgnacyjny:

- ✓ wysoki > 225 = 0 pkt
- ✓ 200 < średni < 225 = 5 pkt
- ✓ niski < 200 = 10 pkt

N – liczba lekarzy pracujących na 10 tys. ludności (wg podstawowego miejsca pracy):

- ✓ wysoki > 30 = 0 pkt
- ✓ 15 < średni < 30 = 5 pkt
- ✓ niski < 15 = 10 pkt

O – liczba pielęgniarek i położnych pracujących na 10 tys. ludności (wg podstawowego miejsca pracy):

- ✓ wysoki > 70 = 0 pkt
- ✓ 35 < średni < 70 = 5 pkt
- ✓ niski < 35 = 10 pkt

P – liczba fizjoterapeutów na 100 tys. ludności:

- ✓ wysoki > 300 = 0 pkt
- ✓ 150 < średni < 300 = 5 pkt
- ✓ niski < 150 = 10 pkt

R – saldo migracji z zakresu rehabilitacji kardiologicznej na 100 tys. ludności:

- ✓ wysoki > 0,00 = 0 pkt
- ✓ minus 100,00 < średni < 0,00 = 5 pkt
- ✓ niski < minus 100,00 = 10 pkt

S – saldo migracji z zakresu rehabilitacji neurologicznej na 100 tys. ludności:

- ✓ wysoki > 250,00 = 0 pkt
- ✓ 0,00 < średni < 250,00 = 5 pkt
- ✓ niski < 0,00 = 10 pkt.

W przypadku nie wystąpienia danego zjawiska, w zależności od charakteru wskaźnika przyznano następujące punkty:

- destymulanty – 0 pkt,
- stymulanty – 10 pkt.

Rozkład punktów w powiatach województwa opolskiego według przyjętych w mapowaniu progów przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Rozkład punktów w powiatach województwa opolskiego według przyjętych w mapowania progów

A – współczynnik starości demograficznej (%)			
Powiat	Punktacja w podziale według progów		
	wysoki	średni	niski
Brzeski		5	
Głubczycki	10		
Kędzierzyńsko-kozielski	10		
Kluczborski		5	
Krapkowicki		5	
Namysłowski		5	
Nyski	10		
Oleski		5	
Opolski			0
Prudnicki		5	
Strzelecki			0
Miasto Opole	10		
B – liczba porad udzielonych w poradniach kardiologicznych w AOS na 1000 ludności			
Brzeski			0
Głubczycki		5	
Kędzierzyńsko-kozielski			0
Kluczborski		5	
Krapkowicki			0
Namysłowski			0
Nyski		5	
Oleski	10		
Opolski			0
Prudnicki	10		
Strzelecki		5	
Miasto Opole	10		
C – liczba porad udzielonych w poradniach neurologicznych w AOS na 1000 ludności			
Brzeski			0
Głubczycki			0
Kędzierzyńsko-kozielski		5	
Kluczborski		5	
Krapkowicki		5	
Namysłowski		5	
Nyski			0
Oleski			0
Opolski			0
Prudnicki			0
Strzelecki			0
Miasto Opole	10		

Tabela 2. Rozkład punktów w powiatach województwa opolskiego według przyjętych w mapowania progów (cd.)

D – zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych			
Powiat	Punktacja w podziale według progów		
	wysoki	średni	niski
Brzeski			0
Głubczycki	10		
Kędzierzyńsko-kozielski		5	
Kluczborski			0
Krapkowicki			0
Namysłowski		5	
Nyski		5	
Oleski	10		
Opolski	10		
Prudnicki			0
Strzelecki			0
Miasto Opole			0
E – zgony z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności			
Brzeski			0
Głubczycki	10		
Kędzierzyńsko-kozielski		5	
Kluczborski	10		
Krapkowicki		5	
Namysłowski			0
Nyski		5	
Oleski		5	
Opolski			0
Prudnicki	10		
Strzelecki		5	
Miasto Opole			0
F – zgony z powodu nowotworów ogółem na 100 tys. ludności			
Brzeski	10		
Głubczycki	10		
Kędzierzyńsko-kozielski	10		
Kluczborski		5	
Krapkowicki		5	
Namysłowski	10		
Nyski	10		
Oleski	10		
Opolski			0
Prudnicki		5	
Strzelecki		5	
Miasto Opole		5	

Tabela 2. Rozkład punktów w powiatach województwa opolskiego według przyjętych w mapowaniu progów (cd.)

G – leczeni w lecznictwie psychiatrycznym i POZ z rozpoznaniem „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” na 10 tys. ludności			
Powiat	Punktacja w podziale według progów		
	wysoki	średni	niski
Brzeski		5	
Głubczycki		5	
Kędzierzyńsko-kozielski		5	
Kluczborski		5	
Krapkowicki		5	
Namysłowski			0
Nyski	10		
Oleski		5	
Opolski		5	
Prudnicki			0
Strzelecki		5	
Miasto Opole	10		
H – średnia liczba oczekujących na świadczenie zdrowotne w rodzajach: świadczenie pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz opieka paliatywno-hospicyjna według miejsca zamieszkania osób oczekujących (tj.: pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa, hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej, hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej, zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy, zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny)			
Brzeski			0
Głubczycki		5	
Kędzierzyńsko-kozielski		5	
Kluczborski			0
Krapkowicki			0
Namysłowski		5	
Nyski		5	
Oleski			0
Opolski			0
Prudnicki		5	
Strzelecki			0
Miasto Opole	10		
I – średnia odległość od najbliższych podstawowych form leczenia psychiatrycznego dla dorosłych (poradnia, zespół leczenia środowiskowego, oddział dzienny oraz oddział szpitalny; w km)			
Brzeski		5	
Głubczycki	10		
Kędzierzyńsko-kozielski		5	
Kluczborski	10		
Krapkowicki			0
Namysłowski	10		
Nyski		5	
Oleski	10		
Opolski		5	
Prudnicki		5	
Strzelecki		5	
Miasto Opole			0

Tabela 2. Rozkład punktów w powiatach województwa opolskiego według przyjętych w mapowaniu progów (cd.)

J – liczba hospitalizacji – ciąża, poród i okres połogu na 100 tys. ludności (wg miejsca zamieszkania pacjenta)			
Powiat	Punktacja w podziale według progów		
	wysoki	średni	niski
Brzeski	10		
Głubczycki		5	
Kędzierzyńsko-kozielski			0
Kluczborski		5	
Krapkowicki	10		
Namysłowski		5	
Nyski	10		
Oleski	10		
Opolski		5	
Prudnicki		5	
Strzelecki			0
Miasto Opole	10		
K – odsetek USG z wysokim stopniem wykorzystania w całkowitej liczbie aparatów USG z określonym stopniem (%)			
Brzeski	10		
Głubczycki		5	
Kędzierzyńsko-kozielski		5	
Kluczborski			0
Krapkowicki		5	
Namysłowski		5	
Nyski		5	
Oleski		5	
Opolski	10		
Prudnicki	10		
Strzelecki		5	
Miasto Opole		5	
L – współczynnik przyrostu naturalnego			
Brzeski		5	
Głubczycki			10
Kędzierzyńsko-kozielski		5	
Kluczborski		5	
Krapkowicki		5	
Namysłowski		5	
Nyski			10
Oleski		5	
Opolski	0		
Prudnicki			10
Strzelecki		5	
Miasto Opole	0		

Tabela 2. Rozkład punktów w powiatach województwa opolskiego według przyjętych w mapowania progów (cd.)

M – współczynnik pielęgnacyjny			
Powiat	Punktacja w podziale według progów		
	wysoki	średni	niski
Brzeski	0		
Głubczycki	0		
Kędzierzyńsko-kozielski		5	
Kluczborski	0		
Krapkowicki		5	
Namysłowski	0		
Nyski	0		
Oleski		5	
Opolski	0		
Prudnicki		5	
Strzelecki		5	
Miasto Opole			10
N – liczba lekarzy pracujących na 10 tys. ludności (wg podstawowego miejsca pracy)			
Brzeski			10
Głubczycki		5	
Kędzierzyńsko-kozielski		5	
Kluczborski			10
Krapkowicki		5	
Namysłowski			10
Nyski		5	
Oleski			10
Opolski			10
Prudnicki			10
Strzelecki		5	
Miasto Opole	0		
O – liczba pielęgniarek i położnych pracujących na 10 tys. ludności (wg podstawowego miejsca pracy)			
Brzeski			10
Głubczycki	0		
Kędzierzyńsko-kozielski		5	
Kluczborski			10
Krapkowicki		5	
Namysłowski		5	
Nyski	0		
Oleski		5	
Opolski			10
Prudnicki		5	
Strzelecki		5	
Miasto Opole	0		

Tabela 2. Rozkład punktów w powiatach województwa opolskiego według przyjętych w mapowania progów (dok.)

P – liczba fizjoterapeutów na 100 tys. ludności			
Powiat	Punktacja w podziale według progów		
	wysoki	średni	niski
Brzeski			10
Głubczycki		5	
Kędzierzyńsko-kozielski		5	
Kluczborski		5	
Krapkowicki		5	
Namysłowski			10
Nyski		5	
Oleski			10
Opolski		5	
Prudnicki			10
Strzelecki		5	
Miasto Opole	0		
R – saldo migracji z zakresu rehabilitacji kardiologicznej na 100 tys. ludności			
Brzeski			10
Głubczycki		5	
Kędzierzyńsko-kozielski			10
Kluczborski			10
Krapkowicki		5	
Namysłowski			10
Nyski	0		
Oleski			10
Opolski		5	
Prudnicki			10
Strzelecki			10
Miasto Opole		5	
S – saldo migracji z zakresu rehabilitacji neurologicznej na 100 tys. ludności			
Brzeski		5	
Głubczycki	0		
Kędzierzyńsko-kozielski			10
Kluczborski			10
Krapkowicki			10
Namysłowski			10
Nyski		5	
Oleski			10
Opolski		5	
Prudnicki			10
Strzelecki			10
Miasto Opole			10

Podsumowanie

Przeprowadzone mapowanie potrzeb zdrowotnych w oparciu o przyjęte założenia wykazało duże zróżnicowanie terytorialne pod kątem tzw. „białych plam” w dostępie do usług zdrowotnych w województwie opolskim, które obrazuje tabela 3.

Tabela 3. Podsumowanie punktów w powiatach województwa opolskiego według przyjętych w mapowania progów

Wsk.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	5	10	10	5	5	5	10	5	0	5	0	10
B	0	5	0	5	0	0	5	10	0	10	5	10
C	0	0	5	5	5	5	0	0	0	0	0	10
D	0	10	5	0	0	5	5	10	10	0	0	0
E	0	10	5	10	5	0	5	5	0	10	5	0
F	10	10	10	5	5	10	10	10	0	5	5	5
G	5	5	5	5	5	0	10	5	5	0	5	10
H	0	5	5	0	0	5	5	0	0	5	0	10
I	5	10	5	10	0	10	5	10	5	5	5	0
J	10	5	0	5	10	5	10	10	5	5	0	10
K	10	5	5	0	5	5	5	5	10	10	5	5
L	5	10	5	5	5	5	10	5	0	10	5	0
M	0	0	5	0	5	0	0	5	0	5	5	10
N	10	5	5	10	5	10	5	10	10	10	5	0
O	10	0	5	10	5	5	0	5	10	5	5	0
P	10	5	5	5	5	10	5	10	5	10	5	0
R	10	5	10	10	5	10	0	10	5	10	10	5
S	5	0	10	10	10	10	5	10	5	10	10	10
SUMA	95	100	100	100	80	100	95	125	70	115	75	95

Przyjęto, że:

- 1 – Brzeski
- 2 – Głubczycki
- 3 – Kędzierzyńsko-kozielski
- 4 – Kluczborski
- 5 – Krapkowicki
- 6 – Namysłowski
- 7 – Nyski
- 8 – Oleski
- 9 – Opolski
- 10 – Prudnicki
- 11 – Strzelecki
- 12 – Miasto Opole

W oparciu o powyższe, w województwie opolskim z uwagi na poziom deficytu w dostępie do usług zdrowotnych finalnie wyodrębniono trzy grupy obszarów tzw. „białych plam” przyjmując łączną następującą punktację:

- ✓ wysoko deficytowe obszary > 100 pkt,
- ✓ 80 < średnio deficytowe obszary > 100 pkt,

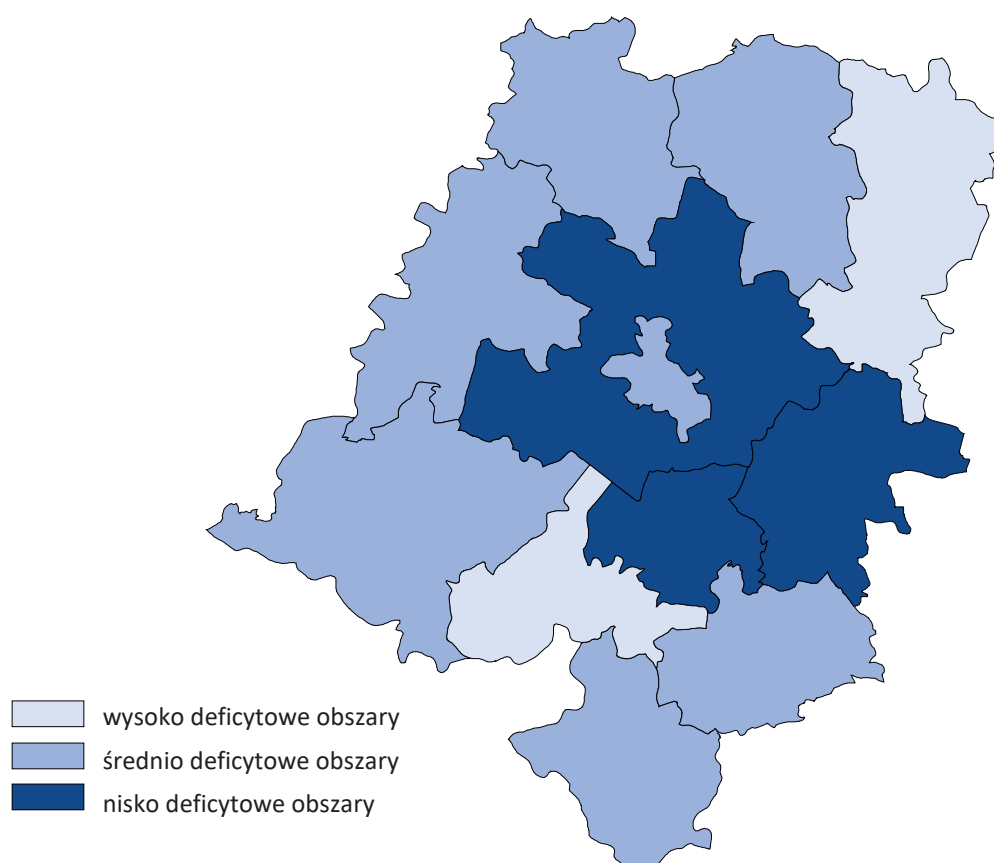
✓ nisko deficytowe obszary < 80 pkt,
które przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Ranking powiatów według tzw. „białych plam” w dostępie do usług zdrowotnych w województwie opolskim w 2022 r.

Obszary deficytowe	Powiaty
Wysoko	Oleski, Prudnicki
Średnio	Brzeski, Głubczycki, Kędzierzyńsko-kozielski, Kluczborski, Namysłowski, Nyski, Miasto Opole
Nisko	Krapkowicki, Opolski, Strzelecki

Przeprowadzone mapowanie potrzeb zdrowotnych w oparciu o przyjęte założenia wskazuje, że obszarami wymagającymi szczególnego wsparcia w nowej perspektywie FEO 2021–2027 są powiaty: oleski oraz prudnicki. Ich rozmieszczenie terytorialne przedstawia mapa 1.

Mapa 1. Rozmieszczenie tzw. „białych plam” w dostępie do usług zdrowotnych w województwie opolskim w 2022 r.



Osoby starsze

Depopulacja, w tym starzenie się społeczeństwa to współcześnie jeden z kluczowych problemów m.in. dla zdrowia publicznego. W wykonanych szacunkach prognostycznych dotyczących wpływu zmian demograficznych na stan zdrowia i potrzeby ochrony zdrowia wykazano, że tylko z powodu starzenia się ludności wzrośnie odsetek populacji obciążonej niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi (m.in. chorobą wieńcową, nowotworami, nadciśnieniem tętniczym, astmą, cukrzycą, zapaleniem stawów), co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze¹.

Z uwagi na starzenie się społeczeństwa zauważalny jest zwiększony popyt np. na usługi zdrowotne, rehabilitacyjne i opiekuńcze dla osób starszych. Tymczasem zwiększony popyt napotyka w polskich realiach na liczne braki kadrowe np. wśród personelu medycznego. Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców plasuje Polskę pośród sześciu krajów UE o najniższej wartości tego wskaźnika. Z kolei na 1000 mieszkańców przypada 3,41 lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu i wykonujących ten zawód oraz 0,93 lekarzy dentyistów posiadających prawo wykonywania zawodu i wykonujących zawód (wg danych NRL, stan na 6 maja 2016 r.). Można zatem prognozować, że w najbliższych latach nastąpi gwałtowny wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne, w tym usługi pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i opiekuńcze, związane ze wzrostem w społeczeństwie liczby osób starszych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Nastąpi także zwiększenie udziału pacjentów leczonych w szpitalach. Postępujący proces starzenia się społeczeństwa będzie wymagał rozwoju medycznego rynku pracy oraz innowacyjnych technologii w sektorze ochrony zdrowia. W związku z tym przewiduje się rosnący udział usług telemedycznych związanych z opieką „na odległość”. To z kolei oznacza konieczność uwzględnienia tych form edukacyjnych, które przygotowują osoby starsze do korzystania z nowoczesnych aplikacji telemedycznych. Wyzwaniom wynikającym z rozwoju procesów demograficznych do 2030 r. powinna sprostać odpowiednia polityka zdrowotna skierowana zarówno na systemowe, adresowane do wszystkich grup wieku ludności, działania w zakresie promocji zdrowia, edukacji prozdrowotnej, promocji zdrowego stylu życia, profilaktyki zagrożeń i chorób oraz restytucji zdrowia, jak i na racjonalizację gospodarki lekami, aparaturą i sprzętem medycznym oraz na optymalizację kosztów administracyjnych. W szczególności ważne jest dostosowanie profilu służb medycznych do zmieniającej się charakterystyki zdrowotnej społeczeństwa m.in. pod wpływem procesów starzenia się populacji.

W 2021 r. województwo opolskie zamieszkiwało 969 410 osób, z czego 229 513 osób (23,7%) stanowiły osoby w wieku poprodukcyjnym². Region należy do województw, w których od lat ubywa mieszkańców (ogółem), a społeczeństwo dotyka proces starzenia się (niekorzystne zmiany w strukturze wiekowej ludności), czego dowodzą m.in. wzrastające wartości:

¹ J. Szyborski, G. Marciniak: Zdrowotne następstwa przemian demograficznych w Polsce- przyczyny czy usprawiedliwienie problemów w ochronie zdrowia?, Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Nr 223, 2015

² Mężczyźni w wieku 65 lat i więcej oraz kobiety w wieku 60 lat i więcej.

współczynnika obciążenia demograficznego osobami starszymi³, współczynnika starości demograficznej⁴, indeksu starości⁵ czy mediany wieku⁶. Niekorzystne trendy demograficzne w regionie wzmacniają także: ujemny przyrost naturalny⁷ i ujemne saldo migracji⁸. Szczegółowe dane dla wybranych wskaźników demograficznych zamieszczono w poniższych tabelach (Tabela 5 i Tabela 6).

Tabela 5. Wybrane wskaźniki demograficzne w 2021 r.

Nazwa wskaźnika	Województwo opolskie		Polska
	wartość wskaźnika	udział w liczbie ludności ogółem (%)	udział w liczbie ludności ogółem (%)
Ludność w wieku przedprodukcyjnym	155 844 os.	16,1%	18,2%
Ludność w wieku produkcyjnym	584 053 os.	60,2%	59,2%
Ludność w wieku poprodukcyjnym	229 513 os.	23,7%	22,6%

Źródło: dane i obliczenia własne na podstawie wyników badań bieżących dot. stanu i struktury ludności (stan w dniu 31 XII) zawartych w Bazie Demografia GUS [dostęp w dniu 23.05.2022 r. <https://demografia.stat.gov.pl/BazaDemografia/Tables.aspx>.]

Tabela 6. Wybrane wskaźniki demograficzne w 2020 r.

Nazwa wskaźnika	Województwo opolskie	Polska
	wartość wskaźnika	
Współczynnik obciążenia demograficznego osobami	28,8 os.	28,2 os.
Współczynnik starości	19,4%	18,6%
Indeks starości	144 os.	121 os.
Mediana wieku	43,4 lat	41,7 lat
Współczynnik przyrostu	-4,86‰	-3,18‰
Saldo migracji ogółem na pobyt stały (na 1 tys. os.)	-1,14‰	0,12‰

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS i obliczenia własne na podstawie danych BDL GUS.

³ Liczba osób starszych (w wieku 65 lat i więcej) przypadająca na 100 osób w wieku 15-64 lata.

⁴ Relacja liczby osób w wieku 65 lat i więcej do ogólnej liczby ludności.

⁵ Relacja pokoleniowa dziadków i wnuczków (liczba osób w wieku 65 i więcej lat przypadająca na 100 osób w wieku 0-14 lat).

⁶ Mediana wieku (wiek środkowy) - wskazuje przeciętny wiek osób w danej zbiorowości (np. zamieszkującej określone terytorium). Wartość mediany wyznacza granicę wieku, którą połowa osób w danej zbiorowości już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła.

⁷ Przyrost naturalny - różnica między liczbą urodzeń żywych i zgonów ogółem.

⁸ Saldo migracji ogółem na pobyt stały - różnica między liczbą osób, które przybyły na stałe do danej jednostki administracyjnej/kraju w danym okresie a liczbą osób, które wyjechały na stałe z danej jednostki administracyjnej/kraju w danym okresie.

⁹ Przyrost naturalny na 1000 ludności.

Analizując proces starzenia się społeczeństwa warto odnieść się także do wskaźnika wsparcia międzypokoleniowego¹⁰, który w obecnej sytuacji zyskuje na znaczeniu. W 2020 r. jego wartość dla regionu wyniosła 11 osób (dla kraju 11 osób) – oznacza to trend wzrostowy w stosunku do lat poprzednich. Przez pandemię Covid-19, w 2020 r. przeciętne trwanie życia¹¹ w Polsce uległo skróceniu i wynosiło 72,6 lat dla mężczyzn i 80,7 lat dla kobiet, a w województwie opolskim 73,0 lat dla mężczyzn i 81,0 lat dla kobiet. Wskaźnik przeciętnego dalszego trwania życia w regionie osiągał wartości zbliżone do średniej krajowej również w starszych grupach ludności, aczkolwiek i w tym przypadku pandemia Covid-19 wpłynęła na skrócenie przeciętnego dalszego trwania życia. W przypadku mężczyzn w wieku 60 lat, w 2020 r., wskaźnik wynosił 17,8 lat, a w przypadku kobiet 23,3 lat (średnia dla kraju odpowiednio: 17,9 i 23,2 lat), w przypadku mężczyzn była to wartość wskaźnika z 2009 r., w przypadku kobiet z 2012 r. Dla mężczyzn w wieku 65 lat, w 2020 r. wskaźnik wyniósł – 14,1 lat, a dla kobiet 19,2 lat (średnia dla Polski odpowiednio: 14,6 i 19,2 lat). Były to wartości wskaźnika osiągnięte w 2004 r. w przypadku mężczyzn, i w 2012 r. w przypadku kobiet.

Przeciętna liczba emerytów i rencistów w 2021 r. w regionie wyniosła 209 756 osób (spadek o 1 632 osoby, tj. 0,77% w stosunku do roku poprzedniego).

Przeciętna miesięczna emerytura brutto wypłacana z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych wyniosła w 2021 r. 2 597,36 zł (wzrost o 171,06 zł względem roku 2020 r.) a przeciętna miesięczna emerytura brutto rolników indywidualnych 1 465,88 zł (wzrost o 51,90 zł w stosunku do roku 2020 r.)¹².

W 2020 roku zasięg korzystania ze środowiskowej pomocy społecznej¹³ był w regionie mniejszy niż średnio w kraju (3,6% w stosunku do 4,2% w kraju) w grupie osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym (odpowiednio: 7,3% w stosunku do 8,4% w kraju i 3,1% w stosunku do 3,6 % w kraju), ale większy w przypadku osób w wieku poprodukcyjnym (3,1% w stosunku do 2,8% w kraju).

Wśród mieszkańców placówek stacjonarnej pomocy społecznej w 2021 r. w regionie odnotowano 1520 osób w podeszłym wieku, tj. wzrost względem roku poprzedniego o 399 osób.

¹⁰ Relacja liczby osób w wieku 85 lat i więcej przypadających na 100 osób w wieku 50–64 lata.

¹¹ Podstawowy element tablicy trwania życia wyrażający średnią liczbę lat, jaką ma jeszcze do przeżycia osoba w wieku x przy założeniu umieralności z okresu, dla którego opracowano tablice trwania życia.

¹² Wysokość świadczeń (emerytury i renty) wypłacanych w województwie w 2021 r. przez ZUS była niższa niż średnia dla kraju, z kolei świadczenia wypłacane przez KRUS – były wyższe od średniej dla Polski. Region uplasował się na 5 miejscu pod względem przeciętnej wypłacanej emerytury i renty (zarówno z ZUS, jak i KRUS) w Polsce.

¹³ Udział beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej w liczbie ludności ogółem. Wskaźnik według grup w wieku wyliczono jako udział korzystających w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym odpowiednio do ludności ogółem w tym wieku.

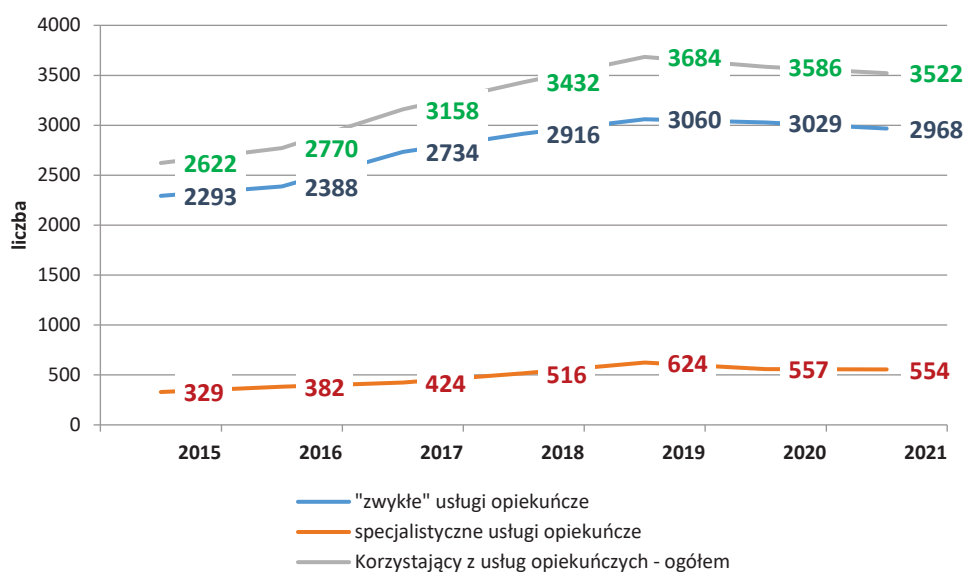
Zarówno w kraju, jak i w województwie opolskim w 2021 roku w stosunku do roku 2020, w tym w związku z pandemią Covid-19, widoczny jest wzrost liczby osób w wieku 65 lat i więcej, którym została udzielona pomoc doraźna w zakresie medycznych czynności ratunkowych. W roku 2021 pomoc taka została udzielona 37 633 osobom w wieku starszym (52,8% wszystkich osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego), w stosunku do 33 781 osób, którym w roku 2020 udzielono tego typu świadczenia (51,6% wszystkich osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego).

W 2021 r. pomocą w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych objęto 3 522 osoby, w tym 554 osoby z zaburzeniami psychicznymi, które korzystały ze specjalistycznych usług opiekuńczych.

Najwięcej osób objętych wsparciem w odniesieniu do liczby ludności miały powiaty: krapkowicki (53 - tj. 53 osoby na 10 tys. ludności), nyski (51,5) i prudnicki (46,5). Natomiast najmniej pomocy w formie usług opiekuńczych udzielał powiat namysłowski (nieco ponad 13 osób na 10 tys. mieszkańców).

W latach 2015–2019 liczba osób korzystających z usług opiekuńczych (w tym specjalistycznych) systematycznie wzrastała (o 40,5% - z 2 622 do 3 684 osób, w tym o prawie 90% wzrosła liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi - dla zaburzonych psychicznie). Natomiast od 2020 r. (i w 2021 r.) liczba osób objętych usługami opiekuńczymi (w tym specjalistycznymi) zaczęła spadać – do 3 522 osób (choć nadal jest to więcej niż w 2018 r.), na co wpływ miała występująca pandemia COVID-19 i konieczność zachowania izolacji społecznej, ograniczająca w latach 2020–2021 liczbę składanych wniosków na takie usługi do ośrodków pomocy społecznej (przy jednoczesnej występującej śmiertelności osób starszych, korzystających dotychczas z usług opiekuńczych).

Wykres 1. Liczba osób korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w województwie opolskim w latach 2015–2021



Źródło: gminne oceny zasobów pomocy społecznej woj. opolskiego w latach: 2014–2021 r. oraz *Sprawozdanie MRPiPS-03 z udzielonych świadczeń pomocy społecznej - pieniężnych, w naturze i usługach w 2021 r.*

Osoby z niepełnosprawnościami

Osoby z niepełnosprawnościami są jedną z grup w szczególny sposób narażonych na wykluczenie społeczne. W IV kwartale 2019 r. osób z orzeczoną niepełnosprawnością było w Polsce 2 980 652, lecz należy zakładać, że rzeczywista liczba osób z niepełnosprawnościami jest znacząco większa. Kwestie związane z opieką zdrowotną wydają się dla środowiska osób z niepełnosprawnościami kwestią wyjątkowo istotną, gdyż wiążą się z licznymi ograniczeniami, wręcz dyskryminacją.

Choć ograniczenia w dostępności opieki zdrowotnej pozostają problemem wspólnym dla wszystkich pacjentów, w szczególny sposób jednak dotyczą osób z niepełnosprawnościami.

Kontekst korzystania przez osoby z niepełnosprawnościami z opieki zdrowotnej wyznaczany jest przez rozróżnienie na usługi związane z ich niepełnosprawnością i na usługi wynikające z potrzeb stanu zdrowia (np. infekcje, leczenie zębów).

Można wyróżnić typy barier, z którymi spotykają się osoby z niepełnosprawnościami w kontaktach z podstawową i specjalistyczną opieką lekarską:

- Bariery finansowe – osoby z niepełnosprawnościami są często zmuszone do korzystania z publicznej opieki zdrowotnej, ponieważ nie mają finansowych możliwości, aby pozwolić sobie na prywatne wizyty.
- Bariery architektoniczne. Coraz więcej budynków użyteczności publicznej, w tym przychodni jest dostosowane lub dostosowywane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Bardzo często jednak dostosowanie ogranicza się do zbudowania podjazdu, windy oraz odpowiedniej toalety (o parametrach wymaganych przepisami prawa). Zatem osoby z niepełnosprawnościami innymi niż poruszanie się na wózku cały czas mogą doświadczać barier architektonicznych, np.: nieudźwignionej windy, niekonsekwentnego i nieintuicyjnego rozmieszczenia pomieszczeń. Bariery architektoniczne dotyczą wszystkich etapów wizyty w przychodni, czasem w ogóle uniemożliwiają jej odbycie.
- Bariery infrastrukturalne. Dotyczą one wyposażenia przychodni i gabinetów w sprzęt, za pomocą którego bardzo trudno jest przeprowadzić badania u pacjentów z niepełnosprawnościami. Bariery te obejmują takie elementy jak niedostosowane fotele, kozetki oraz specjalistyczny sprzęt wykorzystywany w badaniach diagnostycznych. Bariery infrastrukturalne mają największe znaczenie podczas wizyty w gabinecie.
- Bariery komunikacyjne obejmują obszar wymiany informacji między pacjentami z niepełnosprawnościami a personelem przychodni (w rejestracji oraz w gabinetach). Bariery te uniemożliwiają swobodne korzystanie z opieki zdrowotnej. Brakuje kanałów komunikacyjnych dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w tym przede wszystkim tłumaczy języka migowego. Zalecenia lekarskie często podawane są w formie niedostępnej dla konkretnego pacjenta. Bariery te dotyczą wszystkich etapów wizyty w przychodni. Mają znaczenie dla osób z niepełnosprawnością wzroku, słuchu, intelektualną, posługujących się alternatywnymi metodami komunikacji.
- Bariery informacyjne. Związane są z brakiem informacji w ogóle lub z brakiem informacji w formie dostępnej dla osób z różnymi niepełnosprawnościami. Obejmują

ogłoszenia wywieszane na tablicy, sposób oznaczenia poszczególnych gabinetów, pomieszczeń, toalet. Bariery dotyczą wszystkich etapów wizyty w przychodni. Szczególnie ważne są dla osób z niepełnosprawnością wzroku, słuchu, intelektualną.

- Bariery mentalne dotyczą nastawienia zarówno personelu, innych pacjentów, jak i osób asystujących osobom z niepełnosprawnościami podczas wizyt w przychodni. Bariery te obejmują brak podmiotowego traktowania, w tym szczególnie nie zwracanie się do pacjenta, lecz do osoby towarzyszącej oraz wypowiedzianie się przez asystenta, tłumacza, osobę towarzyszącą w imieniu pacjenta z niepełnosprawnościami.
- Bariery kompetencyjne. Obejmuje brak kompetencji zarówno zawodowych (np. brak wiedzy na temat jakiejś niepełnosprawności, brak doświadczenia w leczeniu jakiejś choroby), jak i tzw. miękkich związanych właśnie z podejściem do pacjenta, sposobem traktowania¹⁴.

Dzieci z niepełnosprawnością

Jak podaje Narodowy Spis Powszechny, **w 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych wynosiła 4 697 000 osób**, co stanowiło 12,2% ludności Polski. Prawnie potwierdzoną niepełnosprawność (przyznany stopień przez komisję orzekającą o niepełnosprawności) miała grupa 3,1 miliona osób. Ze spisu wynika, że dzieci do lat 16 stanowiły 5% ogółu populacji osób niepełnosprawnych prawnie.

Według wskaźnika BAEL, czyli Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, **w 2018 roku populacja osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w wieku 16+ liczyła ponad 3 miliony osób**, stanowiąc tym samym 10% ogółu populacji w tym wieku. Były to osoby posługujące się znacznym stopniem niepełnosprawności (813 tysięcy osób), umiarkowanym stopniem niepełnosprawności legitymuje się blisko 1,5 miliona osób, a stopniem lekkim 776 tysięcy osób.

Dane liczbowe dotyczące liczby dzieci z niepełnosprawnościami dostępne są w wynikach Narodowego Spisu Powszechnego oraz badania European Health Interview Survey (EHIS). W badaniu EHIS z 2019 r. posłużono się definicją niepełnosprawności według kryterium statystycznego, tzn. ujęto w niej zarówno osoby niepełnosprawne prawnie (mające formalne orzeczenie) i osoby niepełnosprawne biologicznie – nie posiadające orzeczenia, ale deklarujące poważne ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności (Główny Urząd Statystyczny [GUS], 2020).

W roku 2019 w Polsce było 10,4% osób niepełnosprawnych prawnie i 2,6% osób niepełnosprawnych biologicznie. Dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności było ok. 300 tys. (GUS, 2021). Odsetek dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością w poszczególnych

¹⁴https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Dostepnosc_uslug_opieki_zdrowotnej_dla_OzN.pdf

grupach wiekowych wahał się między 3,4% a 5,4% w odniesieniu do całej populacji dzieci według grup wiekowych. Najwyższy odsetek odnotowano wśród dzieci w wieku 9–14 lat¹⁵.

Trudności, z jakimi się borykają się rodziny z dziećmi z niepełnosprawnością, pojawiają się niemal w każdym aspekcie życia. Niejednokrotnie uzyskanie właściwej diagnozy niepełnosprawności oraz odpowiednich dokumentów ją potwierdzających bywa utrudnione, czasochłonne i wymagające wiele wysiłku ze strony rodziców. Trudny i skomplikowany bywa także proces ustalania diagnozy, a dostęp do specjalistów bywa ograniczony, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach. Dostęp do lekarzy, specjalistów, zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych również jest utrudniony i czasochłonny. Niejednokrotnie wizyta wiąże się z pokonywaniem dużych odległości i znacznymi kosztami finansowymi ponoszonymi przez rodziców. Rodzice rezygnujący z pracy zarobkowej w celu zapewnienia opieki nad dzieckiem mogą ubiegać się o środki pieniężne, jednak niejednokrotnie potrzeby finansowe rodziny wynikające z opieki, leczenia i rehabilitacji dziecka znacząco przewyższają kwoty uzyskiwanych świadczeń. Poza kosztami finansowymi ponoszą również koszty emocjonalne. Opieka nad dzieckiem nieporuszającym się samodzielnie i niebędącym w stanie samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb wymaga od rodzica lub opiekuna siły fizycznej, ale również odporności psychicznej. To z kolei może prowadzić do występowania u niego zmęczenia, wypalenia oraz odczuwania stresu i napięcia. Dlatego tak ważny jest również dostęp do wsparcia psychologicznego czy psychiatrycznego.

Migranci

Z uwagi na skokowy wzrost liczby cudzoziemców w naszym regionie, który jest skorelowany z systematycznym rozwojem gospodarczym oraz w kontekście postępującej depopulacji, konieczna staje się realizacja działań mających na celu integrację społeczno-zawodową obywateli państw trzecich. Na koniec marca 2019 r. w woj. opolskim legalnie przebywało ponad 9 tys. cudzoziemców (zwłaszcza obywatele Ukrainy, Bułgarii i Białorusi). Liczba imigrantów zameldowanych na pobyt stały w regionie wynosiła w 2019 r. 1 315 osób (wzrost o 68 osób w porównaniu z 2018 r.). Natomiast liczba imigrantów zameldowanych na pobyt czasowy w 2019 r. wyniosła 6 698 (wzrost o 655 osób w odniesieniu do 2018 r.). W regionie obserwuje się stały wzrost pozwoleń na pracę dla cudzoziemców: 808 w 2013 r., 1 219 w 2015 r., 2 808 w 2016 r. oraz skok aż do 5 807 w 2017 r. (z zastrzeżeniem, że ta sama osoba może uzyskać więcej niż jedno pozwolenie w ciągu roku). Wśród cudzoziemców przeważają obywatele Ukrainy, którzy w regionie stanowią ok. 90% tej grupy. Agresja zbrojna Federacji Rosyjskiej przeciwko Ukrainie wprowadziła w Europie sytuację wyjątkową, której rozwiązanie wymaga użycia szczególnych środków. Ukrainę od 24 lutego 2022 r. opuściło już ponad 7,2 mln osób, z czego największa liczba, bo 1,4 mln przybyła do Polski¹⁶. Część z tych osób trafiało i w dalszym ciągu trafia do województwa opolskiego. Na terenie województwa

¹⁵ Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

¹⁶ Wg stanu na 13 wrzesień 2022 r. - dane zebrane przez ONZ, <https://300gospodarka.pl/news/uchodzcy-z-ukrainy-wpolsce-liczba>

opolskiego wg stanu na 29 września 2022 r. przebywa ok. 31 tys. osób, które opuściły Ukrainę w związku z wybuchem wojny.

W 2023 r. w Polsce urodziło się 305 tys. dzieci, z czego 14 507 to dzieci obcokrajowców bez polskiego obywatelstwa. Najwięcej w tej grupie jest małych Ukraińców - 12 369. Jak widać ukraińskie dzieci to 85 proc. tych z obcym obywatelstwem urodzonych w Polsce, a jeśli chodzi o kolejne pozycje na liście także nie ma zaskoczeń. Drudzy w kolejności są mali Białorusini – 538, a po nich Wietnamczycy - 197 dzieci. Poza podium znaleźli się Gruzini i Rosjanie oraz mali obywatele Indii. Liczba dzieci obcokrajowców urodzonych w Polsce systematycznie rośnie od kilku lat, zeszły rok z 60 proc. przyrostem był rekordowy z powodu wojny. Mimo wzrostu i dochodzącego już do 5 proc. udziału w ogólnej liczbie porodów w Polsce ten strumień jest za słaby, żeby uzupełnić spadającą liczbę porodów Polek. Co prawda wciąż struktura społeczna jest w Polsce bardzo jednolita to jednak zaczynamy drogę i to w bardzo szybkim tempie odejścia od homogenicznej struktury społecznej do wielokulturowej¹⁷.

Wraz z rozszerzającym się zjawiskiem migracji kwestia dostępu tej grupy społecznej do świadczeń zdrowotnych jest kwestią istotną z punktu widzenia zdrowia całego społeczeństwa. Opór społeczny jednak budzi zwłaszcza objęcie opieką medyczną migrantów nieudokumentowanych. Argumenty przeciwników zrównania praw obywateli i migrantów odnośnie korzystania ze służby zdrowia opierają się na kwestiach finansowych oraz zasadzie legitymizmu, podczas gdy zwolennicy takiego rozwiązania odwołują się do aspektów humanitarnych i antydyskryminacyjnych. Obawa przed tzw. „free riderami”, czyli osobami ponoszącymi korzyści ze świadczeń bez wniesienia jakichkolwiek kosztów (płacenia podatków), jest szczególnie żywa w przypadku systemów ochrony zdrowia finansowanych ze środków publicznych. Migranci, którzy na terenie kraju nie podjęli legalnej pracy, a z różnych przyczyn, żyją z pomocy socjalnej, są często postrzegani jako należący do powyższej kategorii. Tymczasem, w praktyce, w interesie państwa znajduje się zapewnienie dostępu, na najkorzystniejszych możliwych warunkach, do opieki zdrowotnej wszystkim długotrwale przebywającym na terenie kraju, ponieważ brak dostępu do profilaktyki i podstawowej opieki zdrowotnej zwiększa częstotliwość korzystania ze szczególnie drogich usług¹⁸. Zdecydowanie lepiej i taniej jest „zapobiegać niż leczyć”, a argument ten dotyczy również problematyki zdrowia publicznego, a zwłaszcza konieczności zapobiegania rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych.

Samorząd Województwa Opolskiego, głównie dzięki działalności Centrum Integracji Cudzoziemców finansowanemu z Funduszu Azylu, Migracji i Integracji (FAMI), stał się liderem w realizacji wsparcia na rzecz imigrantów przebywających w regionie. Działania zaproponowane w ramach FEO 2021-2027 będą również stanowiły kontynuację projektu realizowanego w ramach FAMI. Mając na uwadze powyższe, w obliczu problemów demograficznych i kurczących się zasobów rynku pracy Opolszczyzny niezbędne wydaje się wykorzystanie pozytywnego nastawienia cudzoziemców (w tym studentów) do osiedlenia się i podjęcia pracy w naszym regionie. Ważny w tym kontekście jest fakt, że 30% imigrantów w woj. opolskim stanowią osoby młode, w wieku 25–34 lat oraz, iż blisko 1/3 zagranicznych

¹⁷ <https://www.gazetaprawna.pl/autor/59315,grzegorz-osiecki>

¹⁸ J. Pręgiel-Kamrat „Prawo do ochrony zdrowia”

studentów chciałoby się osiedlić w Opolskiem pod warunkiem uzyskania atrakcyjnego zatrudnienia.

Romowie

Liczba Romów w całej Europie szacowana jest – na podstawie bardzo różnych badań – na 14,5 mln. W Polsce, w zależności od źródła, wskazuje się na zakres od 13 000 do 20 000 osób pochodzenia romskiego. Ponadto według nieoficjalnych danych uznaje się, że w Polsce żyje około 35 000 osób posługujących się językiem romani, czyli de facto Romów. Dodatkowo, różnorodne badania o charakterze pozastatystycznym – wskazujące na liczbę Romów w Polsce – określają ich liczbę nawet na poziomie do 41 000. Jak widać trudno jest określić precyzyjnie wielkość ich populacji na poziomie krajowym, a na poziomie europejskim wydaje się to wręcz niemożliwe¹⁹.

Na Opolszczyźnie, według ostatniego spisu powszechnego z 2011 r., przynależność do romskiej mniejszości etnicznej zadeklarowało 1,1 tys. osób (choć sami Romowie podkreślają, że jest ich trzy razy więcej). Romowie należący do grup Polska Roma i Bergitka Roma oraz Kelderaszki zamieszkują głównie gminy: Brzeg, Głubczyce, Kędzierzyn-Koźle, Nysa, Opole, Paczków, Prudnik i Strzelce Opolskie. W odróżnieniu od innych społeczności mniejszościowych Romowie są jedyną grupą zagrożoną wykluczeniem społecznym. Wynika to z szeregu czynników społecznych i kulturowych, z których w pierwszej kolejności należy wymienić niski poziom wykształcenia tej grupy, co bezpośrednio wpływa na brak kwalifikacji pożądanych na rynku pracy, a tym samym na sytuację bytową i zdrowotną Romów. Nie bez znaczenia jest tu hermetyczny charakter niektórych tradycyjnych wspólnot romskich, które bronią swojej niezależności.

EU-MIDIS II Drugie Badanie Unii Europejskiej na temat mniejszości i dyskryminacji Romowie – wybrane wyniki, podkreśla niepokojącą, lecz nieuniknioną rzeczywistość: największa mniejszość etniczna w Unii Europejskiej nadal boryka się z niedopuszczalną dyskryminacją i nierównym dostępem do podstawowych usług. Uwydatniając utrzymujące się bariery w zakresie zatrudnienia, edukacji, mieszkalnictwa i opieki zdrowotnej, sprawozdanie to pokazuje również, że czterech na 10 ankietowanych Romów czuło się dyskryminowanych co najmniej raz w ciągu ostatnich pięciu lat, jednak tylko ułamek z nich podjęło kroki w sprawie tego incydentu. Takie realia nie są zaskakujące, gdyż większość Romów nie zdaje sobie sprawy z istnienia przepisów zakazujących dyskryminacji ani z istnienia organizacji, które mogłyby zaoferować wsparcie. Fakty te budzą poważne wątpliwości co do realizacji

¹⁹ S. Łodziński wskazuje na trzy bariery utrudniające precyzyjne dookreślenie ich liczebności. Pierwsza wiąże się z nieufnością Romów wobec zinstytucjonalizowanych struktur państwa, druga odnosi się do ich samoświadomości, a trzecia wynika ze sposobu w jaki państwo traktuje tę mniejszość, Łodziński S., Romowie w Narodowym Spisie Powszechnym 2002 w Polsce. Kwestie liczebności i tożsamości etnicznej, [w:] Nowicka E., Cieślińska B. (red.), Wędrowcy i migranci, Zakład Wydawniczy „Nomos”, Kraków 2005, s. 20-21.

prawa do niedyskryminacji gwarantowanego przez Kartę praw podstawowych Unii Europejskiej (UE) oraz dyrektywę w sprawie równości rasowej²⁰.

Z EU-MIDIS II wynika, że 80 % Romów nadal żyje poniżej progu zagrożenia ubóstwem w swoim kraju; co trzeci Rom mieszka w budynku bez wody wodociągowej, a co dziesiąty bez energii elektrycznej oraz że co czwarty Rom (27 %) i co trzecie dziecko romskie (30 %) mieszka w gospodarstwie domowym, w którym przynajmniej raz w poprzednim miesiącu doświadczono głodu²¹.

W ramach planowanych przedsięwzięć szczególna uwaga powinna zostać poświęcona dzieciom romskim, które szczególnie narażone są na skutki ubóstwa i wykluczenia rodzin tej społeczności. Ich niekorzystna sytuacja w tym zakresie często uwarunkowana jest zarówno problemami całej rodziny, w tym związanymi z dziedziczeniem bezrobocia, uzależnieniem od pomocy społecznej oraz złą sytuacją zdrowotną i socjalną.

Dzieci z rodzin dysfunkcyjnych

Dysfunkcjonalność rodziny mogą wywoływać czynniki, które tkwią w samej rodzinie i cechach jej członków, oraz czynniki tkwiące w środowisku. To mogą być uwarunkowania wewnętrzne i zewnętrzne. Do wewnętrznych należą: cechy osobowościowe członków rodziny, wykształcenie rodziców, wielkość i struktura rodziny, więzi uczuciowe w rodzinie, postawy rodzicielskie i preferowany przez rodziców styl wychowania, przyjęty przez nich system wartości, brak wiedzy i umiejętności dotyczących życia rodzinnego, choroby. Z kolei zewnętrzne uwarunkowania i utrudnienia mają swe źródła w zjawiskach makrospołecznych. Zalicza się do nich: rosnące zróżnicowanie warunków bytowych rodzin, koncentracja rodziców na zdobywaniu dóbr materialnych i brak czasu dla dzieci, migracje oraz emigracje zarobkowe, niedostatki mieszkaniowe, niedofinansowanie edukacji, kultury i systemu opieki zdrowotnej, bezrobocie, niedostosowane do potrzeb funkcjonowanie instytucji wspierających rodzinę, relatywizacja ogólnoludzkich wartości oraz norm społecznych²². W rodzinach dysfunkcyjnych rodzice nie sprawują w sposób właściwy władzy rodzicielskiej. Zachowują się w sposób zbyt despotyczny lub submisyjny, nie określają reguł zachowań dzieci, albo ich nie egzekwują. W takiej rodzinie brak jest poczucia bezpieczeństwa oraz jasno określonych norm i wartości, a także wyraźnego podziału ról. Dzieci często sprawują opiekę nad matką lub ojcem. Rodzina źle radzi sobie z kryzysami rozwojowymi, przez które musi przejść²³. Rodzice zamiast dziecko wspierać i ochraniać, ignorują je, atakują za to, że nie spełnia ich oczekiwań i nie jest takim, jakim oni chcieliby, żeby było. W konsekwencji tych działań dzieci rozwijają w sobie dysfunkcyjne cechy samozachowawcze, po to by przystosować się, zachowując wiarę w to, że rodzice zawsze mają rację. Zmieniają swój świat

²⁰ https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2016-eu-minorities-survey-roma-selected-findings_pl.pdf

²¹ EU-MIDIS II Drugie Badanie Unii Europejskiej na temat mniejszości i dyskryminacji. Romowie – wybrane wyniki, s. 13.

²² D. Rybczyńska, Funkcjonalność i dysfunkcjonalność rodzin. Przyczyny, przejawy i środki zaradcze, „Biuletyn Informacyjny »Problemy Narkomanii«” 2002, nr 1, s. 21, 22.

²³ M. Ryś, Problemy w rodzinie dysfunkcyjnej..., s. 279.

umysłowy, aby nie ulec niszczycielskiej sile wmawianego poczucia własnej bezwartościowości i wstydu z doznawanego poniżenia. Gdy dorosną, same stają się rodzicami dysfunkcyjnymi. Życie dziecka w rodzinie dysfunkcyjnej jest dla niego wielką krzywdą, gdyż rodzice na ogół nie dbają o zaspokojenie jego potrzeb, a sposób traktowania przez rodziców staje się dla niego źródłem cierpienia i często prowadzi do deformacji jego rozwoju, negatywnych skutków emocjonalnych i zaniżonych aspiracji życiowych i zawodowych. Funkcjonalna rodzina jest miejscem, w którym rozwija się w dziecku poczucie własnej godności i szacunek dla drugiego człowieka, jest ona podstawową jednostką socjalizacji decydującą o istnieniu społeczeństwa, jego kulturze i tożsamości. Dlatego też warto diagnozować sytuację rodzin i realizować działania wspierające ich właściwe funkcjonowanie.

Dane GUS dotyczące zasięgu ubóstwa ekonomicznego pokazują, że w roku 2018 lekko wzrósł (o około 1%) zarówno odsetek skrajnego, jak i relatywnego ubóstwa dzieci (liczonego jako odsetek osób w gospodarstwach domowych, w których poziom wydatków był niższy niż 50% przeciętnych miesięcznych wydatków gospodarstw domowych) i osiągnął odpowiednio – 5,4% oraz 14,2%. Wzrost zakresu ubóstwa ekonomicznego zanotowano przy jednoczesnej poprawie dochodowej sytuacji gospodarstw domowych, co wprost sygnalizuje, że wzrosły ceny na polskim rynku. Wśród gospodarstw z dziećmi zanotowano stopę ubóstwa skrajnego wyższą od średniej dla całej Polski.

Dzieci z rodzin wielodzietnych

Stopa ubóstwa skrajnego wśród gospodarstw domowych z co najmniej jednym dzieckiem poniżej 18 roku życia wyniosła ponad 6% (wzrost z niecałych 5% w 2017 roku do 6% w 2018 roku). W najgorszej sytuacji były gospodarstwa domowe z co najmniej trójką dzieci (około 10% osób ubogich, wzrost o około 2%). Wydatkami poniżej granicy ubóstwa skrajnego częściej od mieszkańców miast odznaczyli się mieszkańcy wsi, gdzie stopa ubóstwa skrajnego osiągnęła w 2018 roku poziom ponad 9% (dla porównania w miastach, w zależności od wielkości, było to od ok. 1% do ok. 5%)²⁴. Wśród rodzin z dwojgiem i większą liczbą dzieci sytuacja braku środków finansowych na edukację/kształcenie dzieci wystąpiła w prawie co piątym gospodarstwie domowym (19%) w roku 2014, natomiast w roku 2017 już tylko w 5% gospodarstwach domowych z dwójką lub większą liczbą dzieci. W dalszym ciągu jednak problem z realizacją potrzeb edukacyjnych dotyczy około 300 tys. osób, jest to więc minimum 60 tys. rodzin. Co więcej, w przypadku minimum 80 tys. osób problem ten ma charakter permanentny (około 16 tys. rodzin). W województwie opolskim w 2021 roku świadczenia rodzinne na rzecz dzieci otrzymało 11 542 rodzin.

Sytuacja w rodzinach wielodzietnych pogorszyła się – od 2019 r. nastąpił wzrost ubóstwa skrajnego w tych rodzinach o 1,2 punktu procentowego. Ubóstwo skrajne rodzin wielodzietnych jest nadal ponad kilka razy wyższe niż w pozostałych rodzinach; mieszkańcy

²⁴ opracowanie: Główny Urząd Statystyczny, Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2018 r. (na podstawie wyników badania budżetów gospodarstw domowych), s.2

wsi, którzy zagrożeni są ubóstwem skrajnym prawie 4-krotnie częściej (8%) niż mieszkańcy miast (2%)²⁵.

Dzieci z rodzin utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych

Na podstawie wyników badania EU-SILC²⁶ oceniono poziom zagrożenia ubóstwem po uwzględnieniu w dochodach transferów społecznych. W badaniu z 2020 r. dla województwa opolskiego wskaźnik ten wynosił 14,4% i był niższy o 0,3 p. proc. w relacji z 2010 r. (w kraju odpowiednio: 14,8% i spadek o 2,8 p. proc.). W badaniu z 2020 r. województwo opolskie pod względem wysokości analizowanego wskaźnika zajmowało 8 miejsce w kraju. Najniższy wskaźnik odnotowano w województwie śląskim (9,5%), a następnie w pomorskim (10,1%) oraz dolnośląskim (11,3%), natomiast najwyższy w lubelskim (24,4%), podlaskim (22,9%) i warmińsko-mazurskim (20,1%). Dzieci z rodzin ubogich mają gorszy dostęp do wysokiej jakości edukacji – ich rodzice nie są w stanie opłacić dodatkowych zajęć pozalekcyjnych, pomocy naukowych, wycieczek klasowych, wyjść do teatru i innych aktywności związanych z uczestnictwem w kulturze i spędzaniem wolnego czasu. Problemem najuboższych jest też czasem zaspokojenie podstawowych potrzeb materialnych. Wszystko to sprawia, że dzieci z rodzin o niższym statusie ekonomicznym częściej wycofują się z życia klasy i tracą poczucie własnej wartości, co z kolei może mieć wpływ na ich rozwój i karierę zawodową. Dodatkowo ubóstwo ma znaczący wpływ na szerzenie się patologii społecznej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych tym zjawiskiem. Wykazują oni częściej niż ich rówieśnicy objawy demoralizacji i wkraczają na drogę przestępczą.

Z punktu widzenia skuteczności działań, których celem jest ograniczenie skutków ubóstwa, szczególnie ważna jest obserwacja sytuacji gospodarstw domowych żyjących poniżej granicy ubóstwa skrajnego (egzystencjalnego).

Podstawę wyznaczania granicy ubóstwa skrajnego stanowi minimum egzystencji szacowane przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPiSS). Kategoria minimum egzystencji wyznacza bardzo niski poziom zaspokojenia potrzeb. Konsumpcja poniżej tego poziomu utrudnia przeżycie i stanowi zagrożenie dla psychofizycznego rozwoju człowieka. W 2021 r. stopa ubóstwa skrajnego wyniosła 4,2%, to jest o 1 p. proc. mniej niż w 2020 r.

Zgodnie z danymi GUS do najbardziej zagrożonych ubóstwem skrajnym należą gospodarstwa domowe: utrzymujące się z niezarobkowych źródeł dochodów, szczególnie osób bezrobotnych (najbardziej zagrożone ubóstwem skrajnym są rodziny utrzymujące się z innych niż zarobkowe źródła dochodów, w tym świadczeń społecznych innych niż emerytury i renty – (14%; w 2000 r. – 13,6%) oraz gospodarstw domowych rolników – (ok. 11%; w 2000 r. – 13,5%); o niskim poziomie wykształcenia (najbardziej dotknięte ubóstwem skrajnym były osoby z gospodarstw domowych, gdzie głowa gospodarstwa domowego miała wykształcenie

²⁵Aneks do opracowania sygnałnego Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2021 r., GUS, Warszawa 2021 r. s. 2-5

²⁶ Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności (EU-SILC) 18 września – 4 grudnia 2020 r.

co najwyżej gimnazjalne - ok. 11% (w 2000 r. – 11,9%), a najmniej – z wykształceniem wyższym (ok. 1%).

Wyższy od średniej krajowej był zasięg ubóstwa wśród osób z gospodarstw, w których głowa gospodarstwa domowego legitymowała się wykształceniem zasadniczym zawodowym – ok. 7% (w 2000 r. – 7,8%). Można powiedzieć, że wraz z coraz wyższym poziomem wykształcenia malał zasięg ubóstwa skrajnego; z co najmniej jedną osobą niepełnosprawną (6,5%); podczas gdy w gospodarstwach domowych bez osób z niepełnosprawnością – ok.4%; wielodzietne (najbardziej zagrożone skrajnym ubóstwem są rodziny wielodzietne z co najmniej trójką dzieci w wieku 0–17 lat – 8,7%, lub rodziny z co najmniej 3 dzieci na utrzymaniu, tj. w wieku 0–14 lat albo 15–25 lat – 5,9%)²⁷.

Dzieci objęte pieczą zastępczą

W 2021 r. liczba podmiotów rodzinnej pieczy zastępczej obejmowała 1 013 podmiotów (o 35 więcej niż w 2020 r.), z tego:

- 635 rodzin zastępczych spokrewnionych z dzieckiem (o 35 więcej niż w 2020 r.);
- 306 rodzin niezawodowych (o 5 mniej niż w 2020 r.);
- 49 rodzin zastępczych zawodowych (o 2 więcej niż w 2020 r.), z tego: – 37 „zwykłych” zawodowych rodzin zastępczych; – 8 rodzin pełniących funkcję pogotowia rodzinnego; – 4 rodziny specjalistyczne (wychowujące niepełnosprawne dzieci);
- 23 rodzinnych domów dziecka (o 3 domy więcej niż w 2020 r.).

W 2022 r. w systemie pieczy zastępczej umieszczonych było 1 984 dzieci (o 11 dzieci więcej niż w 2021 r. – wzrost o 0,4%)²⁸. Od początku funkcjonowania systemu pieczy zastępczej, tj. od 2012 r., liczba umieszczonych w nim dzieci sukcesywnie maleje (mimo okresowych wzrostów liczby dzieci w całym systemie pieczy zastępczej).

W 2021 r. podobnie jak w latach 2017–2020, średnio na 1000 mieszkańców woj. opolskiego w wieku do 17 lat przypadało 13 dzieci i młodzieży umieszczonej w pieczy zastępczej. Wartość tego wskaźnika wahała się od 20 (w powiecie prudnickim) do 8 (w powiecie oleskim), a w pozostałych powiatach, z wyjątkiem strzeleckiego (9), wskaźnik ten wyniósł 10 i więcej²⁹. Dzieci przebywające w rodzinie zastępczej to najczęściej dzieci z poważnymi problemami zdrowotnymi i dysfunkcjami społecznymi. Są to często dzieci wymagające wsparcia w ramach poradni specjalistycznych, pomocy psychiatrycznej, poradni rehabilitacyjnych. Trudna sytuacja życiowa dziecka przebywającego w rodzinie zastępczej jest dużym wyzwaniem dla osób, które podejmują się nad nim opieki. Stąd tak ważna jest pomoc ze strony szkoły, dobre przygotowanie nauczycieli i współpraca z rodziną zastępczą oparta na wspólnym zaangażowaniu i zrozumieniu. Dzieci przebywające w pieczy powinny mieć, w zależności od potrzeb, zapewnione wsparcie zarówno ze strony nauczycieli, jak i

²⁷ Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności (EU-SILC) 18 września – 4 grudnia 2020 r.

²⁸ Ocena zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego w 2022 r., ROPS Opole 2023, s. 62

²⁹ Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu, Aktualizacja 2021-2027 z perspektywą do roku 2030, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej;

psychologów, pedagogów oraz innych specjalistów kadr systemu oświaty, które pozwoli na wyrównanie ich szans edukacyjnych i rozwój kompetencji społecznych oraz może dać im szansę na lepszy start w dorosłym życiu. Należy pamiętać, że nabyta wiedza i umiejętności mogą stanowić zasób, który pozwoli dzieciom z pieczy na zmianę (często negatywnego) schematu życia rodziny biologicznej, z której pochodzą.