

Załącznik do Uchwały Nr 240/3263/22
Zarządu Województwa Lubuskiego
z dnia 1 lutego 2022 r.



Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Spis treści

1. WSTĘP	4
2. SPÓJNOŚĆ LUBUSKIEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA 2030 Z REGIONALNYMI, KRAJOWYMI I EUROPEJSKIMI DOKUMENTAMI STRATEGICZNYMI	6
3. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI	13
3.1 LUDNOŚĆ WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO	13
3.2 PRZYROST NATURALNY	14
3.3 ZGONY	15
3.4 PROGNOZA ZMIAN STANÓW LUDNOŚCI W WOJEWÓDZTWIE LUBUSKIM	18
3.5 SYTUACJA ZDROWOTNA	19
3.5.1 Chorobowość i zachorowalność	19
3.5.2 Choroby zawodowe	24
3.5.3 Zdrowie psychiczne	25
3.5.4 Opieka nad matką i dzieckiem	27
3.5.5 Choroby zakaźne w województwie lubuskim	29
3.5.5.1 SARS-CoV-2 w Lubuskiem	29
3.5.5.2 Epidemiologia chorób zakaźnych	31
3.5.5.3 Realizacja Programu Szczepień Ochronnych	36
4 ZASOBY OCHRONY ZDROWIA	42
4.1 KADRA MEDYCZNA	42
4.1.1 Kształcenie kadry medycznej	45
4.1.2 Specjaliści w zawodach medycznych	46
4.1.3 Podstawowa Opieka Zdrowotna	49
4.2 LECZNICTWO STACJONARNE	51
4.3 LECZNICTWO AMBULATORYJNE	52
4.4 PROGRAMY PROFILAKTYCZNE	54
4.4.1 Program Profilaktyki Raka Piersi	54
4.4.2 Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy	56
4.4.3 Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK)	57
4.4.4 Program Profilaktyki Chorób Odytoniowych (w tym POChP)	58
4.4.5 Program Badań Prenatalnych	59
4.4.6 Program Profilaktyki Gruźlicy	60
4.4.7 Programy profilaktyczne finansowane z innych źródeł niż LOW NFZ	61
5. SYTUACJA FINANSOWA W PUBLICZNEJ SŁUŻBIE ZDROWIA	67
5.1 FINANSE SAMORZĄDOWYCH SAMODZIELNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	69
5.2 STRATEGIA KONTRAKTOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LUBUSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	70
5.2.1 Długość oczekiwania na świadczenie zdrowotne	71
5.2.2 Wpływ migracji na dostępność świadczeń dla mieszkańców	73
6. PODSUMOWANIE DIAGNOZY LUBUSKIEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA	75
7. PRIORYTETOWE CELE I DZIAŁANIA	78
8. WDRAŻANIE I OCENA WYNIKÓW REALIZACJI PROGRAMU	89
8.1 PODMIOTY WDRAŻAJĄCE	89
8.2 ZARZĄDZANIE PROCESEM WDRAŻANIA PROGRAMU	89
8.3 MONITORING PROGRAMU	90

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

8.3.1.	Wskaźniki poziomu wdrażania Programu.....	91
8.3.2.	Wskaźniki oceny efektów realizacji Programu	93
8.3.3.	Mierniki realizacji Programu	95
8.4	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA	96
8.4.1.	Środki finansowe Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.....	96
8.4.2.	Środki budżetowe samorządu województwa lubuskiego	97
8.4.3.	Środki pochodzące z Unii Europejskiej	98
8.4.4.	Finansowanie inwestycji z Funduszy Europejskich w perspektywie 2021-2027 –.....	102

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO LUBUSKIEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA 2030:

- 1) Załącznik nr 1 – „Inwestycje zgłoszone do dofinansowania ze źródeł zewnętrznych (unijnych i krajowych),
- 2) Załącznik nr 2 – „Inwestycje wskazane w strategiach rozwoju wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia”.

1. Wstęp

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030 stanowi rozwinięcie „Strategii Rozwoju Województwa Lubuskiego 2030” i określa cele oraz działania związane z ochroną zdrowia. Realizacja zapisów zawartych w niniejszym dokumencie ma się przyczynić do osiągnięcia zaplanowanego celu nadrzędnego jakim jest **Poprawa dobrostanu mieszkańców województwa lubuskiego poprzez wzmocnienie usług diagnostycznych, leczniczych i profilaktyki w regionie.**

Założenia Programu uwzględniają zapisy dokumentów planistycznych i strategicznych o charakterze międzynarodowym, europejskim, krajowym i regionalnym. Tym samym Województwo Lubuskie poprzez wdrażanie zaplanowanych działań w obszarze ochrony zdrowia uwzględnia zasadę komplementarności.

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030 jest kontynuacją wyznaczonych kierunków działań w zakresie ochrony i promocji zdrowia w Województwie Lubuskim, zawartych w Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010-2013 przyjętej Uchwałą nr XLVI/443/2010 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 1 lutego 2010 roku oraz Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 (z perspektywą do 2021 r.) przyjętej Uchwałą nr XLVII/567/14 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 5 maja 2014 r. roku, z późn. zm.

Aktualnie opracowany dokument jest rezultatem analizy danych i informacji, prac eksperckich, szerokich konsultacji społecznych oraz zaangażowania podmiotów funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia. **Program został poddany konsultacjom społecznym, które odbyły się w dniach 2 -16 lutego 2022 roku. Zgłoszonych zostało.....uwag, które następnie zostały poddane analizie i przedstawione na posiedzeniu Zarządu Województwa Lubuskiego w dniu**

Nowy Program określa priorytetowe cele i kierunki w polityce promocji i ochrony zdrowia w regionie lubuskim w kolejnych latach. Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030 jest wyrazem dążenia Województwa Lubuskiego do zapewnienia wszystkim jego mieszkańcom swobodnego i równego dostępu do opieki medycznej o możliwie najwyższym standardzie.

Podstawę opracowania niniejszego dokumentu stanowią postanowienia ustaw: z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa art. 14 ust.1 pkt 2 (Dz. U. z 2020 r., poz. 1668 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 9 pkt 3 (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285, z późn. zm.).

Opracowanie niniejszego dokumentu poprzedzono diagnozą epidemiologiczną województwa oraz analizą stanu zasobów województwa w zakresie:

- podmiotów leczniczych,
- potencjału kadry medycznej,
- oceny zmian zachodzących w ostatnich latach w szeroko rozumianym obszarze ochrony zdrowia.

W rezultacie powstał dokument, wojewódzki program sektorowy, określający cele i kierunki działań Samorządu Województwa Lubuskiego w polityce promocji i ochrony zdrowia, wskazujący propozycje rozwiązań określonych problemów z tego zakresu oraz obszary wymagające naprawy bądź uregulowania w perspektywie kilku najbliższych lat.

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Kolejną przesłanką do opracowania Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia 2030 były zmiany w sytuacji epidemiologiczno-demograficznej zarówno w Polsce jak i w naszym regionie. Dodatkowo wzięte zostały pod uwagę zmiany w aktach prawnych regulujących zasady tworzenia i prowadzenia polityki zdrowotnej na szczeblu krajowym i międzynarodowym.

Wskazane w dokumentach cele i kierunki interwencji odpowiadają na wyzwania wynikające z przedstawionej diagnozy i koncentrują się na poprawie efektywności systemu opieki zdrowotnej, zmniejszaniu nierówności w zdrowiu, dostosowaniu systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych zmian demograficzno-epidemiologicznych i profilaktyce największych zagrożeń dla zdrowia.

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030 składa się z części diagnostycznej, która zawiera sytuację demograficzną i epidemiologiczną województwa lubuskiego oraz aktualne zasoby kadrowe i infrastrukturalne. Uwzględnia również informację w zakresie nakładów finansowych na leczenie zarówno w odniesieniu do osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży. Druga część Programu ma charakter planistyczny. W oparciu o analizę SWOT opracowane zostały zadania, które przypisano celom strategicznym i operacyjnym. Ponadto dokument zawiera opis systemu wdrażania i monitorowania Programu. Integralną część LPOZ 2030 stanowią załączniki: wykaz inwestycji zgłoszonych do dofinansowania ze źródeł zewnętrznych (unijnych i krajowych) oraz wykaz inwestycji wskazanych w strategiach rozwoju wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia.

2. Spójność Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia 2030 z regionalnymi, krajowymi i europejskimi dokumentami strategicznymi

W celu wdrożenia efektywnego systemu zarządzania rozwojem kraju, zapisy ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju zakładają opracowanie hierarchii dokumentów strategicznych. 29 października 2018 r. Rada Ministrów przyjęła dokument pn. „System Zarządzania Rozwojem Polski”, którego zadaniem jest kompleksowe opisanie nowego systemu zarządzania rozwojem kraju poprzez przyjmowane dokumenty strategiczne, które są podstawą prowadzenia polityki rozwoju kraju, tj. długo- i średniookresowa strategia rozwoju kraju.

Kluczowym dokumentem państwa polskiego w obszarze średnio- i długofalowej polityki gospodarczej jest obecnie *Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju*, która została przyjęta przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 r. Dokument określa wizję strategiczną, zasady, cele i priorytety rozwoju kraju w wymiarze gospodarczym, społecznym i przestrzennym do 2020 r. oraz w perspektywie do 2030 r. Jednym z projektów strategicznych wpisanych w SOR jest Efektywna służba zdrowia, w ramach którego będą podejmowane działania m. in. na rzecz budowania systemów informacyjnych w ochronie zdrowia czy przebudowy systemu refundacji wyrobów medycznych.

Do głównych dokumentów wytyczających priorytety w obszarze zdrowia oraz spójnych z Lubuskim Programem Ochrony Zdrowia 2030 należą:

1) Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2030¹

Cel: poprawa zdrowia obywateli oraz systemu opieki zdrowotnej poprzez:

- wdrożenie systemowych rozwiązań w zakresie zdrowia publicznego,
- dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do nowej sytuacji demograficznej (w szczególności w obszarze opieki nad matką i dzieckiem, a także opieki geriatrycznej, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej),
- działania na rzecz utrzymania obywateli w dobrym zdrowiu w celu wydłużenia ich aktywności,
- upowszechnienie i wzmocnienie działań profilaktycznych opartych na dowodach naukowych, masowa popularyzacja kultury bezpieczeństwa i zdrowego stylu życia, w tym zachowań prozdrowotnych,
- poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej w tym zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

2) „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”

Dokument ten jest kontynuacją „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”, który przedstawiał długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia

¹ Uchwała nr 184/2020 Rady Ministrów z dnia 14 grudnia 2020 r. w sprawie przyjęcia „Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2030”.

w Rzeczypospolitej Polskiej, a także cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji w latach 2014-2020.

Za koniecznością opracowania kolejnej edycji „Policy Paper” i konsekwentnym wdrażaniem działań mających na celu rozwój systemu ochrony zdrowia przemawiają głównie wskaźniki epidemiologiczne. Według autorów dokumentu sytuacja zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania ulegają systematycznej poprawie, natomiast umieralność i przeciętna długość życia w Polsce nadal są gorsze niż średnie wskaźniki w Unii Europejskiej. Poprawa tych wskaźników odbywa się zbyt wolno.

Dodatkowo w związku z możliwością korzystania ze środków unijnych na realizację określonych działań w ramach funduszy polityki spójności, wszystkie kraje członkowskie są zobowiązane do spełniania warunków podstawowych dla perspektywy 2021-2027 w poszczególnych obszarach. W obszarze zdrowia wskazano jako warunek podstawowy posiadanie krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej, składający się z 3 elementów, przy czym dokument strategiczny ma wypełnić dwa ostatnie kryteria:

- mapowanie potrzeb zdrowotnych i opieki długoterminowej, w tym personelu medycznego i opiekuńczego;
- środki, które zapewnią skuteczność, trwałość, dostępność i przystępność usług zdrowotnych i opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem osób wykluczonych z systemów opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, w tym tych, do których najtrudniej jest dotrzeć;
- środki promowania usług środowiskowych i rodzinnych poprzez deinstytucjonalizację, w tym profilaktyka i podstawowa opieka zdrowotna, opieka domowa i usługi środowiskowe.

Głównym celem dokumentu jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia.

Efektem realizacji programu ma być wydłużenie życia i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Obecnie w analizach epidemiologicznych coraz więcej uwagi przywiązuje się nie tylko do długości życia, ale również do jego jakości. Niezbędne do tego jest zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej poprawiającej zdrowotność obywateli.

Do „Zdrowej przyszłości” dołączone są dwa inne dokumenty - dotyczące opieki nad osobami starszymi oraz osobami z zaburzeniami psychicznymi. Głównym celem - w zakresie opieki nad osobami starszymi - jest poprawa jakości życia i zdrowia seniorów i ich opiekunów. Służyć mają temu rozwój zasobów kadrowych, rozwój form opieki dziennej, domowej oraz innowacyjnych form opieki. Zakładane jest wsparcie opiekunów nieformalnych i koordynacja opieki środowiskowej.

W zakresie opieki psychiatrycznej zakładane są inwestycje w kadry i poprawa jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii i innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego. Planowana jest też m.in. zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i inwestycje infrastrukturalne.

3) Strategia Rozwoju Województwa Lubuskiego 2030²

Cel główny: Inteligentne gospodarowanie potencjałami regionu dla osiągnięcia zrównoważonego rozwoju, spójności społecznej i przestrzennej oraz wysokiej jakości życia mieszkańców.

Cel strategiczny 2: Region silny w wymiarze społecznym oraz bliski obywatelowi.

Cel operacyjny 2.3: Wysoka jakość i dostępność usług medycznych oraz upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia.

Kierunki interwencji:

- poprawa dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych, w tym opieki długoterminowej i paliatywnej,
- wsparcie i realizacja inwestycji z zakresu budowy, rozbudowy i modernizacji infrastruktury ochrony zdrowia, w szczególności w obszarze geriatry, onkologii i pediatrii,
- dostosowywanie wyposażenia podmiotów leczniczych do nowoczesnych standardów,
- podejmowanie działań na rzecz zmniejszenia deficytów kadr medycznych i podnoszenie kompetencji pracowników ochrony zdrowia,
- restrukturyzacja podmiotów leczniczych w celu poprawy ich funkcjonowania,
- współpraca i uzupełnienie oferty szpitali, w tym poprzez koordynację specjalizacji poszczególnych placówek.
- wzmacnianie systemu ratownictwa medycznego w regionie,
- inicjowanie, podejmowanie i promocja działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia,
- optymalizacja i upowszechnianie różnych form opieki psychiatrycznej,
- wspieranie działań w zakresie metod leczenia niepłodności oraz rozwój opieki okołoporodowej,
- prowadzenie i wspieranie działań informacyjnych o ochronie zdrowia,
- wzmacnianie obszaru rehabilitacji medycznej poprzez tworzenie warunków dla kadry oraz inwestycje w niezbędną infrastrukturę,
- wzmocnienie systemu zabezpieczeń przed epidemiami (chorobami zakaźnymi), w tym. m.in.:
 - doposażanie podmiotów leczniczych w niezbędny sprzęt (w szczególności do intensywnej terapii), infrastrukturę i środki ochrony osobistej,
 - wypracowanie systemu i procedur szybkiego reagowania na pojawiające się zagrożenia epidemiczne,
 - zwiększanie świadomości mieszkańców w zakresie zachowań w stanach zagrożenia życia, szczególnie w stanach zagrożenia epidemicznego,
 - wzmocnienie dostępu pacjentów do elektronicznego systemu świadczenia opieki medycznej,

² Uchwała nr XXVIII/397/21 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia „Strategii Rozwoju Województwa Lubuskiego 2030”.

- opracowanie planu tworzenia i funkcjonowania izolatoriów na wypadek epidemii.

Strategia Rozwoju Województwa Lubuskiego 2030 wskazuje na podstawowy problem, z którym region musi sobie poradzić. Jest to deficyt specjalistycznej kadry medycznej. W województwie brakuje specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych, układu krążenia i onkologii oraz medycyny ratunkowej. Dla poprawy efektywności leczenia w Lubuskim Samorząd Wojewódzki zainicjował powstanie kierunku lekarskiego na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu (obecnie Collegium Medicum) Uniwersytetu Zielonogórskiego oraz realizuje działania z zakresu promocji zdrowia i kształtowania prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego, jak również poprawy organizacji świadczeń usług zdrowotnych podmiotów leczniczych. Działania te są niezbędne, ponieważ do głównych przyczyn zgonów Lubuszan zaliczają się tzw. choroby cywilizacyjne, wśród których największy odsetek stanowią dysfunkcje układu krążenia i nowotwory.

4) Fundusze Europejskie Województwa Lubuskiego 2021-2027

Narzędziami do realizacji celów związanych z ochroną zdrowia, określonych na poziomie różnych dokumentów strategicznych, poza budżetem kraju będą również programy współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w perspektywie finansowej na lata 2021-2027. Dokumentem, którego realizacja wpłynie na zmiany w obszarze zdrowia (podobnie jak w latach poprzednich) będzie program regionalny Fundusze Europejskie Województwa Lubuskiego 2021-2027 (FEWL 21-27).

FEWL 21-27 jest programem dwufunduszowym, w ramach którego interwencja będzie realizowana ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Wsparcie programu obejmie działania zdefiniowane w 7 priorytetach³, z czego aż w 4 planowane jest wspieranie bezpośrednio lub pośrednio działań mających na celu poprawę zdrowia mieszkańców regionu. Wśród nich należy wymienić:

Priorytet *Nowoczesna gospodarka*, którego celem jest m. in. rozwijanie i wzmacnianie zdolności badawczych i innowacyjnych, wykorzystywanie zaawansowanych technologii oraz czerpanie korzyści z cyfryzacji dla obywateli, przedsiębiorstw, organizacji badawczych i instytucji publicznych, a także wzmacnianie trwałego wzrostu i konkurencyjności MŚP oraz tworzenie miejsc pracy w MŚP. Planowane rodzaje przedsięwzięć:

- wsparcie działalności badawczo-rozwojowej przedsiębiorstw,
- inwestycje w infrastrukturę B+R przedsiębiorstw,
- platformy e-usług publicznych,
- projekty wzmacniające bezpieczeństwo świadczenia e-usług lub systemów informatycznych, rozwój systemu usług w zakresie e-zdrowia,
- wdrażanie TIK w podmiotach leczniczych innych niż na poziomie krajowym,
- rozwój telemedycyny,
- poprawa dojrzałości cyfrowej placówek medycznych (infrastruktura IT, kompetencje cyfrowe oraz cyberbezpieczeństwo).

³ Według projektu programu FEWL 21-27 z dnia 5 października 2021 r.

Priorytet *Zielone lubuskie*, którego celem jest m. in. wspieranie efektywności energetycznej i redukcji emisji gazów cieplarnianych, wspieranie energii odnawialnej, przystosowania się do zmiany klimatu i zapobiegania ryzyku związanemu z klęskami żywiołowymi i katastrofami, dostępu do wody oraz zrównoważonej gospodarki wodnej, transformacji w kierunku gospodarki o obiegu zamkniętym i gospodarki zasobooszczędnej oraz ograniczanie wszelkich rodzajów zanieczyszczenia. Planowane rodzaje przedsięwzięć:

- poprawa efektywności energetycznej budynków użyteczności publicznej,
- budowa i rozbudowa odnawialnych źródeł energii,
- projekty z zakresu gospodarki odpadami komunalnymi,
- rozwijanie recyklingu odpadów (projekty w kierunku gospodarki zasobooszczędnej).

Priorytet *Infrastruktura społeczna*, którego celem jest m. in. poprawa równego dostępu do wysokiej jakości usług sprzyjających włączeniu społecznemu w zakresie kształcenia, szkoleń i uczenia się przez całe życie, poprzez rozwój łatwo dostępnej infrastruktury, wspieranie integracji społeczno-gospodarczej obywateli państw trzecich, zapewnianie równego dostępu do opieki zdrowotnej i wspieranie odporności systemów opieki zdrowotnej, w tym podstawowej opieki zdrowotnej oraz wspieranie przechodzenia od opieki instytucjonalnej do opieki rodzinnej i środowiskowej. Planowane rodzaje przedsięwzięć:

- rozwój infrastruktury społecznej,
- rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej, placówek prowadzonych przez inne podmioty zapewniających całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, prowadzącym opiekę długoterminową, paliatywną i hospicyjną,
- rozwój infrastruktury zdegradowanych budynków w celu ich adaptacji na mieszkania o charakterze wspomagającym,
- wsparcie infrastruktury podmiotów leczniczych.

Priorytet *Wsparcie obywateli*, którego celem jest m. in. poprawa zdolności i dostępu do zatrudnienia i działań aktywizujących dla wszystkich osób poszukujących pracy, wspieranie dostosowania pracowników, przedsiębiorstw i przedsiębiorców do zmian, wspieranie aktywnego i zdrowego starzenia się oraz zdrowego środowiska pracy, wspieranie równego dostępu do dobrej jakości, włączającego kształcenia i szkolenia, a także wspieranie aktywnego włączenia społecznego i zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym opieki zdrowotnej oraz zwiększenie skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej. Planowane rodzaje przedsięwzięć:

- zdrowy pracownik (badania profilaktyczne, badania na temat ergonomii miejsca pracy, programy rehabilitacji osób aktywnych zawodowo, programy aktywizacji fizycznej, wsparcie psychologiczne), w tym m.in. regionalne programy zdrowotne (profilaktyka chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu),
- działania wspierające rehabilitację umożliwiającą powrót do pracy,

- upowszechnienie idei uczenia się przez całe życie w celu zwiększenia uczestnictwa osób dorosłych w procesie kształcenia, dostosowanie oferty kształcenia do potrzeb i wymogów rynku,
- wsparcie aktywizacyjne osób i rodzin zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, osób w kryzysie bezdomności, rodzin adopcyjnych oraz osób biernych zawodowo,
- rozwój usług asystenckich wspierających aktywność społeczną, edukacyjną lub zawodową osób z niepełnosprawnościami,
- rozwój usług mieszkalnictwa o charakterze chronionym lub wspomaganim,
- rozwój usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych oraz usług zdrowotnych,
- wsparcie nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych,
- wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki medycznej, pieczy zastępczej, usługi wsparcia dla rodzin zastępczych oraz szkolenia kadr, wsparcie osób usamodzielnianych i opuszczających pieczę zastępczą oraz dzieci i młodzieży przebywających w różnego rodzaju instytucjach całodobowych,
- wdrażanie standardów dostępności w podmiotach leczniczych.

5) Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025⁴

Celem strategicznym NPZ jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu, a także podnoszenie świadomości na temat czynników determinujących zdrowie, kształtowanie środowisk (pracy, zamieszkania, wypoczynku) sprzyjających zdrowiu oraz dostarczanie narzędzi pozwalających dokonywać wyborów prozdrowotnych, które wydają się konieczne, aby minimalizować negatywne trendy odbijające się w przeciążeniu systemu ochrony zdrowia.

Ponadto w Programie zawarto cele operacyjne obejmujące pięć filarów:

1. **profilaktyka nadwagi i otyłości** – m.in.: kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym upowszechnianie koncepcji przedszkoli i szkół promujących zdrowie, propagowanie karmienia piersią, promowanie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród służb mundurowych, aktualizacja norm żywienia populacji czy też określenie norm żywienia w szpitalach.
2. **profilaktyka uzależnień** – m.in.: edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień, realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz z dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom; zwiększenie dostępności i podniesienie jakości specjalistycznej pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie; poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i ich rodzin, a także prowadzenie badań dotyczących uzależnień behawioralnych oraz monitorowanie i ewaluacja podejmowanych działań.
3. **promocja zdrowia psychicznego** – m.in.: realizacja projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych,

⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025

w tym programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej; podnoszenie kompetencji kadr medycznych i innych specjalistów uczestniczących w realizacji działań profilaktycznych na rzecz opieki psychiatrycznej oraz kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań.

4. **zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne** – m.in. działania edukacyjne dotyczące wpływu środowiska życia na zdrowie, monitorowanie zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w miejscu pracy oraz promocja szczepień, utrzymanie funkcjonalności portalu informacyjnego dotyczącego szczepień - działania promocyjne i popularyzacyjne dotyczące szczepień ochronnych.
5. **wyzwania demograficzne** – m.in.: kreowanie postaw prozdrowotnych oddziałujących na zdrowie prokreacyjne oraz podnoszenie kompetencji kadr medycznych w zakresie zdrowia prokreacyjnego; upowszechnianie rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece prekoncepcyjnej i okołoporodowej czy też wspieranie aktywności społecznej seniorów, a także poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych.

Ponadto dokumentami o charakterze implementacyjnym, w których zaplanowane są konkretne działania wpisujące się w realizację celów i kierunków interwencji dotyczących ochrony zdrowia zapisanych w strategiach, są przyjęte przez Rząd RP programy wieloletnie np. Narodowa Strategia Onkologiczna, Narodowy Program Zdrowia czy Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Założenia Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia 2030 mają na celu dostosowanie zapisów do dokumentów krajowych i regionalnych, które wskazują kierunki w zakresie ochrony zdrowia.

Na podstawie art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2021 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz.U. z 2021 r. poz. 1292), w grudniu 2021 r. Wojewoda Lubuski opublikował **Wojewódzki Plan Transformacji na lata 2022-2026 (WPT)**. WPT stanowi rekomendowane kierunki działań wskazanych w mapach potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Dokumentem nadrzędnym dla WPT jest **Krajowy Plan Transformacji na lata 2022-2026**, który powstał w ramach projektu pn. Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Celem KPT jest wzmocnienie zasobów i procesów ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej i na inwestycje w sektorze ochrony zdrowia, na poziomie krajowym i regionalnym, uwzględniając potrzeby zdrowotne mieszkańców.

LPOZ 2030 stanowi rozwinięcie Strategii Rozwoju Województwa Lubuskiego 2030, z tego względu oba dokumenty osadzone są w tej samej perspektywie czasowej. Założenia Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia są zbieżne z zapisami zawartymi w WPT i KPT, ale jednocześnie rozwijają obszary istotne dla działań Samorządu Województwa Lubuskiego.

3. Charakterystyka populacji

3.1 Ludność województwa lubuskiego

Według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. województwo lubuskie zamieszkiwało 1 007 145 osób, tj. o 4,4 tys. mniej niż przed rokiem, tym samym region zajmuje przedostatnie miejsce w kraju pod względem liczby ludności. Mieszkańcy Ziemi Lubuskiej stanowili 2,6% ogółu ludności Polski, a mniej liczne jest jedynie województwo opolskie. W miastach mieszkało 651,9 tys. osób, tj. 64,7% ogólnej liczby ludności województwa (w kraju – 59,9%).

W 2020 r. liczba kobiet wynosiła 517,3 tys., a mężczyzn 489,8 tys. Kobiety stanowiły 51,4% ogółu ludności (51,3% przed rokiem). Współczynnik feminizacji wyniósł 106, co oznacza, że na 100 mężczyzn przypadało 106 kobiet.

Tabela 1. Ludność województwa lubuskiego według miejsca zamieszkania i płci w latach 2010-2020

Wyszczególnienie	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
O g ó ł e m	1 023 215	1 018 075	1 017 376	1 016 832	1 014 548	1 011 592	1 007 145
Mężczyźni	498 374	495 674	495 111	494 930	493 848	492 166	489 806
Kobiety	524 841	522 401	522 265	521 902	520 700	519 426	517 339
Miasta	649 781	661 321	660 397	659 689	658 924	656 539	651 916
Wieś	373 434	356 754	356 979	357 143	355 624	355 053	355 229

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych.

U w a g a. Dane o liczbie ludności od 2010 roku zostały zbilansowane przy przyjęciu za bazę wyjściową wyników NSP 2011.

W porównaniu z innymi regionami ludność województwa lubuskiego jest demograficznie stosunkowo młoda, pomimo zwiększającego się corocznie wieku środkowego (mediany). W 2020 r. mediana wieku mieszkańców województwa wyznaczająca granicę wieku, którą połowa ludności już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła, zwiększyła się do 41,6 lat (z 37,4 lat w 2010 r.) i była dla kobiet o prawie 3 lata wyższa niż dla mężczyzn. Pod względem miejsca zamieszkania ludność w miastach jest starsza niż na wsi o 2,3 roku (kobiety o 3,4 roku, mężczyźni o 1,5 roku).

Rezultatem przemian demograficznych, przede wszystkim głębokiej depresji urodzeniowej z lat 90 ub. wieku oraz z początku tego stulecia, jest zmniejszenie się liczby dzieci (0-14 lat) oraz wzrost liczby osób starszych. W końcu 2020 r. udział dzieci i młodzieży w ogólnej liczbie ludności województwa wyniósł 15,2% (w 2000 r. – 19,7% i 2010 r. – 15,4%), a osób starszych w wieku 65 lat i więcej – 18,2% (w 2000 r. – 10,9% i 2010 r. – 11,7%).

Tabela 2. Ludność województwa lubuskiego według grup ekonomicznych w latach 2000, 2010, 2015, 2020 oraz prognoza na lata 2025, 2030, 2035^a

Wiek	2000	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Przedprodukcyjny	256819	195704	184524	182199	171064	154259	144391
Produkcyjny	619906	672779	642638	602205	578064	568340	547036
Poprodukcyjny	131747	154732	190913	222741	247911	257103	266457

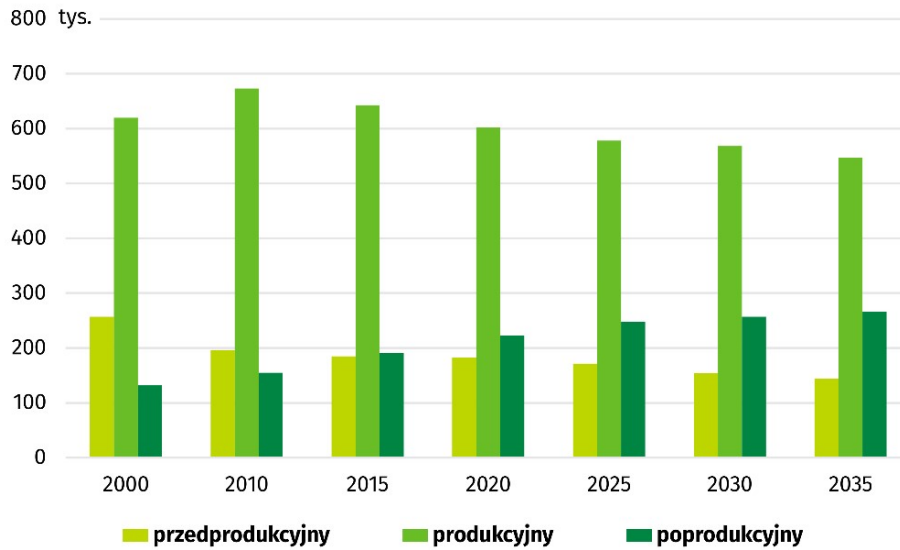
^a GUS, Prognoza ludności na lata 2014-2050, Warszawa 2014 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze

Województwo lubuskie na tle kraju wyróżnia młodsza struktura wieku ludności. Udział osób w wieku przedprodukcyjnym w 2020 r. wyniósł 18,1%, osoby w wieku produkcyjnym stanowiły 59,8%, a w wieku poprodukcyjnym – 22,1%; w kraju – odpowiednio 18,2%, 59,5% i 22,3%. Liczba osób

w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym wyniosła 67 i była niższa niż przeciętnie w kraju (68).

Wykres 1. Ludność województwa lubuskiego według grup ekonomicznych w latach 2000, 2010, 2015, 2020 oraz prognoza na lata 2025, 2030, 2035

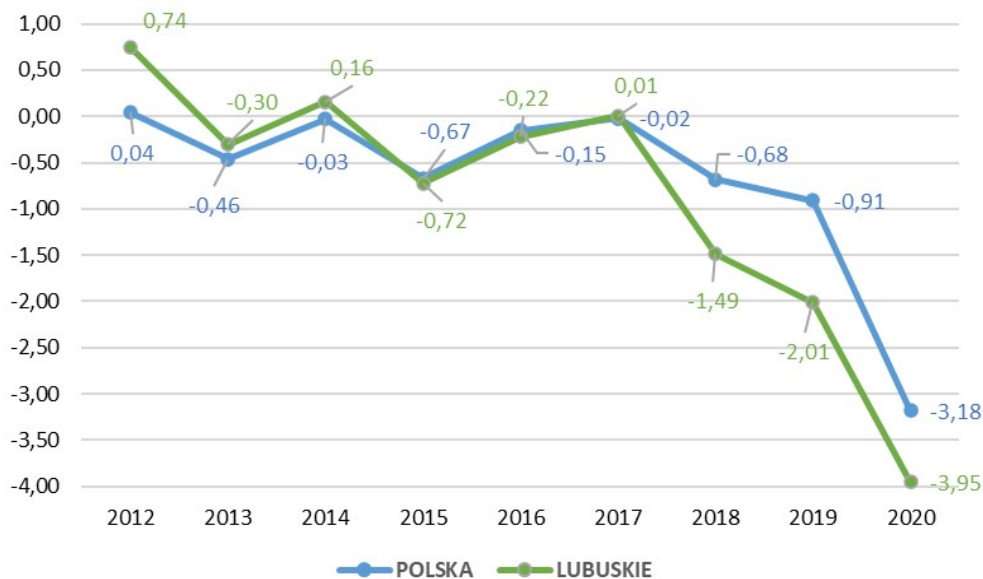


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze

3.2 Przyrost naturalny

W województwie lubuskim obserwuje się niekorzystne zmiany w zakresie przyrostu naturalnego, który szybko maleje. Jeszcze w 2010 r. przyrost naturalny kształtował się na poziomie 1,4 tys. osób, podczas gdy w 2017 r. oscylował już wokół zera. Kolejne lata charakteryzowały się ubytkiem naturalnym. W 2020 r. liczba urodzeń żywych była mniejsza od liczby zgonów o prawie 4,0 tys. Współczynnik przyrostu naturalnego (w przeliczeniu na 1000 ludności) wyniósł minus 4,0‰ i był dwa razy niższy niż w roku poprzednim. Na wsi wskaźnik ten osiągnął poziom minus 3,0‰, podczas gdy w miastach wyniósł minus 4,5‰.

Wykres 2. Przyrost naturalny na 1 tys. ludności w latach 2012-2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

W 2020 r. wszystkie powiaty zanotowały ujemny współczynnik przyrostu naturalnego, przy czym najniższy wystąpił w powiecie żagańskim (minus 6,5‰).

Tabela 3. Przyrost naturalny w powiatach na 1 tys. ludności w 2020 roku [w ‰]

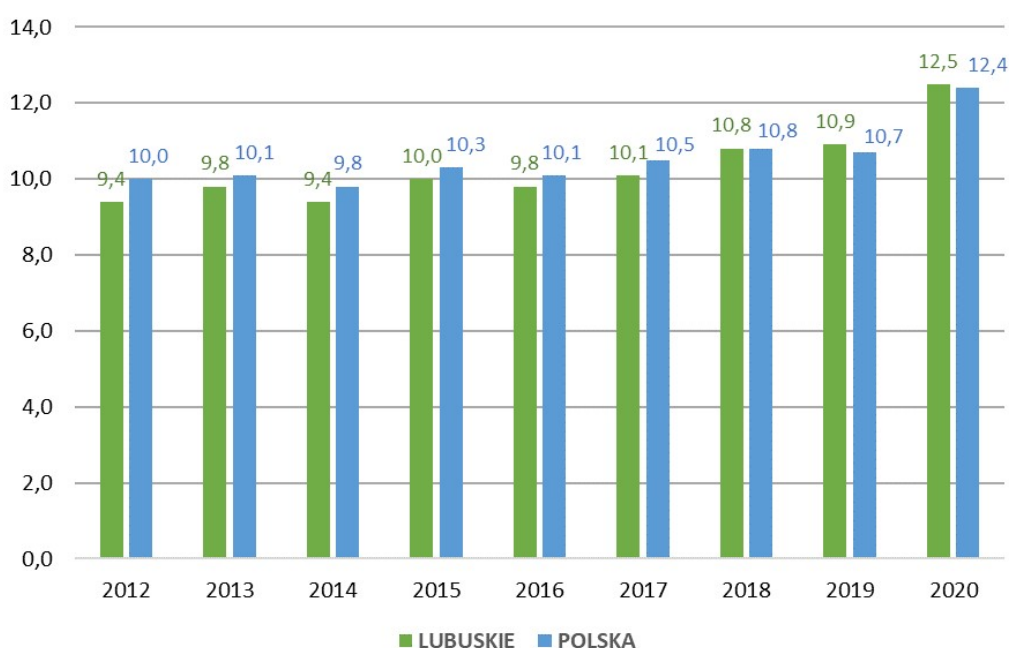
POWIATY	
Gorzowski	-2,15
Krośnieński	-3,80
Międzyrzecki	-5,44
Nowosolski	-4,62
Słubicki	-3,28
Strzelecko-drezdenecki	-4,44
Sulęciński	-4,10
Świebodziński	-3,48
Zielonogórski	-1,78
Żagański	-6,45
Żarski	-4,69
Wschowski	-2,19
m. Gorzów Wlkp.	-4,57
m. Zielona Góra	-3,33

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

3.3 Zgony

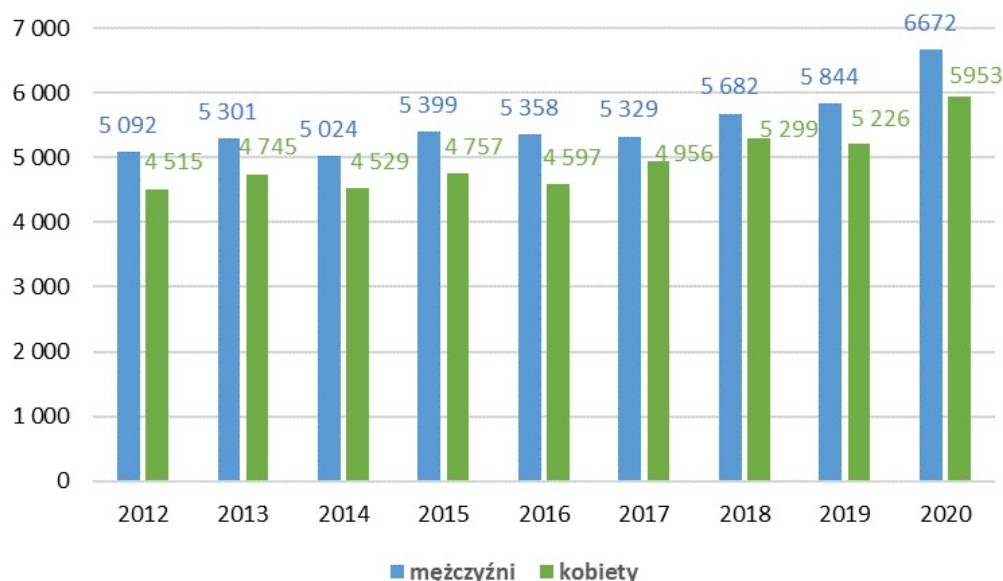
W 2020 r. w województwie lubuskim zmarło 12,6 tys. osób, tj. o ponad 1,5 tys. więcej niż w 2019 r. Współczynnik zgonów wyniósł 12,5‰ i był o 1,6 pkt. wyższy niż w roku poprzednim. Umieralność w miastach (12,9‰) była wyższa niż na wsi (11,8‰). W ogólnej liczbie osób zmarłych 53% stanowili mężczyźni (podobnie jak przed rokiem). Od 2017 r. w regionie obserwowany jest sukcesywny wzrost liczby zgonów.

Wykres 3. Zgony na 1 tys. ludności w latach 2012-2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

Wykres 4. Liczba zgonów w województwie lubuskim według płci w latach 2012-2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

Analiza zgonów według głównych przyczyn w poszczególnych województwach wskazuje, że podobnie jak w województwie lubuskim, we wszystkich regionach w strukturze zgonów przeważały choroby tzw. cywilizacyjne, w tym choroby układu krążenia i choroby nowotworowe. W 2019 r. stanowiły one niemal 59% wszystkich zgonów. Kolejnymi pod względem częstości były choroby układu oddechowego (5,2% ogółu zgonów) oraz urazy i zatrucia (5,0%). W 2019 r. wskaźnik śmiertelności z powodu chorób układu krążenia, w przeliczeniu na 100 tys. ludności, wyniósł 356 (w kraju – 421), natomiast dla chorób nowotworowych – 288 (w kraju – 283). Śmiertelność w wyniku chorób układu krążenia była wyższa wśród mężczyzn, w 2019 r. z tej przyczyny zmarło 386 mężczyzn i 328 kobiet, licząc na 100 tys. ludności danej płci. Również w przypadku zgonów spowodowanych nowotworami wskaźnik zgonów był wyższy wśród mężczyzn – 315, w przypadku kobiet wyniósł 263.

Tabela 4. Liczba zgonów w powiatach na 1 tys. ludności w latach 2016-2020 (‰)

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020
Województwo lubuskie	9,78	10,12	10,81	10,93	12,50
Powiaty:					
Gorzowski	8,85	9,03	10,54	9,92	10,58
Międzyrzecki	9,63	9,17	10,19	10,03	13,23
Słubicki	9,52	9,54	9,89	10,15	11,79
Strzelecko-drezdenecki	10,73	11,05	11,67	11,72	12,59
Sulęciński	11,34	10,88	11,40	11,18	13,61
Miasto na prawach powiatu: Gorzów Wlkp.	9,57	9,95	11,23	11,89	13,10
Powiaty:					
Krośnieński	9,70	10,53	10,55	11,40	11,57
Nowosolski	10,14	10,41	11,05	11,10	13,10
Świebodziński	9,27	10,68	11,04	10,69	12,70
Wschowski	8,94	9,23	10,35	10,75	10,75
Zielonogórski	9,02	10,15	9,51	10,02	11,24
Żagański	11,54	11,42	12,29	12,11	14,42
Żarski	10,47	10,40	11,95	11,57	13,07
Miasto na prawach powiatu: Zielona Góra	9,04	9,59	9,78	10,12	12,19

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

W 2020 r. najwyższy poziom zgonów odnotowano w powiecie żagańskim (14,4‰) i sulęcińskim (13,6‰), natomiast najniższy był w powiatach: gorzowskim (10,6‰), wschowskim (10,8‰) i zielonogórskim (11,2‰).

Tabela 5. Wybrane przyczyny zgonów w województwie lubuskim w latach 2015-2019

Wyszczególnienie	2015	2016	2017	2018	2019
	w %				
Choroby układu krążenia ogółem	43,7	40,3	39,6	37,2	32,6
Nowotwory ogółem	25,8	27,5	27,5	25,6	26,4
Choroby układu oddechowego ogółem	3,8	4,9	4,8	5,7	5,2
Samobójstwa	2,3	1,5	1,4	1,2	1,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

Tabela 6. Zgony według przyczyn w województwie lubuskim w latach 2017-2019

Wyszczególnienie	2017			2018			2019		
	męż- czyźni	ko- biety	razem	męż- czyźni	ko- biety	razem	męż- czyźni	ko- biety	razem
Choroby zakaźne i pasożytnicze	24	15	39	24	9	33	19	14	33
Nowotwory	1552	1278	2830	1514	1301	2815	1551	1369	2920
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	1	4	5	3	7	10	2	4	6
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	116	165	281	119	186	305	148	179	327
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	46	10	56	54	8	62	59	9	68
Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów	55	89	144	61	91	152	80	93	173
Choroby układu krążenia	1920	2149	4069	2018	2068	4086	1901	1704	3605
Choroby układu oddechowego	263	228	491	328	301	629	326	254	580
Choroby układu trawiennego	256	150	406	278	169	447	315	193	508
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	4	18	22	3	15	18	3	13	16
Choroby układu moczowo-płciowego	52	61	113	60	72	132	61	79	140
Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	16	9	25	9	6	15	8	8	16
Wady rozwojowe wrodzone	15	10	25	15	11	26	7	9	16
Objawy i stany niedokładnie określone	610	631	1241	787	933	1720	939	1147	2086
Urazy i zatrucia według zewnętrznej przyczyny	391	134	525	400	111	511	415	134	549

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

3.4 Prognoza zmian stanów ludności w województwie lubuskim

Wyniki opracowanej przez GUS w roku 2014 prognozy ludności na lata 2014-2050 wskazują, że w nadchodzących latach nastąpi przyspieszenie procesu starzenia się ludności. Pogorszy się znacznie relacja osób w wieku produkcyjnym do osób w wieku poprodukcyjnym. W 2020 r. ponad 2,7 osoby w wieku aktywności zawodowej przypadały na 1 osobę w wieku 60/65 lat i więcej, w 2035 r. będą to już około 2 osoby, a w 2050 r. – 1,3.

Tabela 7. Prognoza liczby ludności (w tysiącach)

Wyszczególnienie	2020 ^a	2025	2030	2035	2040	2050
O g ó ł e m	1007,1	997,0	979,7	957,9	932,7	878,6
Mężczyźni	489,8	491,8	485,1	476,2	465,9	445,0
Kobiety	517,3	505,2	494,6	481,7	466,7	433,7
Miasta	651,9	615,1	597,9	578,5	557,6	514,8
Mężczyźni	311,8	299,9	293,4	285,9	277,9	261,9
Kobiety	340,1	315,2	304,4	292,6	279,7	252,9
Wieś	355,2	381,9	381,8	379,4	375,1	363,9
Mężczyźni	178,0	191,9	191,7	190,3	188,0	183,1
Kobiety	177,2	190,0	190,1	189,1	187,0	180,8

^a Dane rzeczywiste.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

Obserwowane przemiany demograficzne wskazują, że obecna sytuacja ludnościowa województwa lubuskiego nie gwarantuje stabilnego rozwoju demograficznego. Zmniejszająca się liczba urodzeń i wzrastająca liczba zgonów skutkują stopniowym spadkiem liczby mieszkańców. Zdecydowanie mniejsza w przyszłości liczba kobiet w wieku rozrodczym będzie miała negatywny wpływ na przyszłą liczbę urodzeń.

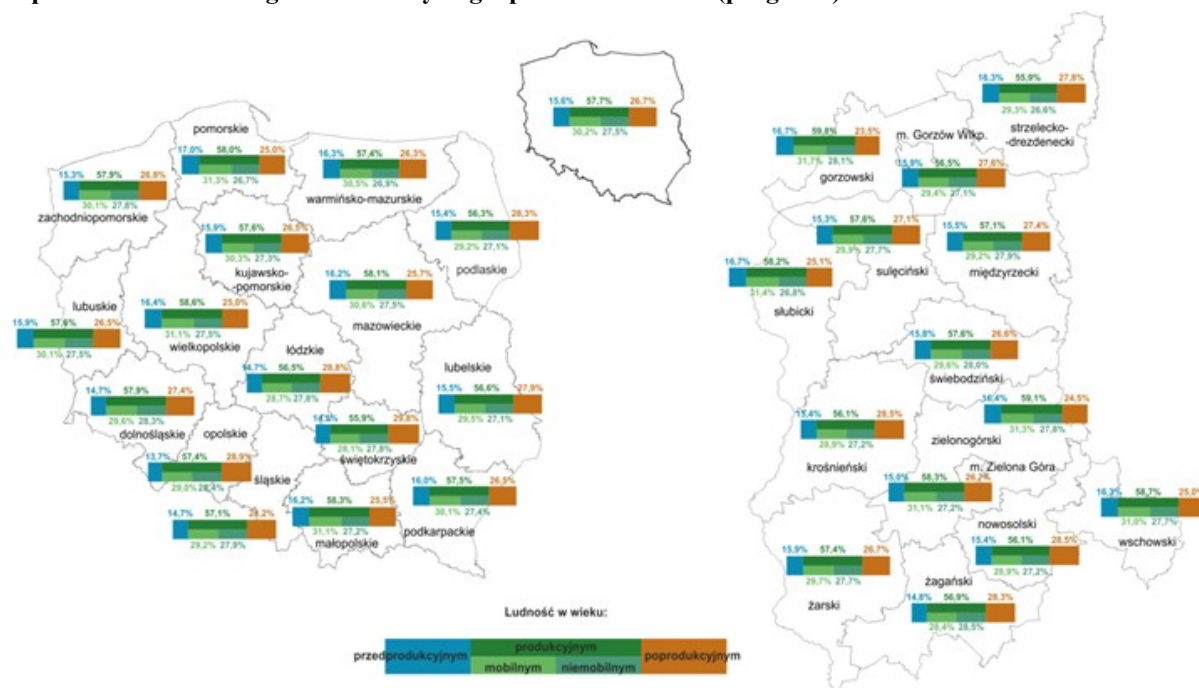
Tabela 8. Prognoza zmian stanów ludności^a w województwie lubuskim

Wyszczególnienie	2025	2030	2035	2040	2050
O g ó ł e m	-12 786	-17 337	-21 818	-25 213	-27 196
0-2	-2 124	-2 045	-972	-303	-1 212
3-6	-1 917	-3 004	-2 251	-915	-946
7-12	-9 396	-2 998	-4 281	-3 351	-564
13-15	194	-4 288	-1 323	-2 266	-612
16-18	6 592	-5 278	-2 308	-1 732	-1 164
18	1 815	-808	-1 267	-464	-459
19-24	-4 520	8 199	-8 001	-4 446	-4 027
0-17	-8 466	-16 805	-9 868	-8 103	-4 039
18-59/64	-26 463	-9 724	-21 304	-33 832	-40 107
18-44	-36 467	-33 067	-27 762	-18 843	-9 632
45-59/64	10 004	23 343	6 458	-14 989	-30 475
60+/65+	22 143	9 192	9 354	16 722	16 950
0-14	-14 181	-10 735	-8 388	-6 093	-3 079
15-59	-13 266	-14 221	-29 115	-41 493	-35 516
60+	14 661	7 619	15 685	22 373	11 399
15-64	-29 965	-18 504	-17 555	-31 071	-47 269
65+	31 360	11 902	4 125	11 951	23 152
75+	22 070	26 710	20 763	3 472	9 572
80+	-712	17 606	20 004	14 203	-1 098
85+	1 273	-291	12 242	12 864	-413
15-49 ^b	-11 406	-19 201	-21 760	-16 000	-7 624

^a W liczbach bezwzględnych, w stosunku do poprzedniego okresu. ^b Zmiany dotyczą wyłącznie liczby kobiet

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

Mapa 1. Ludność według ekonomicznych grup wieku w 2035 r. (prognoza)



Ekonomiczne grupy wieku:

wiek przedprodukcyjny — mężczyźni i kobiety w wieku 0—17 lat,

wiek produkcyjny — mężczyźni w wieku 18—64 lata, kobiety w wieku 18—59 lat;

wiek mobilny (18—44 lata mężczyźni i kobiety),

wiek niemobilny (45—64 lata mężczyźni i 45—59 lat kobiety),

wiek poprodukcyjny — mężczyźni w wieku 65 lat i więcej oraz kobiety — 60 lat i więcej.

Źródło: Lubuski Ośrodek Badań Regionalnych, Urząd Statystyczny w Zielonej Górze

3.5 Sytuacja zdrowotna

3.5.1 Chorobowość i zachorowalność

W latach 2016-2019 spadła chorobowość dzieci i młodzieży w województwie lubuskim. W 2019 r. liczba dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat, objętych czynną opieką lekarską, zmniejszyła się względem 2016 r. o 4 200 osób (o 10,42 %). Chorobowość w przeliczeniu na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ zmniejszyła się w analizowanym okresie o 13,14 %.

Tabela 9. Chorobowość dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w województwie lubuskim w latach 2012-2019 - wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ*

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w dniu 31 XII	40 306	37 610	36 579	36 106
Chorobowość na 10 tys. mieszkańców	2129,84	1966,36	1916,00	1849,99

*osoby wykazane tylko raz bez względu na liczbę schorzeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

Tabela 10. Struktura chorobowości dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w województwie lubuskim w latach 2016-2019 - wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ*

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Nowotwory (C00-C97, D00-D48)	19,71	20,97	21,21	22,12
Niedokrwistość (D50-D59)	129,67	107,23	112,09	123,62
Choroby tarczycy (E00-E07)	73,71	74,24	77,63	76,76
Cukrzyca (E10-E14)	21,45	21,23	23,31	21,00
Niedożywienie (E40-E46)	22,51	19,55	15,14	17,31

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Otyłość (E65-E68)	220,14	212,48	211,82	210,06
Zaburzenia odżywiania (F50)	4,70	5,70	5,24	4,35
Upośledzenie umysłowe (F70-F79)	41,90	40,62	37,14	34,82
Padaczka (G40)	50,73	46,48	44,00	44,45
Dziecięce porażenie mózgowie (G80)	21,67	20,65	20,59	18,79
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka (H52)	454,97	402,63	406,47	399,39
Choroba nadciśnieniowa (I10-I15)	27,58	24,00	28,44	24,94
Alergie				
Dychawica oskrzelowa (J45)	267,87	276,73	270,07	265,93
Pokarmowe (K52.2)	123,02	122,45	117,85	112,10
Skórne (L27.2)	127,82	133,64	127,07	117,32
Zniekształcenia kręgosłupa (M40-M41)	339,46	299,11	269,34	259,89
Choroby układu moczowego (N00-N23)	71,86	65,41	65,68	63,60
Wady rozwojowe				
Układu nerwowego (Q00-Q07)	16,43	14,64	12,36	10,81
Układu krążenia (Q20-Q28)	56,06	51,60	52,01	48,80
Narządów płciowych (Q50-Q56)	13,63	12,34	11,42	11,22
Aberracje chromosomowe (Q90-Q99)	9,41	9,41	9,17	8,71
Inne	26,79	27,19	23,79	25,45
Zaburzenia rozwoju, w tym:	137,34	121,09	115,34	115,73
Fizycznego (R62.8)	84,07	75,08	72,13	67,80
Psychomotorycznego (R62.0)	45,71	37,38	37,08	37,02
Trwałe uszkodzenia narządu ruchu (R26.2)	14,00	11,03	10,11	9,27
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagającymi opieki czynnej	159,05	155,91	135,56	148,36

* Wskaźnik. liczony na liczbę dzieci młodzieży będących pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wg stanu na dzień 31.12.2016 - 31.12.2019 r., zgodnie ze złożonymi deklaracjami

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. (na podstawie sprawozdania MZ-11 za lata 2016 - 2019)

W latach 2016-2019 chorobowość dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat wzrosła tylko w 2 kategoriach. Wzrost liczby chorych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców nastąpił w następujących kategoriach:

1. nowotwory – wzrost o 12,23 %,
2. choroby tarczycy – wzrost o 4,14 %.

W przypadku niedokrwiłości w 2017 r. nastąpił na krótko spadek liczby chorych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców aż o 17,31%, po czym w latach kolejnych, 2018 i 2019 roku, doszło do jej znacznego wzrostu (aż o 15,29 % w 2019 r. względem 2017 r.).

Najwyższy spadek chorobowości zanotowano w przypadku:

1. wad rozwojowych układu nerwowego – spadek o 34,21 %,
2. trwałego uszkodzenia narządu ruchu – spadek o 33,79 %,
3. zniekształcenia kręgosłupa – spadek o 23,44 %,
4. niedożywienia – spadek o 23,1 %.

Tabela 11. Zachorowalność dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat zakwalifikowanych do opieki czynnej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2016-2019 (wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ)

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Osoby zakwalifikowane do opieki czynnej przez lekarzy poz w roku sprawozdawczym	6 213	5 458	5 217	5 785
Zachorowalność na 10 tys. osób	328,31	285,36	273,27	296,25

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

W latach 2016-2018 zachorowalność w grupie dzieci i młodzieży w przeliczeniu na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ zmniejszyła się o 55 osób. Natomiast liczba osób zakwalifikowanych do opieki lekarskiej zmalała o 996 osób. Natomiast w 2019 roku nastąpił wzrost zarówno zachorowalności jak i liczby osób objętych opieką lekarską względem roku poprzedniego. W analizowanym okresie odnotowano zwiększoną liczbę dzieci i młodzieży odpowiednio o 23 i 568 osób.

Tabela 12. Struktura zachorowalności dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza poz) w Lubuskiem w latach 2016-2019 – wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Nowotwory (C00-C97, D00-D48)	6,92	3,71	4,19	4,81
Niedokrwistość (D50-D59)	30,07	30,06	25,25	29,04
Choroby tarczycy (E00-E07)	13,16	12,76	13,36	16,03
Cukrzyca (E10-E14)	3,70	2,98	3,98	3,53
Niedożywienie (E40-E46)	3,01	2,82	2,78	3,07
Otyłość (E65-E68)	38,10	33,04	30,01	33,39
Zaburzenia odżywiania (F50)	2,06	1,52	1,68	1,13
Upośledzenie umysłowe (F70-F79)	4,12	4,13	3,82	4,51
Padaczka (G40)	7,13	4,65	5,60	5,68
Dziecięce porażenie mózgowie (G80)	1,22	1,36	1,68	1,69
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka (H52)	51,05	46,32	47,77	46,60
Choroba nadciśnieniowa (I10-I15)	6,18	4,91	6,39	4,97
Alergie				
Dychawica oskrzelowa (J45)	36,09	30,85	29,28	33,90
Pokarmowe (K52.2)	23,46	22,17	21,42	20,13
Skórne (L27.2)	26,10	22,59	19,43	17,10
Zniekształcenia kręgosłupa (M40-M41)	40,05	37,28	31,53	35,18
Choroby układu moczowego (N00-N23)	11,52	9,25	10,90	11,57
Wady rozwojowe				
Układu nerwowego (Q00-Q07)	2,01	1,62	1,62	1,08
Układu krążenia (Q20-Q28)	7,56	7,22	6,86	6,20
Narządów płciowych (Q50-Q56)	1,80	2,20	1,31	1,95
Aberracje chromosomowe (Q90-Q99)	0,79	1,57	1,62	0,97
Inne	3,59	4,71	3,56	3,89
Zaburzenia rozwoju, w tym:	19,76	12,86	18,80	17,57
Fizycznego (R62.8)	10,89	6,38	9,59	8,55
Psychomotorycznego (R62.0)	7,50	4,55	7,33	6,45
Trwałe uszkodzenia narządu ruchu	0,95	0,68	0,68	0,92
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagającymi opieki czynnej	20,71	19,66	14,93	32,93

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

W latach 2016-2019 zachorowalność dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat wzrosła w 9, a spadła w 18 kategoriach. W analizowanym okresie najbardziej wzrosła zachorowalność dzieci i młodzieży w następujących kategoriach:

1. pacjenci z innymi schorzeniami wymagającymi opieki czynnej – wzrost o 59,01%,
2. dziecięce porażenie mózgowie – wzrost o 38,53%,
3. aberracje chromosomowe – wzrost o 22,79%,
4. choroby tarczycy – wzrost o 21,81 %.

Najwyższy spadek zanotowano w przypadku:

1. wad rozwojowych układu nerwowego – spadek o 46,27 %,
2. zaburzeń odżywiania – spadek o 45,15 %,
3. alergii skórnych – spadek o 34,48 %,
4. nowotworów – spadek o 30,49 %.

Tabela 13. Chorobowość osób w wieku 19 lat i więcej (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2016-2019 (wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ)

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w dniu 31 XII	356 540	363 751	346 042	366 264
Chorobowość na 10 tys. osób	4 780,77	4 850,99	4 592,53	4 875,43

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

Sytuacja zdrowotna osób w wieku 19 lat i więcej nie była zadowalająca. W latach 2016-2019 liczba osób objętych czynną opieką lekarską zwiększyła się o 9 724 osoby, czyli 2,73 %. W analizowanym okresie chorobowość wzrosła o 94,66 osób na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ tj. 1,98 %. Niepokojącym jest fakt, iż na koniec 2019 r. 48,75 % osób w wieku 19 lat i więcej objętych było czynną opieką lekarską.

Tabela 14. Struktura chorobowości osób w wieku 19 lat i więcej (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2016-2019 – wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Gruźlica (A15-A19, B90)	1,76	1,73	1,55	1,97
Nowotwory (C00-C97, D00-D48)	164,91	165,25	173,69	192,64
Choroby tarczycy (E00-E07)	321,54	313,89	312,21	336,75
Cukrzyca (E10-E14)	566,31	550,06	516,46	546,63
w tym leczeni insuliną	197,04	166,79	141,97	147,62
Niedokrwistość (D50-D64)	139,89	127,01	121,59	132,77
Choroby obwodowego układu nerwowego (G50-G59)	639,32	563,97	533,81	559,95
Choroby układu krążenia (I00-I99) w tym:	2446,54	2413,25	2307,15	2426,31
przewlekła choroba reumatyczna (I05-I09)	9,19	8,17	7,78	7,40
choroba nadciśnieniowa (I10-I15)	1830,47	1818,50	1724,67	1824,07
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	144,94	144,32	132,84	139,99
niedokrwienność serca (I20-I25)	380,39	367,62	348,72	354,45
przebyte zawał serca (I25,2)	83,91	75,86	74,47	71,67
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa (J40-J47)	278,71	282,00	274,22	285,98
Przewlekłe choroby układu trawiennego (K25-K93)	597,74	623,45	654,81	638,02
Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (M00-M99)	1220,16	1289,97	1364,02	1420,97
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagającymi opieki czynnej	131,12	146,06	148,12	146,81

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

W latach 2016-2019 chorobowość osób w wieku 19 lat i więcej wzrosła w 7 a spadła w 10 kategoriach. W tej kategorii wiekowej najbardziej wzrosła liczba osób chorych na:

1. nowotwory – wzrost o 16,82 %,
2. choroby układu mięśniowo – kostnego i tkanki łącznej – wzrost o 16,46 %.

Największy spadek natomiast nastąpił w przypadku cukrzycy (spadek o 25,08%) oraz przewlekłej chorobie reumatycznej (spadek o 19,48%).

Tabela 15. Zachorowalność osób w wieku 19 lat i więcej zakwalifikowanych do opieki czynnej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2016-2019 (wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ)

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Osoby zakwalifikowane do opieki czynnej przez lekarzy poz w roku sprawozdawczym	40 315	38 962	33 897	40 370
Zachorowalność na 10 tys. osób	540,57	519,60	449,87	537,37

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

W 2019 roku zachorowalność osób w wieku 19 lat i więcej nieznacznie wzrosła względem 2016 roku (jedynie o 0,14%), jednakże w porównaniu do 2018 roku odnotowano o 6 473 zachorowań więcej (wzrost o 19,1%). Wskaźnik zachorowalności w przeliczeniu na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ zmniejszył się o 3,8 osób.

Tabela 16. Struktura zachorowalności osób w wieku 19 lat i więcej (osoby zakwalifikowane do opieki czynnej) w latach 2016-2019 – wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Gruźlica (A15-A19, B90)	0,58	0,64	0,45	0,81
Nowotwory (C00-C97, D00-D48)	29,79	30,78	29,30	37,47
Choroby tarczycy (E00-E07)	40,78	35,45	35,28	44,33
Cukrzyca (E10-E14)	51,82	49,48	47,91	55,28
w tym leczeni insuliną	12,83	10,78	9,48	12,90
Niedokrwistość (D50-D64)	21,88	21,27	16,71	21,90
Choroby obwodowego układu nerwowego (G50-G59)	69,51	56,22	49,87	59,57
Choroby układu krążenia (I00-I99) w tym:	195,43	187,08	170,53	202,96
przewlekła choroba reumatyczna (I05-I09)	1,17	1,37	1,42	1,01
choroba nadciśnieniowa (I10-I15)	132,40	121,56	107,01	129,65
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	16,13	17,99	15,21	19,82
niedokrwienna choroba serca (I20-I25)	33,32	34,65	28,03	33,03
przebyty zawał serca (I25,2)	10,27	9,62	8,32	8,83
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa (J40-J47)	28,31	29,58	24,31	29,56
Przewlekłe choroby układu trawiennego (K25-K93)	67,16	71,95	65,55	73,80
Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (M00-M99)	119,14	118,25	107,08	141,50
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagającymi opieki czynnej	13,96	14,52	17,40	35,59

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

W latach 2016-2019 zachorowalność osób w wieku 19 lat i więcej wzrosła w 12, a spadła w 5 kategoriach. Najbardziej zwiększyła się zachorowalność na inne schorzenia wymagające opieki czynnej (wzrost o 154,94 %), na gruźlicę (wzrost o 39,66 %) oraz nowotwory (wzrost o 25,78%).

W analizowanym okresie największy spadek zachorowalności odnotowano w przypadku chorób obwodowego układu nerwowego (o 14,30 %), przebytego zawału serca (o 14,02 %) oraz przewlekłej choroby reumatycznej (o 13,68 %).

Zachorowalność w województwie lubuskim nie odbiega znacząco od zachorowalności, jaką można zaobserwować w kraju. Jak wskazane zostało w dokumencie „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” chorobami najbardziej zagrażającymi życiu mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe, które w 2019 r. przyczyniły się odpowiednio do 21 i 19 procent

zgonów. Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat (1999-2019) liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia zmalała o 3,6%, natomiast w przypadku w przypadku nowotworów wzrosła o ponad 26%⁵.

Dodatkowo należy mieć na względzie, że powyższe dane obejmują okres przed wybuchem epidemii COVID-19. Bez wątpienia epidemia przyczyniła się do znacznych zmian w wykrywalności chorób we wszystkich przedziałach wiekowych. Dlatego też – prognozując zmiany w ochronie zdrowia, warto dodatkowo wziąć pod uwagę czynniki związane z masowym występowaniem chorób zakaźnych.

3.5.2 Choroby zawodowe

Choroba zawodowa to taka, która bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem została spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy lub w wyniku sposobu wykonywania pracy. Wykaz chorób zawodowych określa Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2013 r. 1367, t.j.).

Statystyka chorób zawodowych niestety nie odzwierciedla aktualnego narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku pracy. W Polsce, jak i w innych krajach, prowadzi się jedynie statystykę stwierdzonych chorób zawodowych, natomiast rzeczywista liczba chorujących nie jest znana. Niektóre choroby (np. pylice płuc, nowotwory zawodowe) mogą ujawnić się nawet po upływie wielu lat od zaprzestania pracy w narażeniu. Ponadto pod wpływem zagrożeń zawodowych, schorzenia o wieloczynnikowej etiologii mogą ulegać różnym niekorzystnym modyfikacjom.

Przy analizie chorób zawodowych należy zwrócić uwagę na środowisko, w którym zachorowania występują. Obecna opieka medyczna obejmuje tylko osoby zatrudnione przez pracodawcę, natomiast brak jest opieki profilaktycznej i ustawowego nadzoru u osób samozatrudniających się oraz rolników.

Tabela 17. Choroby zawodowe w województwie lubuskim w latach 2017-2020

Wyszczególnienie	2017	2018	2019	2020
OGÓLEM	70	69	67	46
Astma oskrzelowa	1	-	3	2
Pylice płuc	2	3	-	-
Alergiczny nieżyt nosa	-	1	2	-
Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat	10	8	8	14
Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi	1	2	-	1
Choroby skóry	4	2	3	1
Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy	6	7	9	6
Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy	9	9	10	3
Zespół wibracyjny	1	2	-	-

⁵ „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”.

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo - nerwowego spowodowany hałasem, wyrażony podwyższeniem progu słuchu o wielkości co najmniej 45 dB w uchu lepiej słyszającym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1,2 i 3 kHz	1	1	1	2
Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa, w tym:	35	34	31	17
1. wirusowe zapalenie wątroby typu B	2	-	-	-
2. wirusowe zapalenie wątroby typu C	1	-	-	-
3. borelioza	31	33	31	17
4. inne (w tym gruźlica)	1	1	-	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów WSSE w Gorzowie Wlkp.

W latach 2017-2020 zaobserwowano sukcesywny spadek zachorowań na choroby zawodowe. W 2020 roku jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej działające na terenie województwa lubuskiego przeprowadziły 71 postępowań w zakresie występowania chorób zawodowych u pracowników i byłych pracowników lubuskich firm i instytucji.

Na podstawie dokumentacji medycznej służby sanitarne potwierdziły 46 przypadków utraty zdrowia w pracy decyzje prawomocne według stanu na 31 grudnia 2020 r.). Jest to o 24, 23 i 21 mniej zachorowań niż odpowiednio w latach 2017-2019. Jeśli chodzi o decyzje o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej, to w 2020 r. było ich 25 .

Najczęstsze przypadki chorób zawodowych to choroby zakaźne lub pasożytnicze, przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat, przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy obustronny oraz przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy.

Podstawowe obowiązki i uprawnienia pracodawców oraz pracowników w zakresie zapobiegania chorobom zawodowym zostały określone w Kodeksie pracy i przepisach wykonawczych do Kodeksu pracy. Warto podkreślić, że w rozwoju niektórych chorób zawodowych winę nie zawsze ponosi pracodawca, lecz może to być np. indywidualna wrażliwość osobnicza oraz współdziałanie pozazawodowych czynników ryzyka zdrowotnego z zagrożeniami w środowisku pracy (np. nałóg palenia tytoniu, przebyte choroby, urazy, dodatkowa praca, hobby).

Ważnymi elementami profilaktyki chorób zawodowych są systematycznie przeprowadzane badania okresowe i kontrolne. Pozwalają one na wczesne wykrycie źródeł szkodliwych czynników środowiska pracy oraz właściwy i racjonalny dobór kandydatów do pracy, która może stwarzać zagrożenie zdrowotne.

Coraz większego znaczenia nabiera również właściwe przygotowanie młodzieży do życia społecznego i pracy zawodowej (w tym organizowanie poradni wychowawczo-zawodowych), gdyż w ślad za rozwojem nowych gałęzi gospodarki idą nowe zagrożenia w środowisku pracy.

3.5.3 Zdrowie psychiczne

Dane epidemiologiczne wskazują stały wzrost zachorowań na choroby psychiczne. Na całym świecie z powodu zaburzeń psychicznych cierpi ponad 450 mln ludzi, a w naszym kraju 8 milionów obywateli czyli co czwarty z nas. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zaburzenia psychiczne i behawioralne stanowią ok. 20% wszystkich stanów chorobowych w Europie.

Według danych prognostycznych WHO, do 2030 roku zaburzenia psychiczne stanowiąć będą ok. 15% wszystkich chorób. Natomiast depresja, zajmie drugie miejsce na liście najpoważniejszych problemów zdrowotnych (liczba zachorowań), zaraz po chorobach układu krążenia (obecnie jest na czwartym miejscu).⁶ Polska zajmuje niechlubne 2. miejsce w Europie pod względem samobójstw dzieci i młodzieży. Pandemia znacznie pogorszyła stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Nauka zdalna, to niestety wykluczenie z życia społecznego. Depresja, zagubienie, stres występują teraz z olbrzymim nasileniem.

Jest to wyjątkowo niepokojący trend i konieczność działania w tej sferze ochrony zdrowia ze względu na fakt, iż koszty społeczno-ekonomiczne złego stanu zdrowia psychicznego są bardzo wysokie, nie tylko dla jednostki nim dotkniętej, ale także dla całej społeczności, w której funkcjonuje. Taka sytuacja wymaga podjęcia szeroko zakrojonych wielosektorowych działań poprawiających funkcjonowanie i dostępność (równość w dostępie) różnorodnych form opieki zdrowotnej i pomocy społecznej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.

Działania w obszarze opieki psychiatrycznej w województwie lubuskim powinny być zgodne z zapisami obowiązującego *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022*. Według Programu niezbędnym kierunkiem zmian jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb, co ma być realizowane poprzez szereg działań takich jak: upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, dostępność do różnych form pomocy i oparcia społecznego, możliwość skorzystania z różnych form aktywizacji zawodowej oraz koordynacja dostępnych form opieki i pomocy.

Zarząd Województwa Lubuskiego Uchwałą Nr 159/2100/20 z dnia 29 grudnia 2020 roku przyjął *Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2021-2022*, którego podstawę opracowania stanowiło rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U.2017.458).

Zasadniczym celem opracowania RPOZP jest wyznaczenie kierunków rozwoju leczenia psychiatrycznego w województwie lubuskim uwzględniające sytuację demograficzną, epidemiologiczną oraz posiadane zasoby w zakresie wyspecjalizowanej kadry medycznej, bazy lokalowej i diagnostycznej oraz nakładów na leczenie zarówno w odniesieniu do osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży.

W Regionalnym Programie wyróżniono cztery grupy organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej: dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych oraz dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Według założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego każda z grup powinna udzielać świadczeń w trybie stacjonarnym, dziennym oraz ambulatoryjnym.

⁶ WHO Mental Health [who.int; dostęp 16.07.2018 r.]

Priorytetem dla opieki psychiatrycznej województwa lubuskiego jest rozwijanie leczenia ambulatoryjnego i opieki środowiskowej na rzecz leczenia stacjonarnego. Należałoby zadbać o zwiększenie i równomierne rozmieszczenie Zespołów Leczenia Środowiskowego oraz Poradni Psychologicznych. Nagłącą potrzebą województwa lubuskiego jest również pozyskanie specjalistycznej kadry świadczącej usługi psychiatryczne, w szczególności w zakresie psychiatrii dziecięcej. Problemem jest niedobór aktywnie pracującej kadry psychiatrycznej i psychologicznej oraz brak hosteli dla osób dorosłych i dzieci i młodzieży.

W ramach *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017 – 2022* wdrożony został pilotażowy program psychiatrii środowiskowej. W całej Polsce powstają centra zdrowia psychicznego. W połowie 2018 roku uruchomiono w kraju 27 CZP.

W województwie lubuskim funkcjonują dwa centra zdrowia psychicznego: w Gorzowie Wlkp. przy Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim i w Międzyrzeczu przy Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych. Docelowo, biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców regionu, mają powstać jeszcze trzy centra (Zielonogórskie, Krośnice - Świebodzińskie, Żarskie), co pozwoli na zapewnienie ciągłości opieki w środowisku pacjenta.

„Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży”

Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży obejmuje swoim zasięgiem Powiat Zielonogórski i Miasto Zielona Góra i jest skierowany do dzieci i młodzieży przed ukończeniem 18tego roku życia. Głównym celem projektu jest zwiększenie dostępu do wielospecjalistycznej, skoordynowanej opieki psychiatrycznej dla 2 600 dzieci i młodzieży oraz ich rodzin lub opiekunów – 3 129 osób – poprzez skalowanie innowacji społecznej i wdrożenie Modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży z wykorzystaniem potencjału sieci lokalnych podmiotów. Centrum będzie działało do 2023 roku.

Środowiskowe CZP dla Dzieci i Młodzieży utworzone zostało przez SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze wraz z partnerem, Urzędem Marszałkowskim Województwa Lubuskiego. Zespół pracujący nad wdrożeniem projektu łączy w swoim działaniu trzy funkcje – leczenie/poradnictwo wraz ze wsparciem społecznym, koordynację międzysektorową oraz profilaktykę i edukację.

3.5.4 Opieka nad matką i dzieckiem

Poprzez pojęcie opieki nad matką i dzieckiem rozumie się opiekę medyczną nad kobietą ciężarną, opiekę okołoporodową nad matką i noworodkiem oraz opiekę pediatryczną nad zdrowymi i chorymi dziećmi w wieku 0-18 lat.

Najistotniejszym problemem w zabezpieczeniu właściwej opieki medycznej dla dzieci jest brak oddziały intensywniej terapii pediatrycznej na terenie województwa lubuskiego. W celu uzyskania specjalistycznej opieki, dzieci kierowane są do podmiotów spoza województwa, co zmniejsza szanse tych najciężiej chorych na przeżycie i powrót do zdrowia. Specyfika intensywniej terapii dziecięcej

wymaga możliwości korzystania z pomocy wielu specjalistów z różnych dziedzin np.: pediatrii, chirurgii dziecięcej, laryngologii, okulistyki, neurologii, radiologii. Tak szeroki zakres opieki nad matką i dzieckiem będzie w stanie zapewnić Centrum Zdrowia Matki i Dziecka w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.

Łączna wartość projektu to 148 mln zł. (103,6 mln zł to środki z *Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie-2020*, 41,6 mln zł to dotacja z budżetu Województwa Lubuskiego, a 2,7 mln zł to wkład własny szpitala). Samorząd pomógł także wyposażyć szpital dziecięcy na kwotę 15 mln zł. Celem budowy Centrum Zdrowia Matki i Dziecka jest:

- zwiększenie liczby łóżek (co pozwoli udzielać świadczeń większej liczbie dzieci z regionu i nie tylko),
- odseparowanie oddziałów dziecięcych od oddziałów, gdzie przebywają dorośli (co wpłynie bezpośrednio na komfort i warunki leczenia),
- zwiększenie zakresu udzielanych świadczeń m.in. o powstałe odcinki i stanowiska oparzeniowe, zakaźne. W planie jest stworzenie przyjaznego środowiska dla dzieci poprzez zorganizowanie sal zabaw, stworzenie zewnętrznej infrastruktury z placem zabaw oraz miejscem do przebywania rodziców z dziećmi.

Planowana struktura Centrum Zdrowia Matki i Dziecka zakłada powstanie:

- Oddziału Pediatrii z wydzielonymi łózkami na potrzeby diabetologii, endokrynologii, nefrologii, gastroenterologii oraz łózkami izolacyjno-zakaźnymi (52 łóżka, w tym 46 pediatrycznych i 6 izolacyjno-zakaźnych),
- Oddziału Chirurgii i Urologii Dziecięcej z łózkami przeznaczonymi również dla potrzeb chirurgii noworodka i traumatologii (30 łóżek),
- Oddziału Onkologii Dziecięcej (12 łóżek hematologicznych),
- Oddziału Położnictwa z traktem porodowym i salą cięć cesarskich (23 łóżka dla matek, 23 łóżeczka dla noworodków, 2 sale do cięć cesarskich),
- Oddziału Neonatologicznego, przeznaczonego także dla potrzeb patologii noworodka (15 łóżeczek intensywnej terapii noworodka, 12 stanowisk OIOM),
- Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla dzieci (6 łóżek).

6 grudnia 2020 r. zakończono budowę Inwestycji. Jednakże z uwagi na panującą sytuację epidemiczną w budynku Centrum funkcjonuje Szpital Tymczasowy dla chorych na COVID-19. Pierwsi pacjenci zostali przyjęci w 2021 roku. Obecnie nadal obiekt pełni taką funkcję Szpitala Tymczasowego. Decyzją Wojewody Lubuskiego ma funkcjonować do końca marca 2022 roku. W tym czasie trwa proces zakupów wyposażenia Centrum Zdrowia Matki i Dziecka w aparaturę i sprzęt medyczny, tak aby w momencie ogłoszenia końca pandemii, udostępnienie obiektu najmłodszym pacjentom nastąpiło jak najszybciej.

3.5.5 Choroby zakaźne w województwie lubuskim

Rok 2020 przebiegł pod hasłem pandemii zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 wywołującym COVID-19. Pierwszy przypadek zakażenia potwierdzono 4 marca 2020 r. w województwie lubuskim. W celu ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażenia 13 marca 2020 r. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego, a 20 marca wprowadzono na terenie Polski stan epidemii. W celu zminimalizowania ryzyka rozprzestrzeniania się czynnika chorobotwórczego, a tym samym ograniczenia i spowolnienia transmisji wirusa wśród społeczeństwa, wprowadzono w kraju szereg obostrzeń. Wprowadzone zmiany organizacyjne w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych, w tym ograniczenie bezpośredniego kontaktu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z pacjentami (na rzecz innych form konsultacji – tzw. teleporady) oraz radykalna zmiana zachowań społecznych wynikających również z obawy przed nieznanym wirusem, znalazły odzwierciedlenie w sytuacji epidemiologicznej pozostałych chorób zakaźnych podlegających obowiązkowi rejestracji.

W 2020 roku w Lubuskim zarejestrowano ogółem 37 847 zachorowań na choroby zakaźne, współczynnik zapadalności (tj. liczba zachorowań na 100 000 mieszkańców) wyniósł 3730,43. Z powodu podejrzenia, bądź rozpoznania choroby zakaźnej ogółem hospitalizowano 3 495 osób (9,2% zachorowań), odnotowano 711 zgonów z powodu chorób zakaźnych (z tego najwięcej z powodu COVID-19 lub COVID-19 wraz z chorobami współistniejącymi tj. 700 - 697 przypadków z powodu COVID-19 potwierdzonego laboratoryjnie i 3 przypadki z powodu COVID-19 na podstawie objawów klinicznych, bez potwierdzenia badaniem PCR). Pozostałe zarejestrowane zgony nastąpiły z powodu gruźlicy, posocznicy i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wywołanego przez *Streptococcus pneumoniae*, posocznicy wywołanej przez inne określone gronkowce, toksoplazmozowego zapalenia opon mózgowych i mózgu, posocznicy wywołanej *Streptococcus pyogenes*, grypy typu A z zapaleniem płuc, bakteryjnego zapalenia opon mózgowych i inne określone).

Odnotowano trzy przypadki zachorowania na giardiozę, po jednym przypadku zachorowania na listeriozę, chorobę Legionistów i neuroboreliozę.

Oprócz zachorowań na COVID-19 nie stwierdzono epidemicznego występowania innych chorób zakaźnych z wyjątkiem obserwowanego do lutego 2020 r. wzrostu podejrzeń oraz zachorowań na grypę i choroby grypopodobne. W marcu 2020 r., kiedy to przypada epidemiczny szczyt zachorowań na grypę, z uwagi na wystąpienie pandemii, liczba rejestrowanych przypadków podejrzeń zachorowań na grypę gwałtownie spadła.

3.5.5.1 SARS-CoV-2 w Lubuskim

W marcu 2021 r. minął rok od oficjalnego potwierdzenia pierwszego w Polsce przypadku zakażenia koronawirusem.

Od początku epidemii walka z chorobą toczy się przede wszystkim w szpitalach. Sześć podmiotów leczniczych na terenie województwa zostało postawionych w stan gotowości. W trakcie minionego roku do walki z chorobą COVID-19 powoływane były kolejne szpitale, w zależności od potrzeb – zwiększana była liczba łóżek przeznaczonych dla pacjentów z SARS-CoV-2. Zdecydowanie wiodącą rolę w leczeniu chorych na koronawirusa odegrały Szpital Uniwersytecki

w Zielonej Górze sp. z o.o. oraz Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o. Jednak w walkę z COVID-19 zaangażowane zostały szpitale wszystkich szczebli na terenie województwa – resortowe, wojewódzkie oraz powiatowe (105. Kresowy Szpital Wojskowy SP ZOZ w Żarach i filia w Żaganiu, Lubuski Specjalistyczny Szpital Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie, Szpital Międzyrzecki sp. z o.o., Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Drezdenku, Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą sp. z o.o., NZOZ Szpital im. dr n. med. R. Śmigielskiego sp. z o.o. w Skwierzynie, Nowy Szpital w Szprotawie sp. o.o., NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach, Zachodnie Centrum Medyczne sp. z o.o. w Krośnie Odrzańskim, Nowy Szpital we Wschowie sp. z o.o., Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Zielonej Górze i SP Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wlkp.).

Polski pacjent „zero” leczony był w jedynym w regionie Klinicznym Oddziale Zakaźnym Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze. Dodatkowo w 2020 roku uruchomiony został Szpital Tymczasowy. Na północy województwa wiosną 2020 r. – decyzją wojewody – w budynkach szpitalnych przy ul. Walczaka w Gorzowie Wlkp. utworzony został Szpital Jednoimienny, przekształcony następnie w Szpital Koordynujący. W gorzowskim Szpitalu utworzono ponad 200 łóżek dla pacjentów z COVID-19.

Epidemia obnażyła deficyty w ochronie zdrowia. Niezbędne było natychmiastowe wsparcie podmiotów leczniczych. Samorząd Województwa Lubuskiego od początku wspierał walkę z pandemią w regionie. Dzięki środkom z budżetu województwa oraz przekierowaniu funduszy z Unii europejskiej od marca 2020 r. Samorząd przeznaczył na ten cel łącznie 80 mln zł. Wsparcie dotyczyło zakupu wysoko specjalistycznego sprzętu medycznego (m.in. 3 tomografy, 80 respiratorów, 9 USG, pompy infuzyjne, 63 kardiomonytory, łóżka, urządzenia do tlenoterapii, videoendoskopy, dezynfekatory, kamery termowizyjne, stoły chirurgiczne, RTG, pompy do żywienia pozajelitowego, bronchofibroskopy, materace przeciwoleżynowe, wózki reanimacyjne, pulsoksymetry, ssaki elektryczne, nebulizatory, urządzenia do tlenoterapii.), 4 ambulansów oraz środków ochrony indywidualnej, testów, wyposażenia laboratorium, modernizacji i dostosowania obiektów szpitalnych – utworzenia śluz, izolatek, wyodrębnionych pomieszczeń na izby przyjęć itp. Zakupy sprzętu zostały zrealizowane w ramach projektu „Lubuskie kontra wirus” Środki w wysokości ponad 54 mln zł pochodziły z Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020.

Ponadto podmioty lecznicze otrzymały dotacje na doposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną z budżetu państwa. Środki ochrony indywidualnej, środki do dezynfekcji oraz sprzęt i aparatura medyczna przekazywane były do placówek ochrony zdrowia przez Agencję Rezerw Materiałowych (aktualnie Rządową Agencję Rezerw Strategicznych) oraz zakupione przez Ministerstwo Zdrowia.

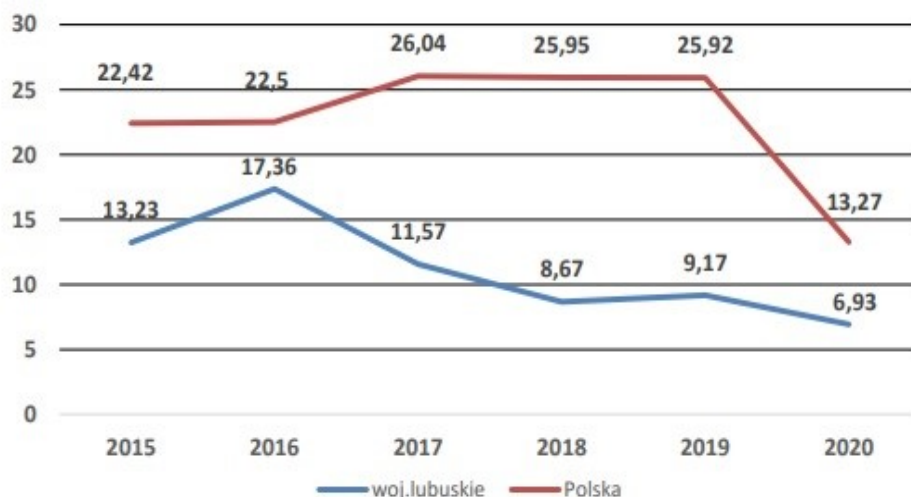
3.5.5.2 Epidemiologia chorób zakaźnych

1) Choroby przenoszone drogą pokarmową

Bakteryjne zatrucia i zakażenia

W 2020 r. w Lubuskiem odnotowano 76 przypadków bakteryjnych zatruc pokarmowych (zapadalność - 7,53), których przyczyną były pałeczki jelitowe Salmonella. W porównaniu do roku poprzedniego nastąpił spadek zarejestrowanych przypadków o 19%.

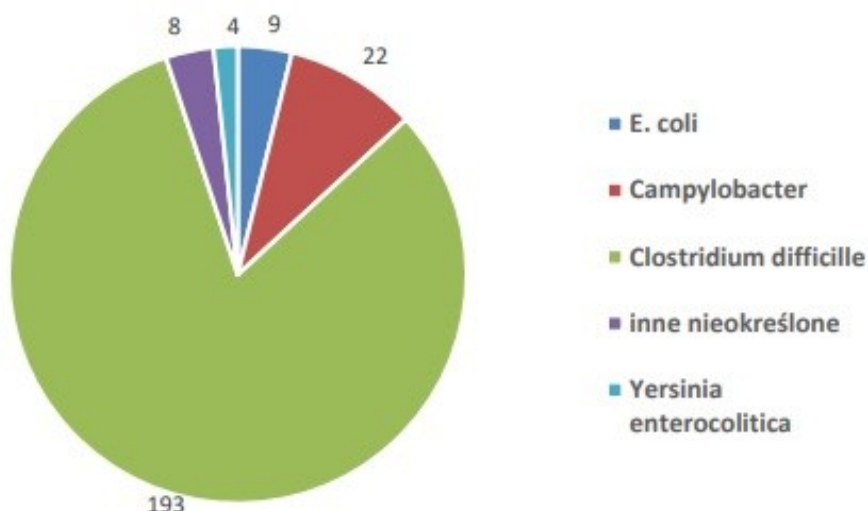
Wykres 5. Zapadalność na Salmonelozę w Polsce i w województwie lubuskim w latach 2015-2020. (*zapadalność w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców)



Źródło: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gorzowie Wlkp.

W 2020 r. wystąpiło 236 bakteryjnych zakażeń jelitowych (2019 r. - 264) w tym 6 u dzieci do lat dwóch. Najczęstszymi czynnikami etiologicznymi powyższych zakażeń były bakterie z rodzaju *Clostridium difficile* (193 zakażenia) oraz bakterie *Campylobacter* (22 zakażenia).

Wykres 6. Liczba bakteryjnych zakażeń jelitowych w Lubuskiem w 2020 r. wg. czynnika etiologicznego



Źródło: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gorzowie Wlkp.

Wirusowe zakażenia jelitowe

W 2020 roku zgłoszono 256 wirusowych zakażeń jelitowych (zap. 25,34), w tym 63 u dzieci do dwóch lat. Jest to znaczący spadek w porównaniu do roku poprzedniego, w którym odnotowano 1 469 zakażeń jelitowych wywołanych wirusami.

Wirusowe zapalenie wątroby typu A

W 2020 r. na terenie województwa lubuskiego nie odnotowano żadnego przypadku zachorowania na wzv typu A, podczas gdy w roku 2019 zarejestrowano ich 18. Podobna sytuacja miała miejsce w kraju (nastąpił bardzo duży spadek zachorowań z 1065 przypadków w roku 2019 do 109 przypadków zachorowań w 2020 roku).

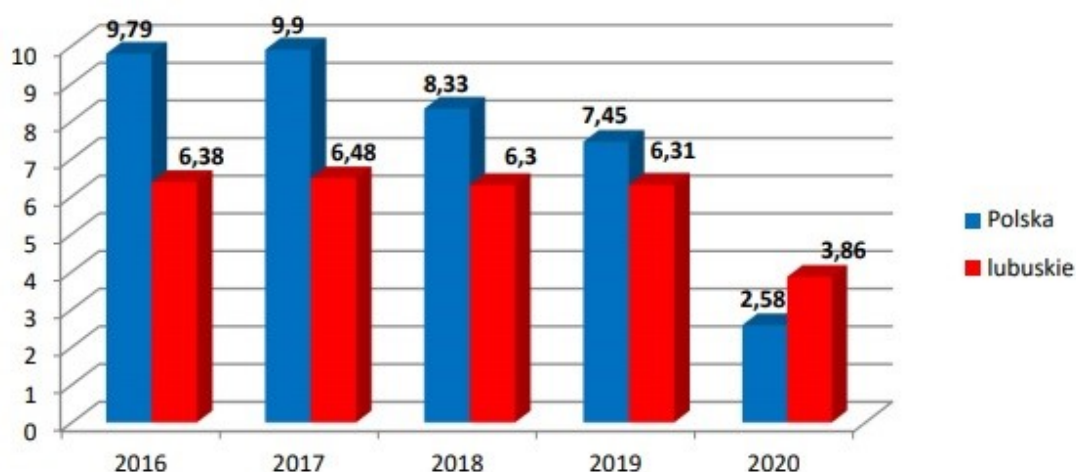
2) Zakażenia krwiopochodne

Zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B i typu C stanowią zarówno w Polsce, jak i w naszym województwie, jeden z poważniejszych problemów epidemiologicznych.. Są to zakażenia przewlekłe, w większości trwające całe życie.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Pomimo, iż dostępna jest szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, ciągle rejestrowane są nowe zachorowania. Ilość zachorowań na WZW B w 2020 r. była na niższym poziomie, jak rok wcześniej i wynosiła 39 przypadków – hospitalizowano 1 osobę.

Wykres 7. Zapadalność na wzv typu B w Polsce i w woj. lubuskim w latach 2016-2020



Źródło: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.

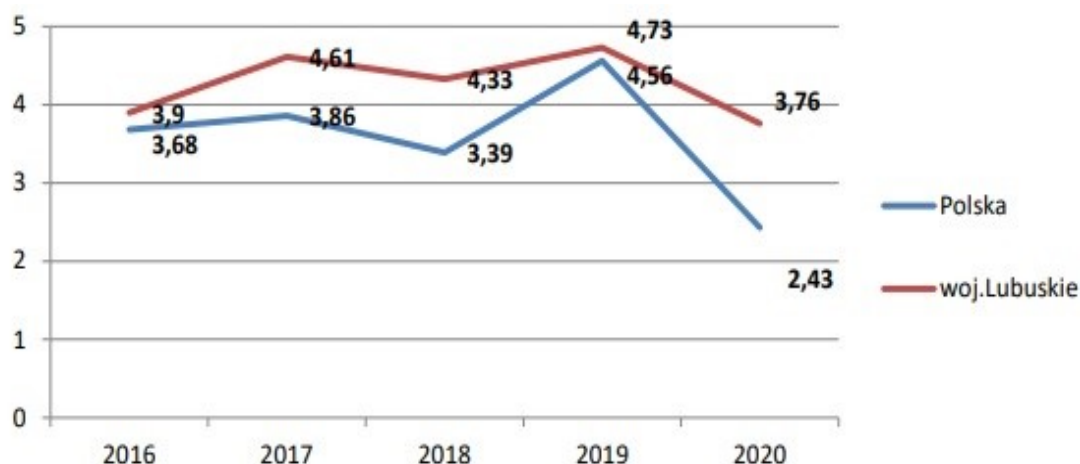
Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Na terenie województwa lubuskiego w 2020 r. odnotowano spadek o 65 zachorowań na WZW typu C w porównaniu do roku 2019. Zarejestrowano 48 zachorowań na WZW typu C – hospitalizowano 7 osób. Wirusowe zapalenie wątroby typu C ma na ogół wieloletni, bezobjawowy przebieg, nie ma możliwości czynnego uodpornienia.

Zakażenia HIV i choroba AIDS

W Lubuskiem nastąpił nieznaczny spadek liczby osób, u których wykryto wirus HIV: 38 osób nowozakażonych w 2020 r., rok wcześniej zarejestrowano 48 osób. Od 1985r. tj. wdrożenia badań w kierunku HIV/AIDS, do końca 2019 roku na terenie województwa lubuskiego zarejestrowano 864 osoby zakażone HIV oraz 238 osób chorych na AIDS (z czego w 2020 r. zdiagnozowano 2 nowe przypadki AIDS). W 2019 r. stwierdzono 64 zgony z powodu AIDS (w 2020 r. nie rejestrowano zgonów na AIDS).

Wykres 13. Zakażenia wirusem HIV w Polsce i w województwie lubuskim w latach 2016-2020



Źródło: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gorzowie Wlkp.

3) Inwazyjna choroba meningokokowa

W 2020 r. odnotowano spadek rejestrowanych przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (z 5 przypadków w roku 2019 do 3 w 2020 r.). Zachorowania dotyczyły dwójki dzieci w pierwszym roku życia oraz 58 letniego mężczyzny. U dzieci zachorowania przebiegały pod postacią posocznicy, natomiast u osoby dorosłej pod postacią innej inwazyjnej choroby meningokokowej. Zachorowania te wystąpiły na terenie powiatu gorzowskiego, krośnieńskiego i sulcińskiego. Hospitalizowane były tylko dzieci.

4) Choroby, przeciw którym prowadzone są szczepienia ochronne

Od lat w całym kraju, w tym w województwie lubuskim, obserwuje się spadek zachorowań na choroby zakaźne, przeciwko którym wykonywane są szczepienia zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych. Kilka z nich praktycznie już nie występuje, jak np. odra, tężec czy błonica.

W 2020 r. odnotowano spadek zachorowań na **krztusiec** tj. 11 przypadków (zapadalność 1,09), w tym 6 przypadków było potwierdzonych badaniami laboratoryjnymi, a 3 osoby hospitalizowano. W latach poprzednich liczba zachorowań była znacznie większa: w 2019 r. zarejestrowano 17 przypadków (zap. 1,68), rok wcześniej 42 przypadki (zap. 4,14), w 2017 r. - 21 przypadków, a w roku 2016 odnotowano w województwie lubuskim 71 przypadków zachorowań. Wszystkie powyższe przypadki to zachorowania potwierdzone, spełniające kryteria laboratoryjne i/lub kliniczne określone dla celów nadzoru epidemiologicznego.

Zachorowania na **świnkę** w Lubuskiem wykazują tendencję spadkową, w 2020 r. zarejestrowano 19 zachorowań (zapadalność – 1,88), a rok wcześniej 42 zachorowania (zapadalność – 4,14).

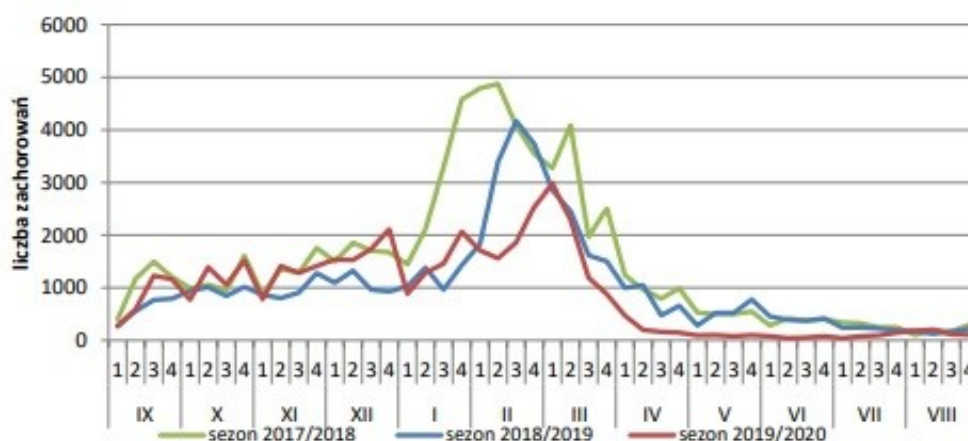
W przypadku **różyczki** w 2020 r. w województwie lubuskim zachorowalność występuje na tym samym poziomie co w roku 2019 – 4 zachorowania (zapadalność – 0,39).

Znaczny spadek zachorowań na **ospę wietrzną** można tłumaczyć zwiększoną popularnością szczepień zalecanych przeciwko ospie. W roku sprawozdawczym zarejestrowano 1 385 przypadków (zap. 136,72), co stanowi spadek w porównaniu do roku 2019 o 70% (4600 przypadków zarejestrowanych).

Grypa i podejrzenia o zachorowaniu na grypę sezonową

W 2020 r. sezon grypowy był wyjątkowy z uwagi na panującą pandemię COVID-19. W dobie powszechnych teleporad, liczba testów wykonywanych pod kątem diagnostyki grypy znacznie spadła. Zmiana sposobu udzielania konsultacji i porad lekarskich spowodowała, iż w podmiotach leczniczych znacząco ograniczono praktykę pobierania wymazów w kierunku grypy od pacjentów. Od początku sezonu epidemicznego 2019/2020 (tj. 1 września 2019 r. – 31 sierpnia 2020 r.) w Lubuskiem zarejestrowano 43044 zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę, w tym u 2942 osób powyżej 65 roku życia. (hospitalizowano 328 osób, w tym 280 osób głównie z powodu objawów ze strony układu oddechowego. W sezonie 2019/2020 w województwie lubuskim u 54 osób potwierdzono laboratoryjnie zachorowania i podejrzenia na grypę, w tym u 48 osób potwierdzono wirusa typu A natomiast u 6 osób potwierdzono laboratoryjnie grypę typu B (hospitalizowano 21 osób). W analizowanym okresie zarejestrowano 1 zgon osoby zakażonej wirusem grypy. Wszystkie próbki przebadane w kierunku wirusa grypy zostały pobrane przez lekarzy od pacjentów w okresie poprzedzającym wystąpienie epidemii SARS-CoV-2. Ostatni zarejestrowany epidemiczny szczyt zachorowań wystąpił w pierwszym tygodniu lutego 2020 r. gdzie zarejestrowano 2 982 zachorowań. Liczba zgłaszanych zachorowań znacząco spadała od drugiego tygodnia marca 2020 r. Latem odnotowywano zdecydowanie mniejszą liczbę zachorowań niż w sezonie zimowym.

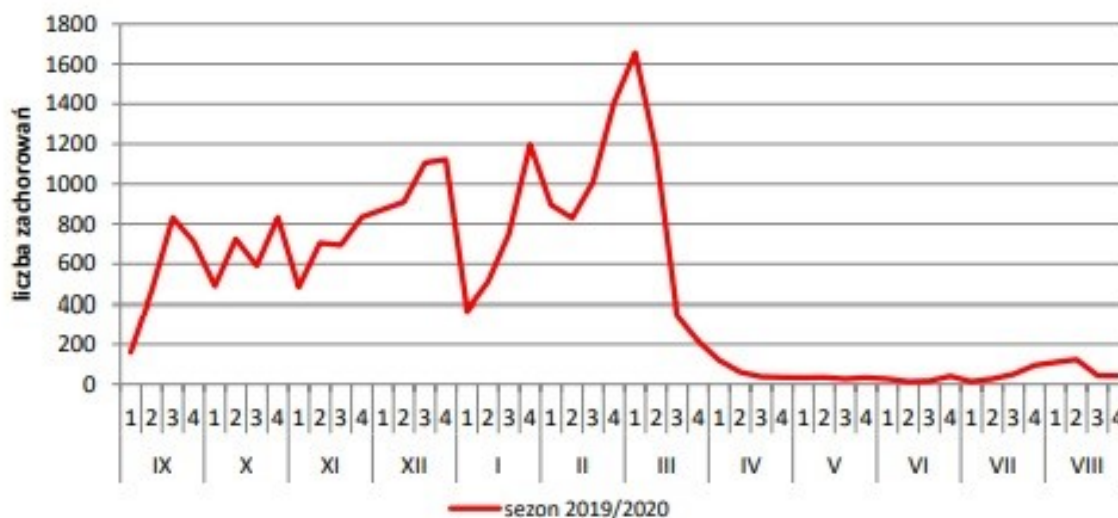
Wykres 8. Zachorowania lub podejrzenia zachorowań na grypę w sezonach epidemicznych 2017/2018, 2018/2019 oraz 2019/2020 w województwie lubuskim



Źródło: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.

W analizowanym okresie zachorowaniu lub podejrzeniu zachorowania na gripę uległo 22 834 dzieci do lat 14, w tym 11 138 dzieci w grupie wiekowej 0-4 lata.

Wykres 9. Zachorowania lub podejrzenia zachorowań na gripę dzieci w wieku 0-14 lat w sezonie 2019/2020 r. w województwie lubuskim



Źródło: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gorzowie Wlkp.

Ze względu na swoją zaraźliwość, grypa należy do najbardziej rozpowszechnionych chorób zakaźnych. Można jej zapobiegać poprzez szczepienia. Utrzymującym się problemem, zarówno w Polsce, jak i w województwie lubuskim, jest niski odsetek osób poddawanych corocznie szczepieniom przeciw grypie.

5) Choroby odzwierzęce

Liczba osób zakwalifikowanych do szczepień po pogryzieniu/pokąsaniu przez zwierzęta w 2020 r. była o 50 osób niższa niż w roku wcześniejszym (w 2020 r – 88, a w 2019 r. – 138 osób). W większości przypadków szczepienia przeciwko **wściekliźnie** przeprowadzono po pogryzieniu przez nieznaną psę, koty i myszy, w pojedynczych przypadkach przez wiewiórkę i nietoperza.

W 2020 r. w Lubuskiem odnotowano spadek liczby zachorowań na **boreliozę z Lyme**. Zarejestrowano 191 zachorowań (zapadalność – 18,85), podczas gdy w 2019 r. – 475 zachorowań (zapadalność – 46,82). 177 przypadków potwierdzono wynikiem badania laboratoryjnego. Hospitalizowano 3 osoby. W 2020 r. współczynnik zapadalności na boreliozę w województwie lubuskim wynosił (18,85) i był mniejszy niż w Polsce (32,63). Przeciwko tej chorobie nie ma szczepionki dlatego bardzo istotne jest jej wczesne rozpoznanie i wdrożenie leczenia w początkowej fazie choroby.

6) Choroby przenoszone drogą płciową

W roku 2020 zgłoszono 12 zachorowań na **kiłę** (o 14 mniej niż rok wcześniej) – zarejestrowano 4 zachorowania na kiłę w postaci wczesnej, 1 w postaci późnej i 7 nieokreślonych. W 2020 r., podobnie jak rok wcześniej zarejestrowano 4 przypadki zachorowania na **rzeżączkę**. Niekorzystny wpływ na sytuację epidemiologiczną chorób przenoszonych drogą płciową ma niski poziom

świadomości zdrowotnej w społeczeństwie, łatwy dostęp do usług seksualnych i zmieniające się wzorce zachowań.

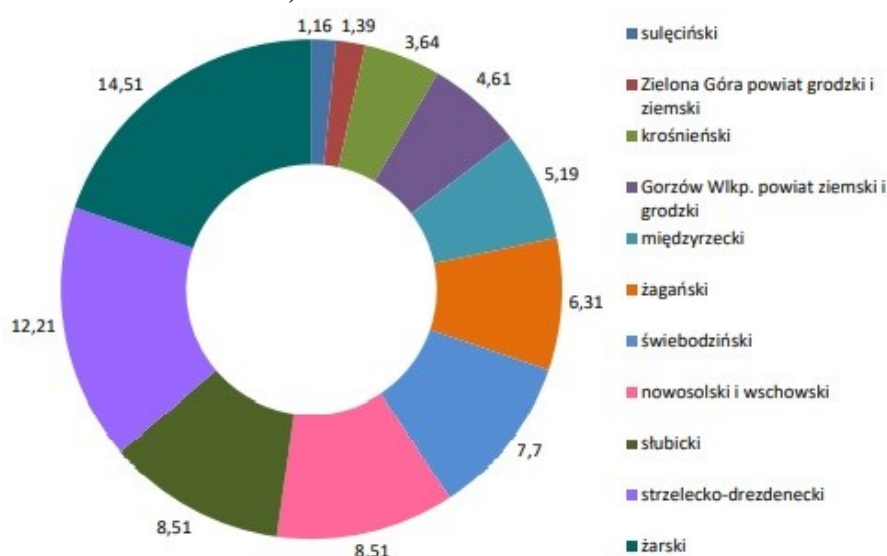
7) Choroba legionistów

W 2020 roku na terenie województwa lubuskiego odnotowano 1 przypadek zachorowania na legionellozę na terenie miasta Gorzowa Wlkp. Dla porównania w 2019 roku na terenie województwa odnotowano 9 przypadków choroby legionistów.

8) Gruźlica

W 2020 r. zgłoszono 53 zachorowania na gruźlicę (zap. 5,24) o 39 przypadków mniej niż w 2019 r. W większości przypadków choroba przebiegała pod postacią płucną. W mieście zamieszkiwały 34 osoby, 19 osób to mieszkańcy wsi. W analizowanym okresie z powodu gruźlicy zmarły 3 osoby.

Wykres 10. Zapadalność na gruźlicę w Lubuskiem w 2020 r. według powiatów. (*zapadalność w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców)



Źródło: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gorzowie Wlkp.

3.5.5.3 Realizacja Programu Szczepień Ochronnych

W Polsce szczepienia ochronne są realizowane zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych (PSO), który jest corocznie nowelizowany w oparciu o aktualną sytuację epidemiologiczną oraz oparte na faktach naukowych rekomendacje wybitnych ekspertów z dziedziny wakcynologii, chorób zakaźnych, neonatologii i pediatrii. Szczepienia ochronne, zarówno obowiązkowe, jak i zalecane są skuteczną i bezpieczną metodą zapobiegania chorobom zakaźnym na każdym etapie życia oraz najbardziej ekonomicznie opłacalną inwestycją medyczną. Przy systematycznie realizowanym programie szczepień ochronnych możemy wyróżnić dwa główne efekty realizowanych szczepień – jednostkowy i populacyjny. Indywidualną korzyścią wynikającą ze szczepień ochronnych jest zapobieganie chorobom zakaźnym i ich powikłaniom. Natomiast w aspekcie populacyjnym skrupulatne prowadzenie szczepień ochronnych przynosi efekt w postaci poprawy uzyskania odporności zbiorowej, a co za tym idzie, zmniejszenia ryzyka epidemicznego szerzenia się chorób w populacji, a także oszczędności ekonomicznych dla systemu opieki zdrowotnej.

Obowiązek poddawania się szczepieniom ma charakter powszechny i podlegają mu osoby przebywające na terenie Polski dłużej niż 3 miesiące.

Szczepienia obowiązkowe

W 2020 roku w Lubuskiem obowiązkowym szczepieniem ochronnym podlegała populacja 219.639 dzieci i młodzieży do lat 19 (w roku 2019 było to 191.565). Średnie wykonawstwo obowiązkowych szczepień bezpłatnych, określonych w Programie Szczepień Ochronnych, wśród dzieci od 0 do 19 r.ż. w roku 2020 wynosiło 97,2% i spadło w stosunku do roku poprzedniego o 0,9%. Panująca w 2020 r. sytuacja epidemiologiczna w zakresie zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 i związane z nią ograniczenia, m. in. związane z czasowym zawieszeniem realizacji szczepień ochronnych oraz zmniejszeniem dostępności do lekarzy pierwszego kontaktu czy pediatrów (wprowadzenie teleporad) znalazło swoje odzwierciedlenie w ogólnej wyszczepialności populacji dzieci i młodzieży. Pomimo nieprzerwanej dystrybucji szczepionek przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej do świadczeniodawców, zanotowano znaczny spadek ogólnej wyszczepialności. Wśród obowiązkowych szczepień ochronnych zanotowano jedynie nieznaczny wzrost wyszczepialności przeciwko WZW typu B (o 0,4%) w stosunku do roku ubiegłego.

Szczepienia zalecane

Szczepienia zalecane są nieobowiązkowe i nie są finansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia. Zapobiegają one szeregowi groźnych dla zdrowia i życia chorób, jak np. inwazyjna choroba meningokokowa, grypa, biegunka rotawirusowa czy kleszczowe zapalenie mózgu. W 2020 r. znacznie wzrosła liczba zaszczepionych osób przeciwko inwazyjnej chorobie meningokokowej. Podobnie, wśród Lubuszan wzrosło zainteresowanie szczepieniami przeciwko grypie głównie wśród najmłodszej grupy wiekowej, spowodowane prawdopodobnie wprowadzeniem dla dzieci szczepionki donosowej. W 2020 roku, przeciwko grypie zaszczepiono 1,4% dzieci i młodzieży w wieku 0-15 lat (w roku 2019 było to niewiele ponad 1%). Nieznacznie spadła natomiast liczba osób uodpornionych przeciwko grypie w grupie wiekowej powyżej 65 lat. Przyczyn tego zjawiska upatrywać można w trudnościach wynikających z dostępności do szczepionki w okresie poprzedzającym sezon epidemiczny oraz wprowadzonymi rozwiązaniami w zakresie dostępu do lekarzy medycyny rodzinnej.

Niepożądane odczyny poszczepienne

Niepożądany odczyn poszczepienny (NOP) jest zaburzeniem stanu zdrowia, które wystąpiło w okresie 4 tygodni po podaniu szczepionki (wyjątkiem jest odczyn po szczepieniu przeciwko gruźlicy, które zgłaszane mogą być nawet kilka miesięcy po szczepieniu). Odczyny poszczepienne mogą wystąpić na skutek: indywidualnej reakcji organizmu osoby szczepionej na podanie szczepionki, działania samej szczepionki, nieprawidłowego wykonania szczepienia lub wady szczepionki oraz przypadkowo występujących objawów zaburzenia zdrowia występujących w tym samym czasie, co szczepienie. W regionie lubuskim w 2020 roku zgłoszono ogółem 51 NOP (48 o charakterze łagodnym, 2 o charakterze poważnym i 1 o charakterze ciężkim).

Narodowy Program Szczepień przeciwko COVID-19

27 grudnia 2020 r. w całej Europie ruszył program szczepień przeciwko COVID-19. W Narodowym Programie Szczepień przedstawiono harmonogram szczepień obywateli Polski. Obejmuje on zakup szczepionek, ich dystrybucję oraz monitoring przebiegu i efektywności szczepień. Realizacja Programu rozpoczęła się szczepieniami grupy „0”, tj. personelu medycznego. Dalsze szczepienia przebiegać będą etapami, w których określono grupy wiekowe i zawodowe uprawnione do szczepień.

W Polsce stosowane/dopuszczone do obrotu są preparaty firm Pfizer/BioNTech, Moderna, Johnson & Johnson i AstraZeneca. W pierwszej kolejności zaszczepione zostały osoby z grupy 0, wskazanej w programie (m.in. pracownicy sektora ochrony zdrowia, pracownicy domów pomocy społecznej oraz miejskich ośrodków pomocy społecznej).

Tabela 18. Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w województwie lubuskim w latach 2017-2020

Jednostka chorobowa		2017		2018		2019		2020	
		liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
Salmonellozy	Zatrucie pokarmowe	110	10,79	89	8,76	83	8,18	70	6,93
	zakażenie pozajelitowe	5	0,49	3	0,30	7	0,69	2	0,20
	posocznica	3	0,29	3	0,30	3	0,30	4	0,40
Czerwonka bakteryjna		-	-	1	0,10	-	-	-	-
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe (ogółem)	wywołane przez E. coli bigunko-twórczą	7	0,69	12	1,18	13	1,28	5	0,49
	wywołane przez E. coli entero-krwotoczną	-	-	-	-	1	0,10	-	-
	wywołane przez E. coli inną i BNO	5	0,49	4	0,39	9	0,89	4	0,40
	wywołane przez Campylobacter	77	7,55	58	5,71	67	6,60	22	2,18
	wywołane przez Y. enterocolitica lub pseudotuberculosis	6	0,59	6	0,59	3	0,30	4	0,40
	wywołane przez Clostridium difficile	128	12,56	239	23,54	113	11,14	193	19,11
	Inne określone	-	-	4	0,39	2	0,20	2	0,20
	Inne nie określone	2	0,2	13	1,28	5	0,49	-	-
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2		29	151,59	29	98,65	51	174,16	6	21,64
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe (ogółem)	jadem kiełbasianym (botulizm)	1	0,10	2	0,20	1	0,1	-	-
	inne określone	-	-	-	-	1	0,10	1	0,10
	nieokreślone	1	0,10	3	0,30	1	0,10	1	0,10
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe u dzieci do lat 2		-	-	-	-	-	-	-	-
Wirusowe zakażenia	wywołane przez rotawirusy	514	50,42	357	35,16	604	59,53	85	8,41

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Jednostka chorobowa		2017		2018		2019		2020	
		liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
jelitowe ogółem	wywołane przez norowirusy	80	7,85	75	7,39	21	2,07	12	1,19
	inne określone	128	12,56	92	9,06	134	13,21	38	3,76
	nieokreślone	204	20,01	253	24,92	253	26,12	63	6,24
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2		411	2148,46	310	1054,57	445	1519,60	58	209,16
Biegunka i zapalenie żołądkowo - jelitowe BNO	ogółem	1787	1787	1472	144,96	1383	351	462	45,73
	w tym dzieci do lat 2	428	2237,32	385	1309,7	344	1174,70	132	476,02
Tularemia		-	-	-	-	1	0,10	-	-
Leptospiroza		-	-	1	0,10	-	-	-	-
Jersinioza pozajelitowa		-	-	1	0,10	-	-	-	-
Mikobakteriozy inne i BNO		9	0,88	30	2,95	3	0,30	-	-
Listerioza		3	0,29	2	0,20	3	0,30	1	0,10
Krzusiec		21	2,06	42	4,14	17	1,68	6	1,09
Płonica (szkarlatyna)		351	34,43	441	43,43	395	38,93	140	13,86
Choroba meningo-kokowa, inwazyjna	ogółem	3	0,29	2	0,20	5	0,49	3	0,30
	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	1	0,1	2	0,20	2	0,20	-	-
	posocznica	2	0,20	-	-	3	0,30	2	0,20
	inna określona i nieokreślona	-	-	-	-	-	-	1	0,10
Choroba wywołana przez Streptococcus pyogenes, inwazyjna	ogółem	106	10,4	125	12,31	149	14,69	58	5,74
	róża	106	10,4	116	11,42	139	13,70	54	5,35
	inna określona i nieokreślona	-	-	9	0,89	11	1,08	4	0,40
Legioneloza	choroba legionistów	2	0,2	-	-	9	0,89	1	0,10
Kiła		20	2,16	22	2,17	26	2,56	12	1,19
Rzeżączka		3	0,29	5	0,49	4	0,39	4	0,40
Chlamydiozy		2	0,20	3	0,30	-	-	-	-
Borelioza z Lyme		798	78,27	615	60,56	475	46,82	191	18,91
Ostre porażenia wiotkie u dzieci w wieku 0-14 lat		3	1,96	-	-	3	1,93	-	-
Encefalopatie gąbczaste	choroba Creutzfeldta-Jacoba	-	-	1	0,10	1	0,10	-	-
Styczność i narażenie na wściekliznę		133	13,05	114	11,23	138	13,6	89	8,81
Inne wirusowe zapalenie mózgu	opryszczkowe	-	-	1	0,10	1	0,10	-	-
	inne określone	2	0,2	-	-	-	-	-	-
	nieokreślone	2	0,2	-	-	2	0,20	-	-
Wirusowe zapalenie opon mózgowych	enterowirusowe	-	-	1	0,10	4	0,39	-	-
	opryszczkowe	1	0,1	-	-	-	-	-	-
	inne określone i nieokreślone	13	1,28	37	3,64	13	1,28	7	0,69
	w innych chorobach objętych mz-56	-	-	1	0,10	-	-	-	-
Ospa wietrzna		5360	525,74	3954	389,39	4600	453,40	1388	137,40
Odra		-	-	-	-	7	0,69	-	-

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Jednostka chorobowa		2017		2018		2019		2020	
		liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
Różyczka		17	1,67	11	1,08	4	0,39	4	0,40
Wirusowe zapalenie wątroby	typu A	40	3,92	7	0,69	18	1,77	-	-
	typu B-ostre	1	0,1	2	0,20	2	0,20	-	-
	typu B-przewlekłe	65	6,38	62	6,11	62	6,11	39	3,86
	typu C:wg def.2009	159	15,6	140	13,79	113	11,14	48	4,75
	typu B+C (mieszane)	-	-	-	-	1	0,10	-	-
AIDS-Zespół nabytego upośledzenia odporności		4	0,39	7	0,69	4	0,39	2	0,20
Nowowykryte zakażenia HIV		47	4,61	44	4,33	48	4,73	38	3,76
Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)		49	4,81	32	3,15	42	4,14	19	1,88
Malaria (zimnica)		1	0,1	1	0,10	1	0,10	-	-
Bąblowica (echinokokoza)		1	0,1	-	-	-	-	-	-
Włośnica		-	-	5	0,5	1	0,10	-	-
Choroba wywołana przez <i>Streptococcus pneumoniae</i> inwazyjna	ogółem	37	3,63	62	6,11	68	6,70	28	2,77
	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	2	0,2	7	0,69	6	0,59	2	0,20
	posocznica	32	3,14	43	4,23	38	3,75	19	1,88
	inna określona i nieokreślona	5	0,49	20	1,97	32	3,15	12	1,19
Zespół hemolityczno-mocznicowy w przebiegu zakażenia <i>E. coli</i>		-	-	-	-	1	0,10	-	-
Choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> inwazyjna	ogółem	4	0,39	2	0,20	1	0,10	1	0,10
	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	3	0,29	1	0,10	1	0,10	1	0,10
	posocznica								
	inna określona i nieokreślona	1	0,1	1	0,10	-	-	-	-
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	w innych chorobach objętych MZ-56	3	0,29	3	0,3	-	-	-	-
	inne określone	9	0,88	8	0,79	8	0,79	3	0,30
	inne, nieokreślone	3	0,29	3	0,30	4	0,39	-	-
Zapalenie opon mózgowych inne i nieokreślone		7	0,69	18	1,77	11	1,08	8	0,79
Zapalenie mózgu inne i nieokreślone		1	0,1	1	0,10	-	-	1	0,10
Grypa i podejrzenia grypy (ogółem)	ogółem	67481	6618,94	65388	6439,73	54644	5386,04	66	6,53
	u dzieci w wieku 0-14 lat	34007	3335,61	31034	3056,21	29102	2868,47	34	22,05
Grypa (ogółem)	ogółem	81	7,94	117	11,52	105	10,65	-	-
	u dzieci w wieku 0-14 lat	14	9,06	28	18,04	54	34,78	-	-
Inne wrodzone zakażenia i choroby pasożytnicze	toksoplazmoza	-	-	2	0,20	-	-	-	-
Gruźlica według Rejestru WSSE		131	12,82	106	10,43	92	9,06	53	5,24
Zakażenia SARS-CoV-2 COVID-19)		https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2							

Źródło: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.

Podsumowanie:

- 1) Na terenie województwa lubuskiego w 2020 roku zarejestrowano ogółem 37 847 zachorowań na choroby zakaźne (współczynnik zapadalności na 100 000 mieszkańców wyniósł 3730,43). W analizowanym okresie liczba osób hospitalizowanych z powodu chorób zakaźnych była większa niż w roku 2019 (w 2020 r. hospitalizowano 3 495 osób tj. o 747 osób więcej niż w 2019 r.).
- 2) Spadek zachorowań na większość rejestrowanych chorób zakaźnych w 2020 roku był pośrednio odzwierciedleniem panującej na całym świecie pandemii SARS-CoV-2 COVID-19. Spadek zaobserwowano wśród chorób zakaźnych o etiologii wirusowej, bakteryjnej, przenoszonych drogą naruszenia ciągłości tkanek oraz odzwierzych. Choroby zakaźne o etiologii wirusowej zanotowały najniższy od 5 lat wskaźnik zapadalności.
- 3) W sezonie epidemicznym 2019/2020 odnotowano spadek zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w stosunku do sezonu 2018/2019. U 54 osób potwierdzono badaniem laboratoryjnym zachorowanie na grypę (u 48 osób – grypa typu A, 6 osób – grypa typu B). W analizowanym okresie w regionie lubuskim zarejestrowano jeden zgon osoby zakażonej wirusem grypy (A).
- 4) W 2020 roku działalność pionu epidemiologii zarówno wojewódzkiej, jak i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych województwa lubuskiego była ukierunkowana na sprawowanie czynnego nadzoru nad przypadkami zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 oraz prowadzenie szerokiej działalności informacyjno-edukacyjnej w związku z ogłoszonym stanem epidemii COVID-19.
- 5) Na sytuację epidemiologiczną Lubuskiego niewątpliwie wpływa położenie geograficzne oraz wskaźniki demograficzne. Województwo lubuskie jest regionem Polski o najmniejszej gęstości zaludnienia (na poziomie 73 osób na km²), tranzytowym, słabo uprzemysłowionym, o dużym zalesieniu, brak jest dużych portów lotniczych, a usytuowanie przygraniczne warunkuje dużą migrację w celu podjęcia pracy czy nauki, co mogło mieć wpływ na mniejszą liczbą rejestrowanych zakażeń w porównaniu do innych obszarów w Polsce.
- 6) Ogłoszenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii oraz związane z tym ograniczenia znacząco wpłynęły na ogólną wyszczepialność w rocznikach objętych obowiązkowym Programem Szczepień Ochronnych, która zmniejszyła się w stosunku do roku ubiegłego o 0,9%. Jednakże, mimo tego spadku poziom zaszczepienia utrzymywał się na wysokim poziomie (97,1% osób uprawnionych do obowiązkowych szczepień).
- 7) Celem strategicznym Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19 jest osiągnięcie poziomu zaszczepienia społeczeństwa umożliwiającego zapanowanie nad pandemią COVID-19, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższych standardów bezpieczeństwa⁷.

⁷ Na podstawie raportu Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp. pn. „Bezpieczeństwo sanitarne i sytuacja epidemiologiczna w województwie lubuskim w roku 2020”

4 Zasoby ochrony zdrowia

4.1 Kadra medyczna

Poziom wykształcenia oraz liczebność kadr medycznych ma istotne znaczenie dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. W interesie państwa oraz każdego regionu jest zorganizowanie systemu kształcenia kadr medycznych w sposób zapewniający wyspecjalizowaną kadrę medyczną w liczbie umożliwiającej szybki i skuteczny dostęp do profesjonalnie udzielanych świadczeń zdrowotnych wszystkim obywatelom bez względu na ich miejsce zamieszkania oraz rodzaj schorzenia.

Według danych międzynarodowych Polska od lat miała jeden z najniższych wskaźników liczby lekarzy na 1 tys. ludności w Europie. W 2017 r. wyniósł on 2,4 przy średniej nieważonej dla UE 3,7 (lata 2016-2019). W przypadku Polski wskaźnik ten jest znacznie zaniżony, z uwagi na specyfikę raportowania danych⁸.

Mapy potrzeb zdrowotnych pokazują, że w Polsce rozmieszczenie geograficzne pracowników zawodów medycznych było mocno zróżnicowane regionalnie. W 2019 r. liczba lekarzy pracujących w kraju wynosiła 3,4 na 1 tys. ludności (pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą było 3,3 na 1 tys. ludności). Najkorzystniej sytuacja wygląda w województwie mazowieckim, gdzie jest najwięcej lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych na 100 tys. ludności. Fizjoterapeutów przypada najwięcej w województwie świętokrzyskim. Natomiast najmniejsza liczba pracowników medycznych w poszczególnych grupach występuje w województwie lubuskim, warmińsko-mazurskim oraz opolskim. Różnice pomiędzy województwem z największą i najmniejszą liczbą pracowników medycznych były bardzo duże: 2,3 razy więcej lekarzy przypadało na mieszkańca w województwie mazowieckim niż lubuskim, 1,9 razy więcej lekarzy dentyków pracowało w województwie mazowieckim niż kujawsko-pomorskim, 1,7 razy więcej pielęgniarek oraz 2,3 razy więcej położnych w województwie mazowieckim niż lubuskim oraz 1,8 razy więcej fizjoterapeutów w województwie świętokrzyskim niż lubuskim⁹.

Liczba personelu medycznego zatrudnionego w województwie lubuskim, a w szczególności lekarzy i pielęgniarek, jest niższa niż średnia krajowa. W 2019 r. w województwie lubuskim przypadało o ok. 3 lekarzy mniej na 10 tys. ludności niż średnio w kraju. W porównaniu z innymi województwami – Lubuskie jest na 16 miejscu pod względem ogólnej liczby lekarzy, uprawnionych do wykonywania zawodu na 10 tys. mieszkańców, a na 14 w zestawieniu w oparciu o publiczne zakłady opieki zdrowotnej¹⁰. Mniej było także pielęgniarek o 4,5 na 10 tys. mieszkańców niż średnia dla kraju. Należy również wziąć pod uwagę średnią wieku pielęgniarek, która wynosi 52 lata (w 2015

⁸ Dane publikowane przez OECD, dane dotyczące Polski pochodzą z GUS, który zasilany jest danymi przez CSIOZ (na podstawie sprawozdań MZ-88 i MZ-89).

⁹ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

¹⁰ na podstawie sprawozdania MZ-88 oraz Biuletynów Statystycznych MZ, CeZ – www.cez.gov.pl

14 m-ce w kraju pod względem wielkości wskaźnika na 10 tys. ludności dot. liczby lekarzy pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych (w tym pracujących w indywidualnych i grupowych praktykach zawodowych lekarzy) oraz pracujących w regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa, bez aptek

r. średnia ta wynosiła 50 lat¹¹). Oznacza to, że w perspektywie kilkunastu lat będzie ich jeszcze mniej. Do deficytowych grup personelu medycznego należą także: farmaceuci, położne, fizjoterapeuci oraz diagnosty laboratoryjni. Natomiast więcej niż średnia krajowa w województwie lubuskim było lekarzy dentyści oraz ratowników medycznych.

Tabela 19. Zatrudnienie wybranego personelu medycznego w województwie lubuskim w porównaniu z krajem w latach 2016 - 2019 – (wskaźnik na 10 tys. ludności według podstawowego miejsca pracy)

Wyszczególnienie		2016 r.*	2017 r.**	2018 r.**	2019 r.**
Lekarze	woj. lubuskie	20,2	20,0	20,0	20,3
	m-ce w kraju	13-14	13	13	14
	Polska	23,4	23,0	22,8	23,2
Lekarze dentyści	woj. lubuskie	5,7	5,8	5,5	5,6
	m-ce w kraju	1	1	2	1
	Polska	3,5	3,5	3,4	3,5
Farmaceuci	woj. lubuskie	0,3	0,3	0,4	0,3
	m-ce w kraju	16	15-16	12-15	15-16
	Polska	0,5	0,6	0,6	0,5
Diagnosty laboratoryjni	woj. lubuskie	1,5	1,5	1,6	1,7
	m-ce w kraju	16	16	16	16
	Polska	2,3	2,5	2,6	2,7
Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem	woj. lubuskie	3,5	3,7	4,0	4,3
	m-ce w kraju	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
	Polska	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Fizjoterapeuci ogółem (z wyższym wykształceniem i technicy fizjoterapii)	woj. lubuskie	5,1	5,2	5,4	5,7
	m-ce w kraju	12	11	11	11
	Polska	6,3	6,4	6,7	7,1
Pielęgniarki ogółem	woj. lubuskie	44,2	44,0	43,5	43,2
	m-ce w kraju	12-13	12	13	14
	Polska	48,0	47,8	47,6	47,7
Położne ogółem	woj. lubuskie	5,5	5,4	5,5	5,1
	m-ce w kraju	11	11	10-11	13-14
	Polska	5,8	5,8	5,8	5,8
Ratownicy medyczni ogółem (z wyższym wykształceniem i średnim)	woj. lubuskie	4,3	4,6	4,6	4,7
	m-ce w kraju	4	5	6	5-6
	Polska	3,4	3,6	3,7	3,8

*łącznie z podmiotami leczniczymi Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Sprawiedliwości, bez podmiotów leczniczych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i aptek ogólnodostępnych

**łącznie z podmiotami leczniczymi Ministerstwa Obrony Narodowej, bez podmiotów leczniczych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Sprawiedliwości i aptek ogólnodostępnych

Źródło: Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

Na przestrzeni ostatnich lat nieznacznie wzrosła w Polsce liczba lekarzy wykonujących swój zawód. Według Naczelnej Izby Lekarskiej w 2011 r. liczba lekarzy wynosiła 134 460, podczas gdy w 2019 r. - 140 420. Dane te mogą różnić się z danymi dostępnymi w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) z uwagi na przyjętą metodykę – w danych BASiW zostały zweryfikowane osoby na podstawie odprowadzania składki ubezpieczeń, nie tylko wpisu w rejestrze NIL.¹² Według danych prezentowanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych zaobserwowano także wzrost liczby pielęgniarek i położnych w kraju w latach 2014-2019. Liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek w okresie od 31 grudnia 2014 r. do 31 grudnia 2019 r., wzrosła o 11 191 osób,

¹¹ www.nipip.pl

¹² Naczelna Izba Lekarska

tj. o około 4,87%. W tym samym okresie liczba aktywnych zawodowo położnych wzrosła o 2 292 osoby, tj. o około 8,23 %.¹³

Według poniższej tabeli od 2016 r. do 2019 r. liczba lekarzy w województwie lubuskim utrzymuje się na podobnym poziomie. Widoczny spadek wśród zatrudnionej kadry, w analizowanym okresie, zauważa się u pielęgniarek i położnych (odpowiednio o: 122 i 48 mniej w 2019 r niż w 2016 r.). W 2019 r. zatrudniono o 73 fizjoterapeutów i 44 ratowników medycznych więcej niż w 2016 r.

Tabela 20. Zatrudnienie wybranego personelu medycznego wg podstawowego miejsca pracy (łącznie z rezydentami i stażystami) w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w województwie lubuskim w latach 2016-2019

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Lekarze	2 052	2 037	2 027	2 052
Lekarze dentyści	575	590	563	565
Farmaceuci	29	31	36	35
Diagności laboratoryjni*	150	157	167	167
Inni pracownicy uprawnieni do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej z wykształceniem wyższym	64	55	55	52
Ratownicy medyczni ogółem**	433	465	469	477
Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem***	357	378	402	430
Psycholodzy	102	105	102	108
Logopedzi	18	22	16	17
Dietetycy z wyższym wykształceniem****	45	43	49	54
Terapeuci zajęciowi ogółem	64	63	65	62
Personel techniczny obsługujący aparaturę medyczną z wyższym wykształceniem	20	19	20	22
Pielęgniarki ogółem	4 492	4 472	4 412	4 370
Położne ogółem	562	550	553	514
Felczerzy	2	2	2	2
Technicy technologii żywienia/dietetycy z wykształceniem średnim/	9	16	18	14
Technicy analityki medycznej	261	247	238	234
Technicy fizjoterapii*****	159	154	149	147
Technicy dentyści	5	7	8	14
Technicy farmaceutyczni	50	53	55	48
Technicy elektroniki i informatyki medycznej	0	1	1	2
Technicy elektroradiologii	227	241	232	228
Technicy biomechaniki	0	0	0	0
Technicy masażyści /masażyści/	46	47	47	49
Instruktorzy higieny	14	16	14	12
Higienistki szkolne	17	16	15	16
Higienistki stomatologiczne	109	114	122	134
Asystentki stomatologiczne	168	186	185	181
Ortoptyści	3	3	5	4
Technicy ortopedzi	0	0	0	0
Opiekunki dziecięce	21	22	24	25
Opiekunowie medyczni	90	108	102	140
Protetycy słuchu	12	12	11	11
Technicy sterylizacji medycznej	7	18	19	40

* Diagności laboratoryjni - zgodnie z art. 7 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. 2019 poz.849)

** Ratownicy medyczni - zgodnie z art. 10 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2019 poz.993),

*** Fizjoterapeuci z wykształceniem wyższym zgodnie z art.4 ust.4 pkt.1-3 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U.2019 poz.952),

¹³ Izba Pielęgniarek i Położnych, <https://nipip.pl/liczba-pielęgniarek-polożnych-zarejestrowanych-zatrudnionych/>

**** Dietetycy z wykształceniem wyższym oraz magistrowie na kierunku: technologia żywności i żywienia oraz żywienie człowieka,

***** Technicy fizjoterapii zgodnie z art.4 ust.4 pkt.4 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U.2019 poz.952)

Źródło: Lubuski Urząd Wojewódzki

4.1.1. Kształcenie kadry medycznej

Kadra medyczna w regionie lubuskim starzeje się, a eksperci mówią wprost o deficycie. Jedyną szansą na rozwiązanie tego problemu jest samodzielne kształcenie lekarzy.

W 2008 r. powstały pierwsze plany, dotyczące utworzenia kierunku lekarskiego w województwie lubuskim. Przeprowadzono wówczas analizy, z których wynikało wyraźnie, że w Lubuskiem na 10 tys. mieszkańców przypada znacznie mniej lekarzy niż wynosi średnia w Polsce (16,7 – Lubuskie, 20,5 – Polska). Wskazane zostały także dziedziny deficytowe w zakresie kadry medycznej, tj. m.in. torakochirurgia, chirurgia naczyniowa, kardiologia, endokrynologia, gastroenterologia, neurologia czy pediatria. Analizy wykazały również, że ponad 60 proc. absolwentów uczelni medycznych, pochodzących z województwa lubuskiego, nie wraca po studiach do swojego regionu.

W celu powstrzymania niekorzystnej sytuacji kadrowej w województwie lubuskim 22 lutego 2012 r. podpisano „Porozumienie w sprawie współpracy pomiędzy Województwem Lubuskim a Uniwersytetem Zielonogórskim w zakresie kształcenia na Uniwersytecie Zielonogórskim studentów na kierunku lekarskim”.

Kierunek lekarski na Uniwersytecie Zielonogórskim funkcjonuje od 2015 roku. Bazę dydaktyczno-naukową na potrzeby kształcenia studentów stanowią obiekty m.in. Szpitala Uniwersyteckiego im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze, gdzie istnieje możliwość odbywania kształcenia kierunkowego w zakresie: chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii, ginekologii i położnictwa, neurologii i neurochirurgii, otolaryngologii, okulistyki, chorób zakaźnych, radiologii, anestezjologii i intensywnej terapii, propedeutyki stomatologicznej, onkologii, rehabilitacji, medycyny nuklearnej oraz prawa i medycyny sądowej. Decyzją Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego – w październiku 2015 r. na Wydziale Lekarskim UZ naukę rozpoczęło 60 studentów. W trakcie pierwszej rekrutacji zgłosiło się ponad 1.900 chętnych (tj. 31 osób na jedno miejsce). W kolejnych latach Ministerstwo Zdrowia wydało zgodę na przyjęcie ok. 120 osób na dany rok akademicki. Obecnie medycynę na Uniwersytecie studiuje 517 osób (stan na maj 2021 r.). W czerwcu 2021 roku mury uczelni opuścili pierwsi absolwenci kierunku – 51 osób. Co więcej – w Lekarskim Egzaminie Końcowym uzyskali oni najlepszy wynik w Polsce.

Samorząd Województwa Lubuskiego od początku wspiera finansowo funkcjonowanie kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Zielonogórskim oraz kierunku pielęgniarstwo na Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim. Od powstania kierunku lekarskiego samorząd przeznaczył na jego działalność łącznie ponad 18 mln zł (ok. 3 mln zł rocznie). Dzięki temu uczelnia zatrudnia obecnie ponad 200 pracowników naukowych, z tego prawie 40 profesorów. Oznacza to znaczne wzmocnienie potencjału.

Samorząd wsparł także szereg inwestycji z dostosowaniem infrastruktury szpitala i uczelni do potrzeb kształcenia lekarzy:

- **30,2 mln zł** przeznaczone zostało na dostosowanie infrastruktury Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze sp. z o. o. do potrzeb Kierunku Lekarskiego (w tym – modernizacja zakładu patomorfologii, utworzenie ośrodka nauk medycznych podstawowych, przebudowa zakładu diagnostyki laboratoryjnej oraz pracowni badań mikrobiologicznych);
- **6,2 mln zł** – modernizacja budynku F z przeznaczeniem na Dziekanat Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu – źródła finansowania – RPO, budżet Województwa Lubuskiego;
- **350 tys. zł** – wyposażenie Dziekanatu – źródło finansowania – budżet Województwa Lubuskiego;
- **3,8 mln zł** – Przygotowanie infrastruktury UZ pod potrzeby kierunku lekarskiego – źródło finansowania – RPO;
- **8,5 mln zł** – dostosowanie infrastruktury Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o. do potrzeb szkolenia studentów wydziałów medycznych źródło finansowania – RPO.

Wraz ze środkami na funkcjonowanie kierunku lekarskiego to ponad **67 mln zł**. W tej kwocie znajduje się również wynagrodzenie dla 79 studentów kierunku medycznego Uniwersytetu Zielonogórskiego, którzy zgłosili się do walki z Covid-19. Ponadto Uniwersytet Zielonogórski dał też zielone światło, by studenci ostatnich lat kierunków lekarskiego i pielęgniarstwa włączyli się aktywnie w udział w Narodowym Programie Szczepień.

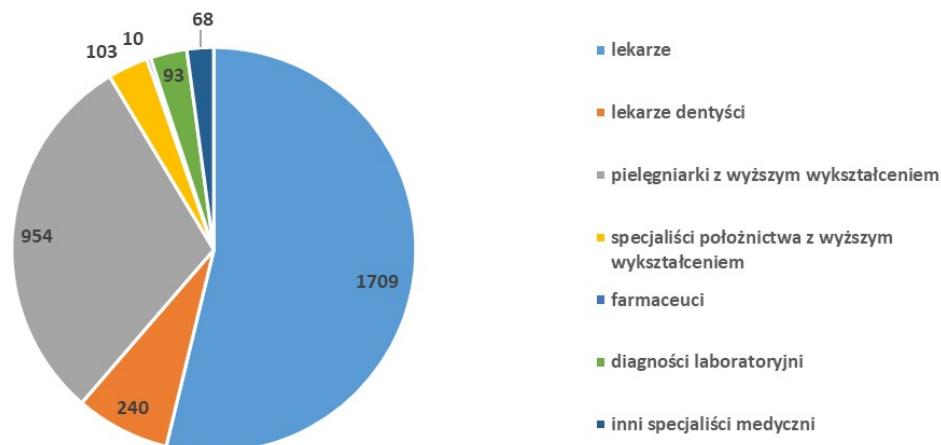
Samorząd Województwa Lubuskiego wspiera również studentów kierunku lekarskiego oraz pielęgniarstwa i położnictwa. Pomoc ma formę stypendium pieniężnego w wysokości 2 000 zł miesięcznie (dla studentów kierunku lekarskiego) oraz 1 200 zł miesięcznie (dla studentów kierunku pielęgniarstwo), które przyznawane jest na okres 9 miesięcy. Celem jest zwiększenie liczby lekarzy oraz pielęgniarek i położnych w lubuskich szpitalach oraz zatrzymanie młodych medyków w regionie. Umowa jest zobowiązaniem podjęcia pracy po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu. Stypendium może być przyznane studentowi III, IV, V i VI roku studiów, który spełnia następujące kryteria: jest studentem kierunku lekarskiego oraz pielęgniarstwa i położnictwa, nie powtarza roku, na który ubiega się o przyznanie stypendium i nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów oraz zawarze umowę stypendialną. Od 2018 roku na stypendia dla kierunku lekarskiego przeznaczono z budżetu województwa kwotę w wysokości 3.858.000 zł, natomiast od 2019 roku na stypendia dla pielęgniarek i położnych przeznaczono 648.000 zł. Na rok 2021/2022 Województwo Lubuskie przeznaczy 900.000 zł na stypendia dla 70 studentów kierunku lekarskiego, a kwotę 324.000 zł na stypendia dla 32 studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo.

4.1.2. Specjaliści w zawodach medycznych

Specjaliści w zawodach medycznych to osoby z I i II stopniem specjalizacji oraz osoby, które uzyskały specjalizację zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. 2020.1566 z późn. zm.).

Ogólna liczba specjalistów zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia w 2019 r. wynosiła 3 179. W 2019 r. liczba lekarzy specjalistów zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia stanowiła 83,29% ogółu lekarzy. W przypadku lekarzy dentyści specjaliści stanowili 42,48% ogółu dentyistów.

Wykres 11. Specjaliści zatrudnieni w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w 2019 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Wykres przedstawia liczbę lekarzy specjalistów według podstawowego miejsca pracy, łącznie z podmiotami leczniczymi MON i Ministerstwa Sprawiedliwości, bez podmiotów leczniczych MSW i aptek ogólnodostępnych. Każdy lekarz specjalista wykazany został tylko w jednej specjalności (zgodnie ze wskazaniem pracownika). Osoby posiadające więcej niż jedną specjalizację wykazano w specjalności wyższego stopnia, a w przypadku osób posiadających więcej niż jedną specjalizację tego samego stopnia – wykazano te osoby w specjalności odpowiadającej podstawowemu miejscu pracy.

Tabela 21. Specjaliści pracujący wg podstawowego miejsca pracy w latach 2016-2019

Wyszczególnienie		2016	2017	2018	2019
Specjaliści ogółem		2996	3144	3109	3179
Lekarze z II stopniem specjalizacji oraz lekarze specjalności uzyskanej "nowym trybem", w zakresie:		1492	1518	1453	1460
- alergologii		15	14	14	16
- anestezyjologii i intensywnej terapii		102	102	106	106
- angiologii		1	1	1	1
- audiologii		2	2	2	2
- audiologii i foniatrii		2	2	2	2
- balneoklimatologii i medycyny fizykalnej		2	2	1	1
- chirurgii	dziecięcej	12	14	9	11
	klatki piersiowej	6	5	6	5
	naczyniowej	5	4	5	7
	ogólnej	79	94	75	79
	onkologicznej	16	13	13	18
	plastycznej	5	4	5	5
	szczękowo-twarzowej	1	2	1	-
	szczękowej	-	-	-	-
- chemioterapii nowotworów		1	1	1	1

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Wyszczególnienie		2016	2017	2018	2019
- chorób	płuc	29	29	27	28
	płuc dzieci	1	1	1	1
	wewnętrznych	95	98	78	87
	zakaźnych	10	10	10	9
- dermatologii i wenerologii		21	21	17	20
- dermatologii dziecięcej		-	-	-	-
- diabetologii		11	14	15	15
- endokrynologii		11	11	11	10
- epidemiologii		2	3	3	1
- foniatrii		1	1	1	1
- gastroenterologii		10	8	12	12
- gastroenterologii dziecięcej		-	-	-	1
- geriatricznej		6	6	6	6
- ginekologii onkologicznej		5	5	4	9
- hematologii		8	7	8	8
- hipertensjologii		4	3	3	2
- kardiochirurgii		4	4	3	4
- kardiologii		51	57	54	54
- kardiologii dziecięcej		1	1	1	1
medycyny	kolejowej	1	1	1	1
	nuklearnej	3	3	3	2
	paliatywnej	4	4	4	3
	pracy	14	17	19	20
	przemysłowej	4	4	2	1
	ratunkowej	15	14	15	12
	rodzinnej	253	252	257	253
	ogólnej	4	7	8	6
	sądowej	1	1	1	1
	sportowej	2	1	0	2
szkolnej	-	-	0	-	
- mikrobiologii lekarskiej		-	1	1	-
- mikrobiologii		-	-	0	-
- nefrologii		18	20	20	25
- nefrologii dziecięcej		1	1	2	2
- neonatologii		28	27	25	26
- neurochirurgii		15	15	15	15
- neurologii		49	44	47	45
- neurologii dziecięcej		7	7	7	6
- okulistyki		58	51	54	59
- onkologii	i hematologii	-	-	-	1
	klinicznej	13	13	17	15
- organizacji ochrony zdrowia		3	1	3	2
- ortopedii	i traumatologii	31	33	23	24
	i traumatologii narządu ruchu	23	27	28	32
- otolaryngologii		18	16	18	16
- otorynolaryngologii		8	9	10	12
- patomorfologii		10	10	10	10
- pediatrii		82	86	83	76
- perinatologii		-	-	-	1
- położnictwa i ginekologii		118	123	114	103
- psychiatrii		71	63	57	54
- psychiatrii dzieci i młodzieży		3	4	4	3

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
- radiodiagnostyki	23	23	23	23
- radiologii i diagnostyki obrazowej	14	20	14	14
- radioterapii onkologicznej	9	9	6	10
- rehabilitacji medycznej	16	18	15	14
- reumatologii	15	13	12	12
- seksuologii	1	-	-	-
- transfuzjologii	3	3	2	1
- transfuzjologii klinicznej	1	1	1	2
- urologii	26	27	29	25
- urologii dziecięcej	4	6	4	4
- zdrowia publicznego	4	4	4	4
Lekarze z I stopniem specjalizacji	283	274	261	249
Lekarze dentyści	255	247	234	240
Pielęgniarki z wyższym wykształceniem (posiadające specjalizację lub kurs kwalifikacyjny)	733	859	898	954
Położni z wyższym wykształceniem (posiadające specjalizację lub kurs kwalifikacyjny)	74	84	89	103
Farmaceuci	19	18	18	12
Diagności laboratoryjni	74	83	93	93
inni specjaliści mający zastosowanie w ochronie zdrowia	67	61	63	68

Źródło: Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

W tabeli powyżej wymienia się wyłącznie pielęgniarki i położne z wyższym wykształceniem. Natomiast tytuł specjalisty może uzyskać każda pielęgniarka i położna posiadająca prawo wykonywania zawodu oraz dwuletni staż pracy, bez względu na rodzaj wykształcenia. Na podstawie danych uzyskanych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego (opracowanych na potrzeby Ministerstwa Zdrowia w 2019 roku – sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą) w województwie lubuskim pracuje 1990 pielęgniarek z wykształceniem średnim posiadających tytuł specjalisty lub ukończonym kursem kwalifikacyjnym oraz 206 położnych posiadających tytuł specjalisty czy skończony kurs kwalifikacyjny i wykształcenie średnie. Ogółem w województwie lubuskim pracuje 2944 pielęgniarek i 309 położnych posiadających tytuł specjalisty lub ukończony kurs kwalifikacyjny w różnych dziedzinach pielęgniarstwa. Dane te dotyczą pielęgniarek i położnych, pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy.

4.1.3 Podstawowa Opieka Zdrowotna

Lekarze

Zdrowie mieszkańców uzależnione jest od jakości i dostępności usług medycznych. Dostęp do odpowiedniej liczby lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej daje szansę na poprawienie komfortu opieki. Według zarządzenia Narodowego Funduszu Zdrowia liczba osób objętych opieką przez jednego lekarza nie powinna przekraczać 2 500 osób.

Tabela 22. Liczba lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w województwie lubuskim w latach 2015-2019^a

2015	2016	2017	2018	2019
830	824	869	850	863
<i>a</i> Niepowtarzająca się liczba lekarzy według numeru prawa wykonywania zawodu				

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LOW NFZ w Zielonej Górze.

Poniższa tabela pokazuje, że liczba mieszkańców przypadających na 1 lekarza w latach 2015-2019 utrzymywała się na podobnym poziomie ok. 1 200 osób.

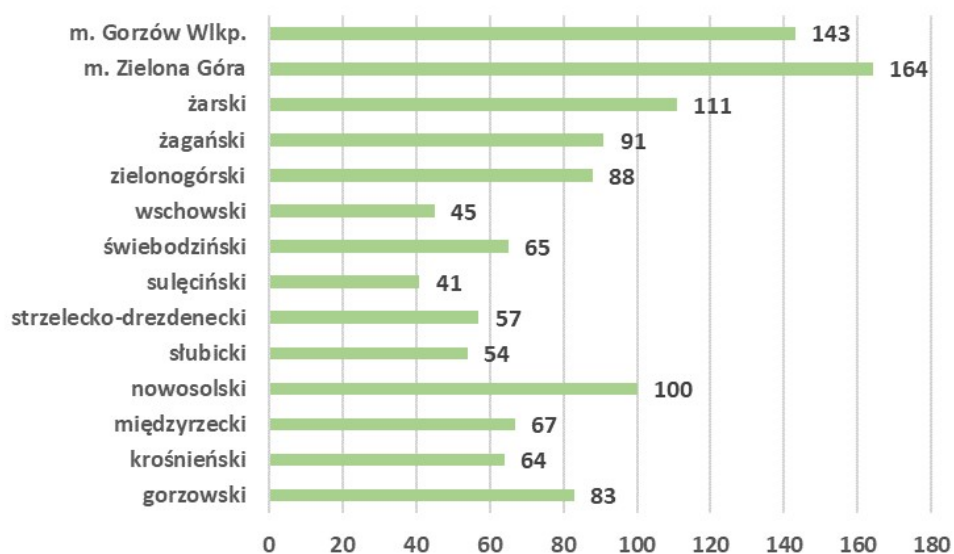
Tabela 23. Liczba mieszkańców województwa lubuskiego przypadających na 1 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2015-2019

2015	2016	2017	2018	2019
1 227	1 235	1 170	1 194	1 172

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LOW NFZ w Zielonej Górze i Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze.

Istotnym problemem jest zróżnicowanie w zakresie dostępności do lekarzy POZ w powiatach i gminach. Lekarze koncentrują swoje praktyki w dużych ośrodkach miejskich (Gorzów Wlkp. i Zielona Góra), gdzie na jednego lekarza przypada odpowiednio 143 i 164 pacjentów. Najmniej pacjentów na 1 lekarza przypada w powiecie sulęcińskim – 41 i wschowskim – 45.

Wykres 12. Liczba mieszkańców powiatów przypadających na 1 lekarza POZ w 2019 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LOW NFZ w Zielonej Górze

Pielęgniarki

Podobnie jak w przypadku lekarzy POZ, liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej nie powinna przekroczyć 2 500 osób. W województwie lubuskim liczba pielęgniarek utrzymuje się na tym samym poziomie. Liczba mieszkańców przypadających na 1 pielęgniarkę w latach 2015-2019 utrzymywała się na poziomie ok. 910 osób.

Tabela 24. Liczba pielęgniarek POZ w województwie lubuskim w latach 2015-2019^a

2015	2016	2017	2018	2019
1 102	1 099	1 098	1 107	1 116
^a Niepowtarzająca się liczba pielęgniarek wg numeru prawa wykonywania zawodu				

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LOW NFZ w Zielonej Górze.

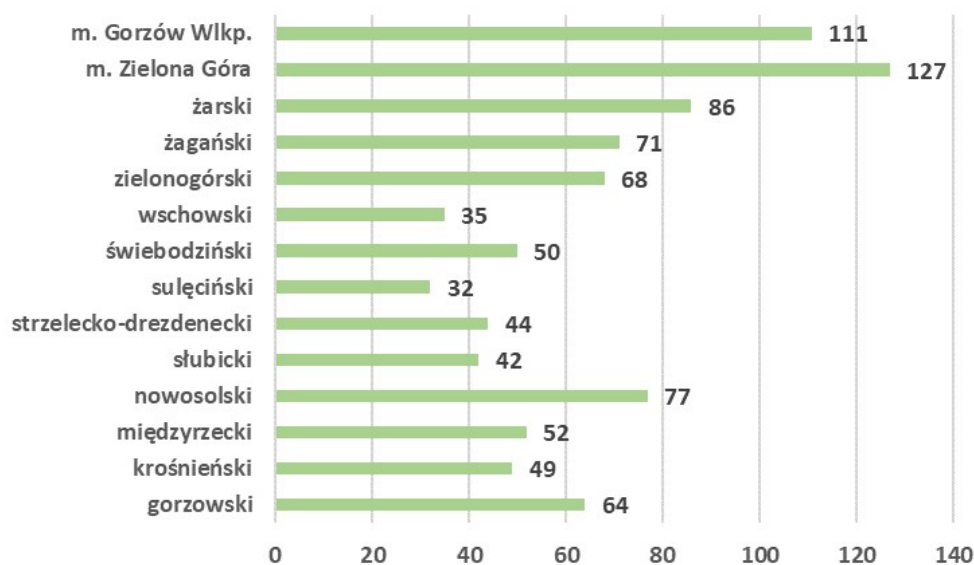
Tabela 25. Liczba mieszkańców województwa lubuskiego przypadających na 1 pielęgniarkę w latach 2015-2019

2015	2016	2017	2018	2019
924	926	926	916	906

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LOW NFZ w Zielonej Górze i Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze.

Tak samo jak w przypadku lekarzy POZ najmniej pacjentów na 1 pielęgniarkę przypadło w powiecie sulęcińskim i wschowskim (odpowiednio 32 i 35 osób). W żadnym z lubuskich powiatów nie została przekroczona norma 2 500 świadczeniodawców na 1 pielęgniarkę POZ.

Wykres 13. Liczba mieszkańców powiatów przypadających na 1 pielęgniarkę POZ w 2019 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LOW NFZ w Zielonej Górze

4.2 Lecznictwo stacjonarne

Według Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na terenie województwa lubuskiego funkcjonuje 61 podmiotów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych: 33 szpitalne i 28 innych niż szpitalne. Wśród szpitali zarejestrowanych w rejestrze Wojewody Lubuskiego odnotowano 10 publicznych i 23 niepubliczne podmioty (stan na 15 września 2021 r.).

Publiczne:

1. 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach (filia Szpitala w Żaganiu),
2. Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ w Nowej Soli,
3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie,
4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie,

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

5. Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie,
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SPZOZ w Ciburzu,
7. SP Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu,
8. Ośrodek dla Osób Uzależnionych SP ZOZ w Nowym Dworku,
9. SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze,
10. SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze.

Niepubliczne:

1. Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o. o.,
2. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o. o.,
3. Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o. o.,
4. Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr Lecha Wierusza w Świebodzinie Sp. z o. o.,
5. Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Drezdenku,
6. Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o. o.,
7. Zachodnie Centrum Medyczne Sp. z o. o w Krośnie Odrzańskim,
8. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. Prof. Z. Religi w Słubicach Sp. z o.o.,
9. NZOZ Szpital im. dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego w Skwierzynie Sp. z o. o.,
10. Szpital Międzyrzecki Sp. z o. o.,
11. Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o. o.,
12. Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o. o.,
13. Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o. o.,
14. Szpital na Wyspie Sp. z o. o w Żarach,
15. Chirurgia Plastyczna Barańscy Elżbieta Parka-Barańska i Andrzej Barański s.c. w Słubicach,
16. "URO-LASER" W. Zwierzyński i M. Drozd Lekarska Spółka Partnerska w Sulechowie,
17. Chirurgia Jednego Dnia Tomasz Ebert, Szymon Zachara spółka jawna w Gorzowie Wlkp.,
18. "ALDEMED" Centrum Medyczne Sp. z o. o w Zielonej Górze,
19. Specjalistyczne Centrum Medyczne „UROLOG” Bromber, Halińska s.j. w Zielonej Górze,
20. Marek Chlamtacz URO-MEDIC w Zielonej Górze,
21. Gorzowskie Centrum Medyczne Sp. z o. o w Gorzowie Wlkp.,
22. ARS MEDICA BIS' Lekarska Spółka Partnerska Julian Hucko i Partnerzy w Nowej Soli,
23. Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Janusz Gawron w Zielonej Górze.

4.3 Lecznictwo ambulatoryjne

W myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 711 z późn. zm.) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio

urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie nie jest wymagane m. in. do świadczeń: ginekologa i położnika, dentysty, wenerologa, onkologa, psychiatry, psychologa, psychoterapeuty, dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zakażonych wirusem HIV, dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów, dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych; dla osób uzależnionych i współuzależnionych (których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%).¹⁴

Tabela 26. Liczba placówek i porad w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w województwie lubuskim w latach 2016-2019

Poradnie	2016	2017	2018	2019
Przychodnie (szt.)	584	585	582	573
Praktyki lekarskie (szt.)	55	54	50	45
Praktyki stomatologiczne (szt.)	155	148	138	127
Podmioty ambulatoryjne (przychodnie i praktyki) na 10 tys. ludności (szt.)	7,8	7,7	7,6	7,4
Porady ambulatoryjne (tys. szt.)	7 761,5	7 688,7	7 650,6	7 518,7
Porady ambulatoryjne na 1 mieszkańca (szt.)	7,6	7,6	7,5	7,4
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej (tys. szt.)	4 346,1	4 408,4	4 524,1	4 488,5
Specjalistyczne porady lekarskie, ogółem (tys. szt.), w tym m.in.:	2 568,9	2 451,5	2 367,4	2 273,1
Alergologiczna	125,8	118,8	111,0	111,0
Endokrynologiczna	65,7	64,1	63,0	61,1
Kardiologiczna	200,5	206,5	211,5	201,4
Dermatologiczna	133,3	115,7	115,8	107,6
Neurologiczna	157,2	145,9	136,5	142,5
Onkologiczna	56,5	57,7	58,0	59,0
Gruźlicy i chorób płuc	75,2	68,2	65,0	63,0
Ginekologiczno - położnicza	281,4	262,3	248,9	242,4
Chirurgiczne – razem	515,5	499,0	486,0	457,8
Okulistyczna	249,6	231,7	211,2	180,5
Otolaryngologiczna	162,6	153,1	141,5	133,7
Urologiczna	84,4	84,0	85,7	92,2
Zdrowia psychicznego	157,1	142,5	139,1	142,4
Specjalistyczne porady stomatologiczne, ogółem (tys. szt.) w tym m.in.:	743,2	736,4	666,4	663,2
Stomatologiczna	666,9	667,5	606,3	610,5
Ortodontyczna	38,3	31,3	29,4	23,9
Chirurgii stomatologicznej	25,4	22,1	18,2	17,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Od 2016 do 2019 roku liczba placówek ambulatoryjnej opiece zdrowotnej spadła o 9 poradni. Na koniec 2019 roku w Lubuskim działalność prowadziło 573 przychodni (z czego 466 w mieście). W przypadku praktyk lekarskich i stomatologicznych spadek wyniósł odpowiednio: 10 i 28.

¹⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.)

W 2019 r. przeciętna liczba porad ambulatoryjnych w przeliczeniu na 1 mieszkańca wyniosła 7,4 (4,5 – porad podstawowej opieki zdrowotnej, 2,3 – specjalistycznych porad lekarskich oraz 0,7 – porad stomatologicznych). W specjalistycznej opiece lekarskiej największy udział miały porady świadczone w poradniach chirurgicznych (20,14%), ginekologiczno-położniczych (10,66%), kardiologicznych (8,9%) oraz okulistycznych (7,9%).

Zarówno w przypadku liczby specjalistycznych porad lekarskich jak i stomatologicznych nastąpił ich spadek względem 2016 roku o odpowiednio: 295,8 (11,5%) i 80 (10,8%).

4.4 Programy profilaktyczne

Profilaktyka to istotny element ochrony zdrowia, gdyż zgodnie z zasadą, że lepiej zapobiegać niż leczyć, odpowiednie postępowanie zdrowotne może zapobiec wielu ciężkim chorobom. W ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia w województwie lubuskim realizowanych jest 6 profilaktycznych programów zdrowotnych, obejmujących przeprowadzanie badań diagnostycznych pozwalających na wczesne wykrywanie zmian chorobowych, a w odniesieniu do programu badań prenatalnych wczesne wykrywanie wad płodu.

Tabela 27. Nakłady na profilaktyczne programy zdrowotne (w zł)

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Ogółem	6 316 415,40	6 581 460,14	6 120 580,20	5 598 522,90
Program profilaktyki raka piersi	3 012 778,57	3 056 325,04	2 898 830,00	2 835 062,28
Program profilaktyki raka szyjki macicy	302 978,00	271 867,50	240 972,00	187 559,72
Program badań prenatalnych	2 861 742,73	2 899 659,60	2 655 223,20	2 243 298,60
Program Chorób Układu Krążenia *	110 640,00	319 660,00	310 200,00	317 020,00
Program Profilaktyki Gruźlicy *	27 685,00	33 920,00	15 355,00	14 295,00
Program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych	591,10	28,00	0,00	1 287,30

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

4.4.1. Program Profilaktyki Raka Piersi

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi około 23% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe i jest przyczyną około 14% zgonów u Polek. Ryzyko zachorowania wzrasta po 50 roku życia. Spośród wielu czynników rakotwórczych coraz częściej wskazuje się na uwarunkowania genetyczne.¹⁵ Rak piersi w początkowym okresie nie daje żadnych objawów, ale wczesnie wykryty jest uleczalny. Najważniejszym czynnikiem w istotny sposób wpływającym na wyniki leczenia jest wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium rozwoju. Dlatego ważne jest, aby kobiety poddawały się regularnym badaniom mammograficznym, które pozwalają wykryć nawet najmniejsze zmiany.

W ramach profilaktyki raka piersi świadczeniodawcy realizują program profilaktyki raka piersi, którego celem jest obniżenie wskaźnika umieralności z powodu raka piersi (do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej) oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka sutka i wprowadzenie na terenie całego kraju zasad postępowania diagnostycznego.

¹⁵ <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/profilaktyka-raka-piersi>

Program adresowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat, które nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy lub otrzymały w ramach programu profilaktyki raka piersi w ubiegłym roku pisemne wskazanie do wykonania ponownej mammografii po 12 miesiącach, z powodu obciążenia następującymi czynnikami ryzyka:

- rak piersi wśród członków rodziny (matka, siostra, córka),
- mutacja w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2;
- nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi o charakterze złośliwym. nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi.

Programem nie mogą być niestety objęte kobiety, u których wcześniej w piersi zdiagnozowano już zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym.

Program finansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczenia w tym zakresie są świadczeniami nielimitowanymi, finansowanymi do rzeczywistego wykonania.

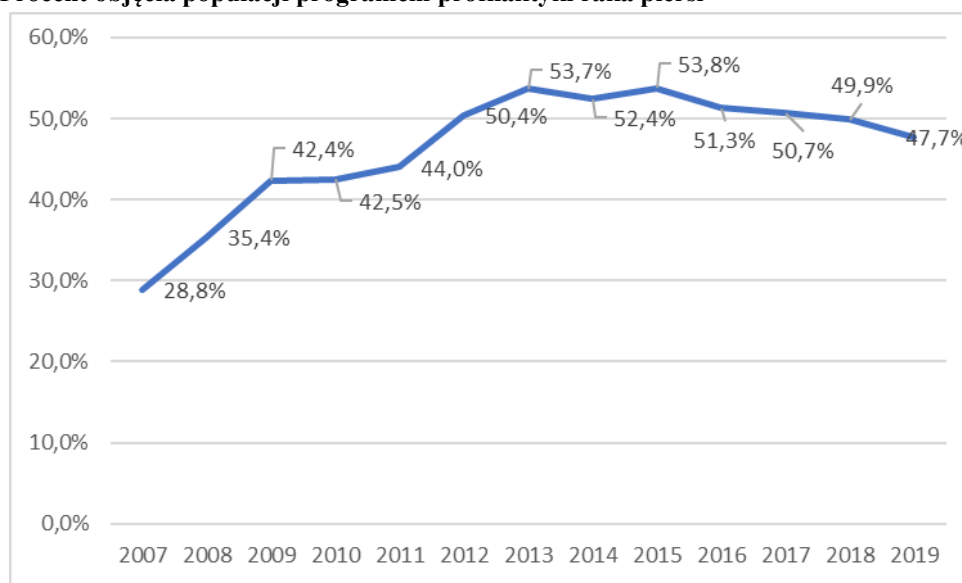
Tabela 28. Wykrywalność zmian chorobowych w ramach program profilaktyki raka piersi (50-69 lat)

Wyszczególnienie	2015	2016	2017	2018	2019
Liczba wykonanych badań	38 096	36 652	37 193	35 013	33 266
Zmiany złośliwe	29	32	31	37	38
Zmiany podejrzane	107	90	102	93	71
Wymagające dalszej diagnostyki	1 066	916	955	967	769

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

W 2019 roku w regionie lubuskim znacznie spadła liczba kobiet wykonujących badania mammograficzne w ramach Programu – o 4 830 mniej badań niż w 2015 roku. Mniejsze zainteresowanie programem może być spowodowane likwidacją od 1 stycznia 2016 r. działalności Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. (WOK), działającym przy zielonogórskim szpitalu, powołanym przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

Wykres 14. Procent objęcia populacji programem profilaktyki raka piersi



Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze (SIMP)

4.4.2. Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy

Rak szyjki macicy jest drugim pod względem częstości występowania nowotworem złośliwym u kobiet na świecie. Każdego roku umiera 230 000 kobiet, a liczba nowych zachorowań oceniana jest na 470 000. W Polsce odnotowuje się ok. 3 300 zachorowań na raka szyjki macicy rocznie, z czego 50% chorych umiera¹⁶. Tak wysoki procent umieralności wynika przede wszystkim z tego, że rak ten atakuje cicho i powoli. Może pozostawać utajniony średnio od 3 do 10 lat, długo rozwija się bezobjawowo, a gdy daje o sobie znać, zwykle mamy już do czynienia z zaawansowanym stadium choroby. Rak szyjki macicy wykryty w początkowym stadium (tzw. stadium przedinwazyjnym), jest prawie całkowicie wyleczalny. Leczenie raka szyjki macicy podjęte w chwili, gdy nowotwór jest już w stadium II, daje tylko 50 proc. szansy na powodzenie terapii. Szanse te maleją, im w wyższym stadium zaawansowania jest nowotwór. O jego wykryciu, w etapie bezobjawowym, decydują systematyczne, profilaktyczne badania cytologiczne.

W celu zmniejszenia wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy, do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej oraz podniesienia poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i wprowadzenie na terenie całego kraju jednolitego modelu postępowania diagnostycznego opracowano Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy.

Program skierowany jest do kobiet w wieku 25-59 lat, które nie miały wykonywanej cytologii w ramach programu profilaktycznego w ciągu ostatnich 3 lat. Każda kobieta uczestnicząca w programie ma zapewnioną kompleksową i wieloetapową opiekę medyczną. W przypadku podejrzenia nieprawidłowego wyniku badania cytologicznego w etapie diagnostycznym, pacjentka jest kierowana na powtórne badanie cytologiczne lub do etapu pogłębionego na badanie kolposkopowe wraz z biopsją, czyli pobraniem celowanych wycinków z tarczy szyjki macicy oraz wyłączeniem kanału szyjki i ewentualnie jamy macicy. W przypadku potwierdzenia diagnozy, pacjentka kierowana jest do leczenia specjalistycznego.

Program finansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczenia w tym zakresie finansowane są do rzeczywistego wykonania. W celu zwiększenia zgłaszalności na badania cytologiczne, a przede wszystkim ułatwienia dostępu do tych badań, od stycznia 2014 r. istnieje możliwość pobierania wymazów cytologicznych przez położne POZ w ramach Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy.

Tabela 29. Wykrywalność zmian chorobowych w ramach program profilaktyki raka szyjki macicy

Wyszczególnienie	2015	2016	2017	2018	2019
Liczba wykonanych badań	19 842	15 793	13 715	12 162	9 526
Liczba badań, dla których stwierdzono obecność nieprawidłowych komórek nabłonkowych	652	467	494	393	316
Liczba badań gdzie potwierdzono nieprawidłowe komórki nabłonka płaskiego (m. in. rak płaskonabłonkowy, nieprawidłowe komórki nabłonka płaskiego, zmiany śródnabłonkowe stopnia niskiego lub wysokiego)	636	465	489	389	309

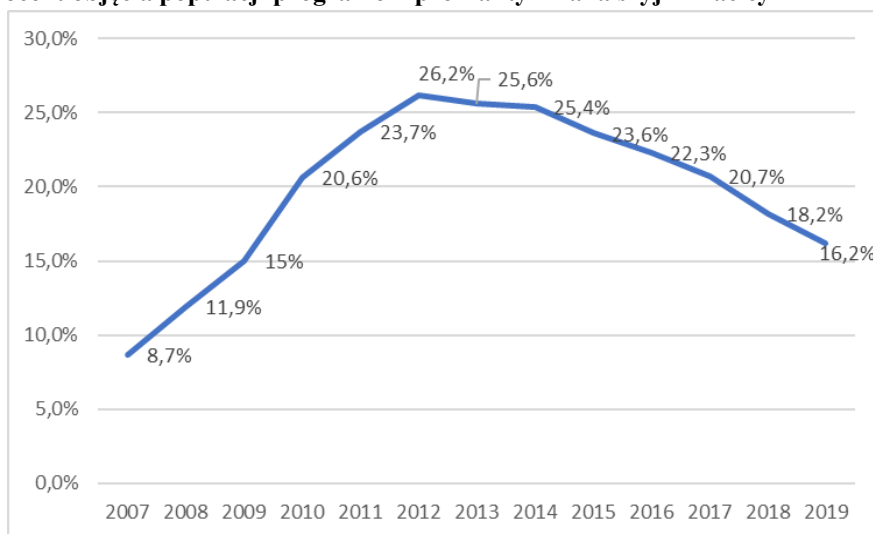
¹⁶ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego; <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/hpv/>, artykuł z 9 marca 2021 r.

Liczba badań gdzie potwierdzono nieprawidłowe komórki nabłonka gruczołowego (m. in. gruczolakorak, adenocarcinoma)	24	4	6	6	17
Procent nieprawidłowych wyników badań	7%	6%	7%	6%	7%

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze (SIMP)

W latach 2015-2019 roku w regionie Lubuskim zaobserwowano znaczny spadek liczby kobiet wykonujących badania cytologiczne w ramach Programu (o 10 316 mniej wykonanych badań w 2019 r. względem 2015 roku). Przyczyną tego stanu rzeczy może być, tak jak w przypadku mammografii, likwidacja Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy (WOK), działającym przy gorzowskim szpitalu, powołanym przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

Wykres 15. Procent objęcia populacji programem profilaktyki raka szyjki macicy



Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze (SIMP)

4.4.3. Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK)

Choroby układu krążenia to główna przyczyna zgonów w Polsce i na świecie. Na rozwój tych chorób wpływa wiele czynników związanych ze współczesnym stylem życia, tj.: nieodpowiednia dieta, palenie tytoniu czy picie alkoholu, stres, brak snu i aktywności fizycznej. Długotrwałe narażenie na te czynniki może prowadzić do zaburzeń, m.in.: otyłości, cukrzycy czy nadciśnienia tętniczego krwi. Wczesna diagnostyka i zmiana stylu życia mogą zminimalizować ryzyko zachorowania.

Dla osób szczególnie narażonych na choroby układu krążenia został opracowany Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK), którego celem jest podniesienie wiedzy i świadomości pacjentów na temat chorób układu krążenia i zdrowego stylu życia, ale przede wszystkim zmniejszenie o 20 proc. zachorowalności i umieralności Polaków z powodu chorób układu krążenia. Planowane są również osiągnięcie zwiększenia wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia, wczesna identyfikacja osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia oraz promocja zdrowego stylu życia.

Program adresowany jest do osób, które są w wieku 35, 40, 45, 50, lub 55 lat, nie miały wykonywanych badań objętych programem profilaktycznym w ciągu ostatnich 5 lat i nie miały

wcześniej rozpoznanej choroby układu krążenia. Program realizowany jest przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który na podstawie przeprowadzonego wywiadu kieruje pacjenta na badania (pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz badania biochemiczne). Na podstawie wyników badania lekarz dokonuje oceny ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia oraz wskazuje, w zależności od potrzeb, dalsze zalecenia:

- ponowne badanie za 5 lat,
- edukacja zdrowotną i ponowne badanie za 5 lat,
- kontrola pacjenta przez lekarza POZ poza programem,
- skierowanie na dalsze leczenie do specjalisty.

Program finansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczenia w tym zakresie finansowane są do rzeczywistego wykonania.

Tabela 30. Efekty realizacji programu profilaktyki chorób układu krążenia

Wyszczególnienie	2015	2016	2017	2018	2019
Liczba wykonanych badań	2 398	2 390	2 955	2 930	2 984
Liczba miejsc wykonywania świadczeń	283	282	277	280	278

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze (SIMP)

W latach 2015-2019 roku w Lubuskim zaobserwowano niewielki wzrost liczby osób, które wykonały badania w kierunku chorób układu krążenia w ramach Programu (o 586 badań więcej w 2019 r. niż w roku 2015).

4.4.4. Program Profilaktyki Chorób Odytoniowych (w tym POChP)

Liczne badania dowodzą, że istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nałogiem palenia papierosów a rozwojem chorób takich jak.: nowotwory jamy ustnej, gardła, krtani, płuc oraz innych narządów, choroby układu krążenia, udary, choroby układu oddechowego (np. przewlekłą obturacyjną chorobę płuc), chorobę Crohna, osteoporozę, chorobę Alzheimera, a także nowotwory szyjki macicy, trzustki i nerki.

Stopniowo zmniejsza się liczba palaczy papierosów w Polsce, nadal jednak pali 8 mln Polaków (odsetek osób codziennie palących tytoń zmniejszył się z 31 proc. w 2011 r. do 21 proc. w 2019 r.). Wciąż daleko nam do takich krajów jak Kanada i Szwecja, gdzie uzależnionych od tytoniu jest odpowiednio 13 proc. i 14 proc. społeczeństwa. Obydwa kraje już w 2025 r. chcą być wolne od tego nałogu, co oznacza, że uzależnionych od tytoniu będzie nie więcej niż 5 proc. populacji. W Polsce dąży się do tego, by ten cel osiągnąć w 2030 r., co będzie raczej bardzo trudne.¹⁷

Dla osób szczególnie narażonych na choroby odytoniowe przygotowany został Program Profilaktyki Chorób Odytoniowych (w tym POChP), którego głównym celem jest podniesienie świadomości poprzez edukację zdrowotną oraz zmniejszenie wskaźnika zachorowalności i śmiertelności z powodu palenia tytoniu, a także objęcie chorych wczesną diagnostyką i opieką specjalistyczną. Program adresowany jest do osób pełnoletnich, palących papierosy lub inne wyroby tytoniowe – zwłaszcza dla osób w średnim wieku (między 40 a 65 lat), które nie miały w ramach

¹⁷ Puls Medycyny <https://pulsmedycyny.pl/>

programu profilaktyki POChP wykonanych badań spirometrycznych w ciągu ostatnich 36 miesięcy oraz nie zdiagnozowano u nich wcześniej przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy.

W ramach programu wykonuje się wywiad lekarski dotyczący palenia tytoniu i zdrowia pacjenta. Następnie, jeśli zajdzie potrzeba, lekarz kieruje pacjenta na badania diagnostyczne: badania przedmiotowe (pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi), badania fizykalne. Dodatkowo, w przypadku gdy pacjent jest palaczem, zostaje zakwalifikowany do świadczeń w zakresie profilaktyki POChP – przechodzi badanie spirometryczne (dla osób w wieku 40-65 lat), polegające na oddychaniu do aparatu mierzącego pojemność płuc i szybkość wydechu. W razie potrzeby pacjent kierowany jest na dalsze badania lub leczenie do specjalisty. Program finansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

4.4.5. Program Badań Prenatalnych

Rosnący systematycznie średni wiek kobiet rodzących doprowadził do sytuacji, gdzie rodzące powyżej 35 roku życia stanowią do 10% ogólnej liczby porodów. U kobiet powyżej 35 roku życia wzrasta ryzyko wystąpienia patologii płodu uwarunkowanych aberracją chromosomalną. Określenie ryzyka ich wystąpienia i wykrycie wad rozwojowych we wczesnym okresie ciąży pozwalają na bezpieczne prowadzenie ciąży, umożliwiają podjęcie leczenia już w czasie życia płodowego i przygotowanie się rodziców do wdrożenia specjalistycznej opieki medycznej po urodzeniu dziecka. urodzeniu.¹⁸

Ryzyko populacyjne urodzenia dziecka z wadą wrodzoną wynosi około 3 - 5%. Część z tych wad dzięki diagnostyce obrazowej możliwe jest do rozpoznania we wczesnym okresie ciąży (I i II trymestr ciąży). Każdy przypadek stwierdzonej patologii wymaga weryfikacji za pomocą biochemicznych i genetycznych badań.¹⁹

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje Program Badań Prenatalnych, którego celem jest umożliwienie identyfikacji ryzyka wad i wczesnego rozpoznawania wad płodu, profilaktyka chorób dziedzicznych w rodzinach wysokiego ryzyka genetycznego oraz zwiększenie dostępności badań prenatalnych w Polsce.

Program adresowany jest do kobiet w ciąży, które spełniają przynajmniej jedno z poniższych kryteriów:

- wiek powyżej 35 lat;
- wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
- stwierdzenie strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
- znacznie zwiększone ryzyko urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową;
- stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

¹⁸ źródło: <https://pacjent.gov.pl/>,

¹⁹ Narodowy Fundusz Zdrowia „Program badań prenatalnych”

Tabela 31. Wykrywalność wad/chorób płodu w ramach programu badań prenatalnych

Wyszczególnienie	2015	2016	2017	2018	2019
Liczba kobiet objętych programem	3 309	4 385	4 515	4 230	3 827
Liczba kobiet z potwierdzeniem wady/choroby płodu	3	6	30	8	0
Liczba miejsc wykonywania świadczeń	5	5	5	6	7

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

W latach 2016-2019 r. zaobserwowano spadek liczby kobiet biorących udział w badaniach prenatalnych w ramach Programu względem roku 2016 (w 2019 r. przebadano o 558 mniej kobiet niż 3 lata wcześniej). W celu włączenia do Programu, wymagane jest skierowanie zawierające informacje o wskazaniach do objęcia programem wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do programu, wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę.

4.4.6. Program Profilaktyki Gruźlicy

Gruźlica jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterię – prątek gruźlicy. Źródłem zakażenia jest najczęściej chory na gruźlicę – prątkujący. Osoba chora na gruźlicę podczas kaszlu, kichania, odkrztuszania/odpluwania, głośnego śmiechu, mówienia, wydała prątki wraz z kropelkami śluzu. Zakażenie drogą powietrzną, zwane też zakażeniem inhalacyjnym (kropelkowym) jest najczęstszym sposobem zakażenia. Jeden nie leczony chory prątkujący zakaża w ciągu roku średnio od 10 do 15 osób.

W celu zmniejszenia liczby zakażeń na gruźlicę Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje Program Profilaktyki Gruźlicy. Program ten adresowany jest do osób powyżej 18. roku życia, które nie miały w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, a w szczególności:

- miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą;
- mają trudne warunki życiowe, mogące znacząco wpłynąć na wystąpienie choroby (osoby niepełnosprawne, obciążone długotrwałą chorobą, obciążone problemem alkoholowym i narkomanią, bezdomne, długotrwale bezrobotne).

Program Profilaktyki Gruźlicy realizują pielęgniarki POZ wśród swojej populacji pacjentów. W ramach programu badania wykonywane są co 2 lata.

Wykres 16. Efektywność programu profilaktyki gruźlicy w latach 2016-2019

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

W latach 2015-2019 zaobserwowano znaczny spadek liczby osób wykonujących badania w kierunku gruźlicy w ramach przedmiotowego Programu (o 7081 mniej badań przeprowadzonych w 2019 r. niż w 2015 roku).

Poza scharakteryzowanymi programami profilaktycznymi realizowanymi w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 roku *w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem oraz znowelizowanego art. 48 d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* dofinansowuje programy polityki zdrowotnej realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego. W 2021 roku Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ dofinansuje trzy programy polityki zdrowotnej:

- 1) Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż. (Gmina Żary o statusie miejskim),
- 2) Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Żary na lata 2020-2022 (Gmina Żary),
- 3) Program wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku wśród uczniów klas I szkół podstawowych Gminy Zbąszynek na lata 2021-2022.

4.4.7. Programy profilaktyczne finansowane z innych źródeł niż LOW NFZ

1) Szczepienia przeciw wirusowi HPV

Wirus HPV (Human Papillomavirus) to ludzki wirus brodawczaka. Wyróżnia się 150 typów HPV chorobotwórczych dla człowieka, wśród których, typy 16 i 18 należą do wysoko onkogennych typów wirusa, które odpowiadają za zmiany przedrakowe szyjki macicy i raka szyjki macicy. Do zakażenia HPV dochodzi drogą płciową, najczęściej w początkowym okresie po rozpoczęciu aktywności seksualnej. W ciągu swojego życia 50-80% aktywnych seksualnie kobiet i mężczyzn było lub będzie zakażonych HPV. Zakażenia HPV mogą prowadzić również do raka odbytu, przestrzeni ustno-gardłowej, pochwy, sromu, prącia.

WHO, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Profilaktyki Zakażeń HPV rekomendują rutynowe szczepienia nastolatków w wieku 11-12 lat, najlepiej przed rozpoczęciem aktywności seksualnej, oraz szczepienia starszych dziewcząt i kobiet przeciw HPV. Szczepienie dotyczy również chłopców i młodych mężczyzn. Nowe badanie, którego wyniki ukazały się w czasopiśmie naukowym „Infectious Agents and Cancer”, wykazało związek przyczynowy między HPV a rozwojem raka prostaty. Zdaniem autorów pracy zakażenia HPV mogą pośrednio wpływać na procesy rakotwórcze, ale też bezpośrednio zapoczątkowywać onkogenę prostaty. Ponadto badania przeprowadzone w USA dowodzą, że z powodu wirusa HPV więcej mężczyzn zapada na raka jamy ustnej, podstawy języka i migdałków niż dziewcząt na raka szyjki macicy. Zdaniem polskich lekarzy szczepienia przeciw HPV znacząco obniżają ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy i innych zmian wywoływanych przez wirus brodawczaka ludzkiego (HPV). Wykonywanie szczepień powinno

być realizowane w sposób programowy i pod warunkiem, że można zagwarantować ich stabilne finansowanie. Jednocześnie szczepienia powinny być częścią programu zawierającego informację i edukację na temat profilaktyki zakażeń wirusem HPV. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne szacuje, że szczepienia nastolatek i młodych kobiet przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (przed rozpoczęciem inicjacji seksualnej) spowodują zmniejszenie ogólnej liczby zachorowań na raka szyjki macicy od 76 do 96 % w ciągu 15-20 lat od rozpoczęcia szczepień.

W województwie lubuskim takie szczepienia realizują niektóre samorządy lokalne ze środków własnych m.in.: urzędy miasta i gminy w Żarach, Międzyrzeczu, Świdnicy, Skwierzynie i Zielonej Górze²⁰.

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 listopada 2021 r. szczepionka przeciw HPV – Cervarix jest refundowana z 50% dopłatą pacjenta, we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach: u osób od ukończenia 9. roku życia do profilaktyki zmian przednowotworowych narządów płciowych i odbytu (szyjki macicy, sromu, pochwy i odbytu) oraz raka szyjki macicy i raka odbytu związanych przyczynowo z określonymi onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV).

2) Profilaktyka nowotworów głowy i szyi

Program skierowany jest do pacjentów w wieku 40-65 lat, którzy mają co najmniej jeden z poniżej wymienionych objawów przez minimum 3 tygodnie i nie są to objawy związane z infekcją górnych dróg oddechowych:

- pieczenie języka, nieogójące się owrzodzenie oraz/lub czerwone lub białe naloty w jamie ustnej,
- ból gardła,
- przewlekła chrypka,
- guz na szyi,
- niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa,
- ból w trakcie oraz/lub problemy z przełykaniem.

Realizatorem Programu jest Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze. Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne), a jego wartość wynosi 1 087 615,20 zł. Program realizowany jest do 30 czerwca 2022 roku.

3) Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży

Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, a jego wartość wynosi 12 903 539,44 zł.

²⁰ dane z 1 czerwca 2021 r. www.szczepienia.pzh.gov.pl

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży obejmuje swoim zasięgiem Powiat Zielonogórski i Miasto Zielona Góra i jest skierowany do dzieci i młodzieży przed ukończeniem 18tego roku życia. Realizatorem Programu jest SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze, a partnerem – Województwo Lubuskie/Departament Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze.

Głównym celem projektu jest zwiększenie dostępu do wielospecjalistycznej, skoordynowanej opieki psychiatrycznej dla 2 600 dzieci i młodzieży oraz ich rodzin lub opiekunów – 3 129 osób – poprzez skalowanie innowacji społecznej i wdrożenie Modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży z wykorzystaniem potencjału sieci lokalnych podmiotów. Centrum będzie działało do 2023 roku.

Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia realizuje programy profilaktyczne:

- 1) Program profilaktyki próchnicy zębów dla młodzieży (do 30.06.2023 r.),
- 2) Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi (1.06.2020 r. – 31.03.2023 r.),
- 3) Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego (do 31.12.2021 roku),
- 4) Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN) (do 31.12.2021 roku),
- 5) ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry (do 31.12.2023 r.),
- 6) Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia (do 31.12.2023 r.),
- 7) Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej (do 31.12.2023 r.),
- 8) Program profilaktyki chorób odkleszczowych (do 31.12.2023 r.),
- 9) Program profilaktyki wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) (do 31.12.2021 r.),
- 10) Pilotażowy program profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV u dorosłych mieszkańców Polski (do 31.12.2023 r.),
- 11) Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) (do 30.06.2023 r.),
- 12) Program Koordynacji Profilaktyki Złamań Osteoporotycznych (do 31.12.2023 r.),
- 13) Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa (do 31.12.2023 r.),
- 14) Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi (do 31.12.2023 r.).

Samorząd Województwa Lubuskiego realizuje różne programy mające na celu profilaktykę i wczesną diagnostykę chorób. Obecnie wdrożone są programy, z których bezpłatnie mogą skorzystać mieszkańcy województwa lubuskiego:

1) **„Kolonoskopia dla osób pracujących, uczących się lub mieszkających w powiatach województwa lubuskiego: krośnieńskim, nowosolskim, zielonogórskim, żagańskim, żarskim”**- w ramach projektu, współfinansowanego ze środków UE, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze (Partner), realizuje bezpłatne badania przesiewowe w kierunku wykrycia raka jelita grubego. Do 30 czerwca 2023 r. zaplanowano wykonanie 2 000 badań kolonoskopowych. Całkowita wartość projektu wynosi 3 717 157,89 zł (w tym dofinansowanie EFS - 3 531 299,99 zł).

Grupę docelową stanowią osoby w wieku aktywności zawodowej, będące w grupie podwyższonego ryzyka. Zgodnie z rekomendacjami Programu Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego dla systemu oportunistycznego tj.:

- **wszystkie osoby w wieku 50 – 65 lat** bez objawów takich jak krwawienie z przewodu pokarmowego, biegunka lub zaparcie które pojawiło się w ciągu ostatnich kilku miesięcy, a którego przyczyna nie jest znana, a także chudnięcie lub anemia bez znanej przyczyny.
- **osoby w wieku 40-49 lat** bez objawów raka jelita grubego, które miały w **rodzinie** przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z **rakiem** jelita grubego.
- **osoby w wieku 25-49 lat** z rodziny z zespołem Lyncha. W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny z zespołem Lyncha z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego. W ramach Programu Badań Przesiewowych można wykonać tylko pierwsze badanie.
- **osoby w wieku 20-49 lat** pochodzące z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej – FAP. W tym przypadku konieczne jest skierowanie (potwierdzenie) z Poradni Genetycznej. W ramach Programu Badań Przesiewowych można wykonać tylko pierwsze badanie.

2) **„Cytologia, mammografia do lubuskich kobiet trafia – wsparcie profilaktyki nowotworów złośliwych szyjki macicy i piersi** – celem projektu, współfinansowanego ze środków UE, jest zwiększenie zgłaszalności Lubuszanek na badania profilaktyczne w kierunku wykrycia raka piersi i szyjki macicy. Badanie w kierunku raka piersi dotyczy kobiet z powiatów gorzowskiego, sulęcińskiego, nowosolskiego, żarskiego i miasta Gorzowa Wlkp., a w przypadku raka szyjki macicy kobiet z powiatów międzyrzeckiego, nowosolskiego, żarskiego, żagańskiego i miasta Zielona Góra. W celu zwiększenia wykrywalności tych nowotworów projekt zakłada także realizację działań wspierających, informacyjnych i edukacyjnych w latach 2021-2023. Wartość projektu to ponad 2 mln. zł.

3) **Program polityki zdrowotnej – Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2021 roku** – celem

Programu jest ograniczenie zjawiska niepłodności i bezdzietności u par kwalifikujących się do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – stanowiących populację docelową. Pary muszą spełniać poniższe wymogi formalne:

- być w związku małżeńskim lub partnerskim,
- mieszkać i posiadać stałe zameldowanie na terenie województwa lubuskiego,
- w dniu kwalifikacji do programu złożyć u realizatora programu stosowne oświadczenia wraz zaświadczeniem o stałym zameldowaniu wydanym przez Biuro Ewidencji Ludności,
- posiadać dokumentacją medyczną potwierdzającą bezwzględną przyczynę niepłodności lub nieskuteczne, zgodne z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej, leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu.

Dotychczas odbyły się cztery edycje Programu. Od 2018 r. Zarząd Województwa Lubuskiego przeznaczył na realizację Programu kwotę ok 1 mln 300 tys. zł, co pozwoliło na wykonanie 250 procedur zapłodnienia. W latach 2018-2020 ze 145 par zakwalifikowanych do badania przeprowadzono 158 procedur in vitro czego efektem było 57 urodzonych dzieci (w tym 3 urodzenia bliźniacze).

4) **Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego** – program realizowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Grupą docelową są mieszkańcy województwa lubuskiego w wieku:

- 55 - 74 lat z konsumpcją tytoniu minimum 30 paczkołat, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat,
- 50 - 74 lat z konsumpcją tytoniu minimum 30 paczkołat, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat, u których stwierdza się jeden z czynników ryzyka:
 - ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza, pył drzewny;
 - ekspozycja na radon;
 - indywidualna historia zachorowania na raka: przebyty rak płuca (lung cancer survivor), w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego;
 - rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia;
 - historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF).

W programie zastosowane zostanie badanie przeprowadzone za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej (LDCT). Od stycznia 2022 roku realizatorem Programu został Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu sp. z o. o., który planuje przebadać 1080 osób.

5) **Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy** – Program skierowany jest do osób zamieszkujących teren województwa lubuskiego w wieku aktywności zawodowej, pracujących i powracających do pracy, u których stwierdzono schorzenie układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy, kwalifikujących się do leczenia z zastosowaniem metod rehabilitacji medycznej. Do programu kwalifikują się:

- Lubuszanie w wieku aktywności zawodowej pozostający w zatrudnieniu, którzy z powodu schorzeń układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego, skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, odczuwają ograniczenie w wykonywaniu pracy zarobkowej lub są zagrożeni utratą zdolności do pracy (kryterium to dotyczy także uczniów szkół o profilu zawodowym, odbywających praktyczną naukę zawodu);
- Lubuszanie w wieku aktywności zawodowej pozostający bez zatrudnienia (bezrobotni) doświadczający problemów z podjęciem zatrudnienia lub powrotem na rynek pracy na skutek choroby lub niepełnosprawności (dotyczy schorzeń układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego, skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych), u których rokowanie co do odzyskania sprawności i zdolności do pracy jest pozytywne. Istotnym kryterium kwalifikującym do udziału w Programie jest kryterium zdrowotne.

Na realizację projektów rehabilitacyjnych podpisano 23 umowy z podmiotami leczniczymi na kwotę 27 779 418,81 zł (dofinansowanie: 25 380 539,49 zł).

5. Sytuacja finansowa w publicznej służbie zdrowia

Wysokość zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki stacjonarnej od 2016 do 2019 r. zwiększyła się o ponad 5 mln zł. Jednakże niepokój budzi gwałtowny wzrost zobowiązań wymagalnych (wszystkie zobowiązania wraz z odsetkami, których termin płatności upłynął, a które nie są przedawnione lub umorzone), których wartość zwiększyła się o ok 430 tys. zł tj. o 37%.

Najwyższą pozycję w strukturze zobowiązań stanowią zobowiązania z tytułu innych kredytów i pożyczek, pozostałych zobowiązań cywilnoprawnych oraz pożyczek udzielonych przez jednostki samorządu terytorialnego, których wartość na koniec 2019 r. wyniosła ponad 35 mln zł.

Tabela 32. Struktura zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na terenie województwa lubuskiego według stanu na koniec czwartego kwartału w latach 2016-2019 (dane ostateczne po weryfikacji z MSF)

Wyszczególnienie w układzie rodzajowym	2016		2017		2018		2019	
	zobowiązania SP ZOZ w zł							
	razem	w tym wymagalne	razem	w tym wymagalne	razem	w tym wymagalne	razem	w tym wymagalne
Zobowiązania ogółem	63 701 243	1 159 058	62 935 410	1 191 919	66 327 098	1 809 637	68 964 323	1 588 439
w tym:								
Zobowiązania wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	9 107 646	0	10 784 252	0	6 054 416	0	5 702 648	888 921
Zobowiązania wobec Urzędu Skarbowego	1 257 837	0	1 413 565	0	1 512 826	0	1 387 390	0
Zobowiązania wobec PFRON	0	0	0	0	0	0	0	0
Zobowiązania z tytułu pożyczek udzielonych za pośrednictwem BGK	0	0	0	0	0	0	0	0
Zobowiązania z tytułu pożyczek udzielonych przez jednostki samorządu terytorialnego	12 615 493	0	12 085 000	0	11 555 000	0	11 030 000	0
Zobowiązania z tytułu innych pożyczek i kredytów	18 957 642	0	15 017 702	279 861	12 942 500	0	12 209 080	0
Zobowiązania z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych	1 406 201	120 423	2 109 860	119 947	2 285 171	248 951	980 987	70 615
Zobowiązania z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej	1 106 834	0	1 270 003	0	1 400 099	0	6 244 415	0

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Wyszczególnienie w układzie rodzajowym	2016		2017		2018		2019	
	zobowiązania SP ZOZ w zł							
	razem	w tym wymagalne	razem	w tym wymagalne	razem	w tym wymagalne	razem	w tym wymagalne
Zobowiązania z tytułu zużycia energii, gazu, wody	921 986	0	1 004 355	7 149	1 236 976	152 556	946 720	142 963
Zobowiązania z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych i innych)	6 842 216	149 714	9 258 127	398 342	10 008 621	693 717	7 219 239	585 660
Zobowiązania wobec pracowników	3 906 341	0	4 642 131	385 450	5 148 705	711 887	7 960 526	729 347
Pozostałe zobowiązania publicznoprawne	644 015	0	536 447	0	443 184	0	85 252	58 297
Pozostałe zobowiązania cywilnoprawne	10 340 030	0	9 543 804	1 170	9 009 764	1 318	11 793 068	1 557
Zobowiązania zakładu przekazane przez wierzycieli pierwotnych innym podmiotom	0		0		0		0	

Źródło: Wydział Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

Od 2016 r. do 2019 r. znacząco spadła ogólna wysokość zobowiązań:

- z tytułu innych pożyczek i kredytów – o 6,75 mln zł,
- wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – o 3,4 mln zł,
- z tytułu pożyczek udzielonych przez jednostki samorządu terytorialnego – o 1,59 mln zł,
- publicznoprawnych – o 558,76 tys. zł,
- z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych – o 425,21 tys. zł.

W tym samym okresie niepokojąco wzrosła wysokość zobowiązań:

- z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej – o 5,14 mln zł,
- z tytułu pozostałych zobowiązań cywilnoprawnych – o 1,45 mln zł,
- z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych i innych) – o 377,02 tys. zł,
- wobec Urzędu Skarbowego – o 129,55 tys. zł,
- z tytułu zużycia energii, gazu, wody – o 24,73 tys. zł,
- wobec pracowników – o 4,05 tys. zł.

5.1 Finanse samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej

Analiza obejmuje samodzielne zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez wojewódzką, powiatową lub gminną jednostkę samorządu terytorialnego oraz gminę miejską na prawach powiatu. W roku 2021 były to 22 jednostki.

Tabela 33. Finanse samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w województwie lubuskim w 2019 roku

Kod	Wyszczególnienie	Ogółem (w zł)	w tym wymagalne (w zł)
Dział I. Aktywa			
A	Aktywa trwałe	256 886 845	
B	Aktywa obrotowe	80 933 717	
B.I.	Zapasy	10 129 043	
B.II.	Należności krótkoterminowe	40 218 389	
B.III.	Inwestycje krótkoterminowe	29 907 772	
B.IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	678 513	
	Aktywa razem	337 820 562	
Dział II. Pasywa			
A	Kapitał (fundusz) własny	158 272 703	
B	Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	179 547 859	
B.I	Rezerwy na zobowiązania	24 211 254	
B.II	Zobowiązania długoterminowe	26 084 787	
B.III	Zobowiązania krótkoterminowe	51 870 634	
B.IV.	Rozliczenia międzyokresowe	77 381 184	
	Pasywa razem	337 820 562	
Dział III. Przychody i koszty			
A.	Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi	416 230 324	
A.I.	Przychody netto ze sprzedaży produktów	416 823 992	
A.I.1.	sprzedanych NFZ (Kasom Chorych)	396 603 720	
A.I.2.	sprzedanych Ministerstwu Zdrowia	1 515 139	
A.I.3.	sprzedanych pracodawcom	2 876 201	
A.I.3.	pozostałych	15 828 932	
B.	Koszty działalności operacyjnej	433 517 465	
B.I.	Amortyzacja	17 276 202	
B.II.	Zużycie materiałów i energii	81 370 453	
B.II.1	w tym materiałów	71 189 919	
B.II.1.a	- leków	19 748 544	
B.II.1.b	- żywności	2 245 822	
B.II.1.c	- sprzętu jednorazowego	24 535 967	
B.II.1.d	- odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych	5 402 323	
B.II.1.e	- paliwa (gaz)	1 797 199	
B.II.1.f	- pozostałe	17 460 064	
B.II.2	w tym energii	10 180 536	
B.III.	Usługi obce	144 205 685	
B.III.1	remontowe	6 247 288	
B.III.2	transportowe	1 550 584	
B.III.3	medyczne obce (umowy cywilno-prawne, prace wykonane przez laboratoria itp.)	111 435 825	
B.III.4	Pozostałe usługi	24 971 988	
B.IV.	Podatki i opłaty	1 738 955	
B.V.	Wynagrodzenia	156 063 863	
B.V.1	Wynagrodzenia ze stosunku pracy	140 133 942	
B.V.2	Wynagrodzenia z umów zleceń i o dzieło	14 820 548	
B.V.3	Wynagrodzenia pozostałe	1 109 373	
B.VI.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	30 657 879	
B.VII.	Pozostałe koszty rodzajowe	2 008 778	
B.VIII.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	195 650	

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Kod	Wyszczególnienie	Ogółem (w zł)	w tym wymagalne (w zł)
C.	Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B)	-17 287 141	
D.	Pozostałe przychody operacyjne	12 869 184	
E.	Pozostałe koszty operacyjne	1 597 298	
F.	Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)	-6 015 255	
G.	Przychody finansowe	358 947	
H.	Koszty finansowe	983 217	
I.	Zysk (strata) brutto (F+G-H)	-6 639 525	
J.	Podatek dochodowy	115 162	
K.	Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zmniejszenia straty)	64	
N.	Zysk (Strata) netto (I-J-K)	-6 754 751	
Dział IV. Zobowiązania cz I.			
A	Zobowiązania ogółem (*)	77 955 421	
A.I	Zobowiązania przekazane w drodze cesji przez wierzycieli pierwotnych na inne podmioty	0	
A.II	Zobowiązania objęte umowami z pierwotnymi wierzycielami	829 919	
A.III	Pozostałe zobowiązania	77 125 502	
Dział V. Zobowiązania cz II.			
A	Zobowiązania ogółem (*)	77 955 421	1 588 429
A.I	ZUS	9 414 980	0
A.II	PFRON	0	0
A.III	Energia, gaz, woda, inne media	1 164 935	142 963
A.IV	Pracownicy	8 033 125	729347
A.V	Pozostałe	59 342 381	716 119
Dział VI. Należności			
A	Należności ogółem	40 218 389	1 024 345
A.I	Narodowy Fundusz Zdrowia	34 564 884	0
A.II	Ministerstwo Zdrowia	0	0
A.III	Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	56 101	431
A.IV	Należność od podmiotów prowadzących działalność leczniczą	218 318	3 690
A.V	Pozostałe	5 379 068	1 020 224

źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia /dane ze sprawozdania Mz-03/.

5.2 Strategia kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Naczelnym zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia jest rzetelne zarządzanie środkami publicznymi przeznaczonymi na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez zawieranie umów, ich monitorowanie i rozliczanie. Podstawą procesu kontraktowania jest plan zakupu świadczeń. Tworzy się go na podstawie ustalonych priorytetów, biorąc pod uwagę posiadane środki finansowe, mając na względzie potencjał wykonawczy świadczeniodawców oraz równą dostępność do świadczeń.

Plan zakupu świadczeń uwzględnia wszystkie rodzaje oraz zakresy świadczeń gwarantowanych. W zakresach niemożliwych do zakontraktowania na terenie województwa planuje się wartość świadczeń, na jaką pacjenci z województwa wyjadą poza jego granice. Uwzględniana jest również wartość, na jaką lubuscy świadczeniodawcy udzielą świadczeń na rzecz pacjentów z innych województw.

Biorąc pod uwagę średnie nakłady na ubezpieczonego na przestrzeni ostatnich lat, należy stwierdzić, że w województwie lubuskim powoli następuje wyrównanie do średniej krajowej.

Tabela 34. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych na 1 mieszkańca w latach 2016-2019 (w tys. zł)

Województwo	2016	2017	2018	2019
RAZEM NFZ	1,84	2,01	2,11	2,35
Dolnośląskie	1,83	2,02	2,10	2,33
Kujawsko-Pomorskie	1,83	2,01	2,09	2,34
Lubelskie	1,87	2,06	2,15	2,43
Lubuskie	1,80	1,92	2,04	2,24
Łódzkie	1,95	2,10	2,27	2,49
Małopolskie	1,80	1,95	2,08	2,32
Mazowieckie	1,91	2,10	2,21	2,44
Opolskie	1,75	1,89	1,98	2,18
Podkarpackie	1,76	1,91	2,02	2,28
Podlaskie	1,81	1,94	2,06	2,36
Pomorskie	1,77	1,91	2,02	2,25
Śląskie	1,90	2,06	2,18	2,43
Świętokrzyskie	1,90	2,05	2,17	2,43
Warmińsko-Mazurskie	1,74	1,87	1,97	2,22
Wielkopolskie	1,82	2,00	2,08	2,30
Zachodniopomorskie	1,80	1,95	2,07	2,28

Źródło: LOW NFZ w Zielonej Górze, określone na podstawie planu finansowego wg stanu na 31.12 danego roku i według danych GUS

Wzrost wartości środków, jakimi dysponuje Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ, wpływa na zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ubezpieczonym na terenie województwa.

5.2.1. Długość oczekiwania na świadczenie zdrowotne

Podobnie jak w innych regionach, także w województwie lubuskim, stały popyt na usługi opieki zdrowotnej oraz wzrost kosztów udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej powodują wydłużanie się czasu oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego. Starzejące się społeczeństwo wymaga zwiększonej liczby świadczeń, które – w związku rozwojem medycyny i pojawianiem nowych technologii medycznych – są coraz droższe. Mimo przeznaczenia dodatkowych środków na świadczenia z najdłuższym czasem oczekiwania, nie polepszyło to sytuacji, gdyż nieustannie rośnie liczba osób objętych stałą opieką, a te nie są już wykazywane jako „oczekujące”. Kolejnym czynnikiem jest niewystarczająca liczba poradni specjalistycznych i lekarzy określonych specjalności. Poradnie te w dużym stopniu różnią się poziomem wyposażenia oraz są nierównomiernie rozmieszczone w regionie. Innym problemem, jaki generują sami pacjenci, jest zapisywanie się do kolejek oczekujących w kilku poradniach.

Tabela 35. Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w województwie lubuskim

Wyszczególnienie	Stan w dniu			
	31.12.2016	31.12.2017	31.12.2018	31.12.2019
Liczba osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” (osoba)	14 878	15 953	17 756	11 840
Średni czas oczekiwania (w dniach)	9	10	10	10
Liczba osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” (osoba)	107 041	107 265	105 860	104 294
Średni czas oczekiwania (w dniach)	59	58	59	58
Liczba oczekujących ogółem (w osobach)	121 927	123 218	123 616	116 134

źródło: LOW NFZ w Zielonej Górze

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Ogólna liczba osób oczekujących w kolejkach na świadczenia zdrowotne na koniec 2019 r. zmniejszyła się w stosunku do końca roku 2016 o 5 793 pacjentów. Liczba osób czekających na zabiegi posiadające status „pilne” zmniejszyła się – o 3 038 osób, natomiast w „przypadkach stabilnych” o 2 747 osób. Średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne skrócił się o 1 dzień w 2019 roku względem 2016 r. W przypadku czasu oczekiwania na świadczenia o statusie „pilne” czas oczekiwania wyniósł 10 dni.

Tabela 36. Najdłuższy czas oczekiwania i liczba oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” na dzień 31.12.2019

Nazwa świadczenia	2019 r.	
	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania
Dział (pracownia) fizjoterapii/fizjoterapia ambulatoryjna	14 293	94
Poradnia okulistyczna	6 338	106
Rezonans magnetyczny	5 108	121
Świadczenia z zakresu kardiologii	4 688	101
Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	4 557	71
Leczenie protetyczne	3 822	120
Poradnia neurologiczna	3 741	121
Świadczenia z zakresu endokrynologii	3 135	178
Poradnia stomatologiczna	2 893	14
Kolonoskopia	2 799	59

Źródło: LOW NFZ w Zielonej Górze

Największa liczba osób oczekujących według stanu na 31 grudnia 2019 r. była na świadczenia w zakresie fizjoterapii – 14 293, gdzie średni czas oczekiwania wyniósł 94 dni. Najmniejszą kolejkę oczekujących odnotowano w przypadku kolonoskopii (2 799 osób) ze średnim czasem oczekiwania wynoszącym 59 dni. Najkrótszy średni czas oczekiwania wyniósł w przypadku poradni stomatologicznej – jedynie 14 dni.

Największa kolejka osób zakwalifikowanych do kategorii „przypadek pilny” odnotowano w przypadku rezonansu magnetycznego – 1 754 osób, gdzie średni czas oczekiwania wyniósł 60 dni. Najdłuższy średni czas oczekiwania (163 dni) odnotowano w przypadku świadczenia w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Najmniejsza liczba oczekujących (317 osób) oraz najkrótszy czas oczekiwania na świadczenie (17 dni) zaobserwowano w poradni neurologicznej. Biorąc pod uwagę poniższe dane należałoby szczegółowo przeanalizować, czy kolejki na świadczenia „pilne” wynikają z oczekiwania na udzielenie świadczenia przez wybranego specjalistę, czy z niedostosowania kontraktów do potrzeb w danym zakresie.

Tabela 37. Największa liczba oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” i średni czas oczekiwania na świadczenia na dzień 31.12.2019 r.

Nazwa świadczenia	2019 r.	
	liczba oczekujących	średni czas oczekiwania
rezonans magnetyczny	1 754	60
endoprotezoplastyka stawu kolanowego	1 356	163
dział (pracownia) fizjoterapii/fizjoterapia ambulatoryjna	1 313	32
oddział otorynolaryngologiczny	878	57
rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	854	92

Nazwa świadczenia	2019 r.	
	liczba oczekujących	średni czas oczekiwania
endoprotezoplastyka stawu biodrowego	737	122
zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	460	62
oddział neurochirurgiczny	444	63
tomografia komputerowa	416	11
poradnia neurologiczna	317	17

Źródło: LOW NFZ w Zielonej Górze

5.2.2. Wpływ migracji na dostępność świadczeń dla mieszkańców

Koszt leczenia ubezpieczonych Lubuszan poza naszym województwem sukcesywnie zwiększa się. Głównymi powodami wzrostu kosztów migracji są brak ośrodków klinicznych na naszym terenie oraz ograniczona baza kadrowo-sprzętowa. Czynnikiem wzrostu może być też migracja edukacyjna i zarobkowa – świadczeniobiorcy nie zgłaszają zmiany miejsca zamieszkania, co ma wpływ na przyporządkowanie do właściwego (ze względu na miejsce pobytu) oddziału wojewódzkiego NFZ. Ponadto każdy pacjent ma prawo wyboru: lekarza, miejsca udzielania świadczeń, podmiotu leczniczego na terenie całego kraju.

Tabela 38. Per saldo kosztów migracji w latach 2016-2019 (bez refundacji cen leków, w tys. zł)*

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Zobowiązania	226 605,00	234 989,48	258 182,08	275 801,94
Należności	135 095,24	148 768,51	141 823,82	158 401,00
Koszty migracji pacjentów - per saldo	91 509,76	86 220,97	116 358,26	117 400,94

*dane określone na podstawie kosztów migracji rozliczonych w danym roku

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

W województwie lubuskim w 2019 r. koszty zobowiązań wzrosły o prawie 50 tysięcy zł względem 2016 roku. W analizowanym okresie wzrosły również należności, których wartość była o ponad 23 tysiące zł wyższa niż w 2016 roku. Znacznie podniosły się także koszty migracji pacjentów, bo o blisko 26 tysięcy złotych.

Tabela 39. Procentowy udział należności z innych oddziałów wojewódzkich NFZ w kosztach świadczeń zakupionych przez LOW NFZ w latach 2016-2019 (w tys. zł)*

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Koszty świadczeń zdrowotnych**	1 250 490,32	1 324 249,71	1 411 558,08	1 582 217,12
Należności od innych OW NFZ**	135 095,24	148 768,51	141 823,82	158 401,00
% udział należności w kosztach świadczeń	10,80%	11,23%	10,05%	10,01%

* dane określone na podstawie kosztów migracji rozliczonych w danym roku.

** nie uwzględnia podstawowej opieki zdrowotnej, pomocy doraźnej i transportu sanitarnego oraz zaopatrzenia

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Według danych LOW NFZ do głównych przyczyn migracji Lubuszan ogółem w 2019 r. należały:

- Nowotwory złośliwe – 19%, 9 283 hospitalizacji;
- Zewnętrzne przyczyny oraz inne czynniki - 13%, 6 338 hospitalizacji;

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

- Choroby oka i przydatków oka – 12%, 5 690 hospitalizacji;
- Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej - 7%, 3 271 hospitalizacji;
- Choroby układu krążenia – 6%, 3 041 hospitalizacji;
- Choroby układu moczowo-płciowego – 5%, 2 593 hospitalizacji;
- Choroby układu trawiennego – 5%, 2 523 hospitalizacji;
- Nowotwory niezłośliwe, in-situ, o nieznanym lub niepewnym charakterze – 5%, 2 388 hospitalizacji;
- Cięża, poród i połóg – 5%, 2 381 hospitalizacji;
- Pozostałe - 23%, 11 212 hospitalizacji.

Natomiast łączna wartość świadczeń na rzecz Lubuszan w wieku 0-18 lat leczonych w 2019 r. poza województwem lubuskim wyniosła 27,4 mln zł. Do głównych przyczyn migracji dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat z województwa lubuskiego należały:

- Zaburzenia wydzielania wewnętrznego - 15%, 943 hospitalizacji;
- Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej – 10%, 651 hospitalizacji;
- Choroby układu oddechowego – 10%, 636 hospitalizacji;
- Choroby układu trawiennego – 9%, 586 hospitalizacji;
- Wady rozwojowe wrodzone – 8%, 497 hospitalizacji;
- Nowotwory złośliwe – 7%, 457 hospitalizacji;
- Choroby układu nerwowego – 5%, 334 hospitalizacji;
- Pozostałe 36%, 2 304 hospitalizacji.

Wobec powyższych danych, uzasadnione jest uruchomienie w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o. Centrum Zdrowia Matki i Dziecka, które w sposób kompleksowy zabezpieczy świadczenia w tym zakresie, pozwoli na zmniejszenie migracji poza województwo lubuskie, przyczyni się do zwiększenia dostępności i podniesieniu poziomu świadczeń medycznych udzielanych najmłodszym Lubuszanom.

6. Podsumowanie diagnozy lubuskiego systemu ochrony zdrowia

Mocne strony	Słabe strony
<ol style="list-style-type: none"> 1. Wyposażenie podmiotów w wysokospecjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną. 2. Remonty i modernizacje infrastruktury podmiotów leczniczych z wykorzystaniem m.in. środków unijnych. 3. Zaopatrzenie podmiotów leczniczych w środki ochrony indywidualnej w celu zapobiegania rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. 4. Wysoka jakość i dostępność świadczeń usług medycznych w większości placówek opieki zdrowotnej. 5. Nowatorskie terapie i zabiegi operacyjne. 6. Dobrze rozwinięta sieć szpitali. 7. Migracja pacjentów z innych województw do szpitali lubuskich, głównie w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień oraz chirurgii onkologicznej, neurochirurgii, ortopedii ostrej, kardiologii i innych. 8. Zwiększająca się liczba jednostek akredytowanych do prowadzenia specjalizacji mających zastosowanie w dziedzinach medycyny. 9. Zwiększająca się liczba podmiotów posiadających certyfikaty jakości. 10. Realizacja programów zdrowotnych w zakresie profilaktyki wybranych chorób, będących najistotniejszym problemem regionu. 11. Możliwość kompleksowego leczenia onkologicznego. 12. Funkcjonowanie dwóch Baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. 13. Kształcenie kadry medycznej w uczelniach wyższych województwa lubuskiego. 14. Zapobieganie pogłębianiu się deficytu kadry 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deficyt kadry medycznej. Liczba personelu medycznego zatrudnionego w województwie lubuskim, a w szczególności lekarzy i pielęgniarek, jest niższa niż średnia krajowa. 2. Ograniczony dostęp do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i specjalistycznych usług medycznych. 3. Ograniczona dostępność do świadczeń z zakresu: chirurgii klatki piersiowej, pediatrii i specjalistyki dziecięcej (głównie gastrologii, reumatologii, laryngologii, neurologii, kardiologii, urologii, psychiatrii), rehabilitacji, diabetologii, hematologii, okulistyki, ortopedia, traumatologia narządu ruchu, geriatry, endokrynologii, chirurgii stomatologicznej, chirurgii szczękowo-twarzowej, nocnej i świątecznej opieki stomatologicznej, pielęgniarstwa i usług opiekuńczych, a także badań w neonatologii. 4. Wzrost zobowiązań podmiotów leczniczych. 5. Zużycie aparatury i sprzętu medycznego 6. Niski potencjał klinicznych ośrodków naukowo-badawczych. 7. Niedostateczna liczba laboratoriów 8. Migracje pacjentów do ośrodków położonych poza województwem lubuskim.

<p>medycznej w regionie poprzez udzielanie stypendiów dla studentów kierunków medycznych z całego kraju, w zamian za podjęcie zatrudnienia w lubuskich szpitalach.</p> <p>15. Zwiększająca się liczba podmiotów realizujących zajęcia praktyczne i kliniczne na kierunkach lekarskim i pielęgniarstwie.</p> <p>16. Dofinansowanie funkcjonowania kierunków medycznych przez samorząd województwa lubuskiego.</p> <p>17. Utworzenie Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Zielonej Górze.</p> <p>18. Brak lub bardzo niski poziom zobowiązań wymagalnych w wojewódzkich podmiotach leczniczych.</p> <p>19. Wzmocnienie potencjału sprzętowego szpitali w trakcie wystąpienia epidemii SARS-CoV-2.</p>	
Szanse	Zagrożenia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Wzrost świadomości mieszkańców województwa lubuskiego i decydentów w zakresie utrzymania i poprawy stanu zdrowia poprzez profilaktykę i promocję zachowań prozdrowotnych. 2. Uruchomienie nowych kierunków medycznych na lubuskich uczelniach wyższych. 3. Rosnąca aktywność instytucji pozarządowych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. 4. Wdrażanie nowoczesnych technologii informatycznych wspierających zarządzanie w ochronie zdrowia oraz system informacji medycznej (e-zdrowie). 5. Tworzenie warunków zachęcających kadre lekarską do pracy i zamieszkania na terenie województwa lubuskiego. 6. Aktywny udział ordynatorów/ kierowników oddziałów klinicznych w kształceniu wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej w ramach różnych specjalizacji, szczególnie 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Starzenie się społeczeństwa, migracje ludności, zmniejszenie liczby mieszkańców w wieku produkcyjnym. 2. Nadumieralność mężczyzn w grupie osób aktywnych zawodowo. 3. Atrakcyjniejsza oferta finansowa dla kadry medycznej za granicą, szczególnie zachęcająca do migracji bliskość granicy zachodniej. 4. Utrzymywanie się zbyt niskiego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w stosunku do potrzeb. 5. Niewystarczające dostosowanie infrastruktury i organizacji systemu zdrowia do procesów demograficznych, związanych ze starzeniem się społeczeństwa. 6. Pogłębianie się negatywnych tendencji epidemiologicznych dotyczących chorób cywilizacyjnych oraz zakaźnych. 7. Wzrost zachorowalności na choroby i zaburzenia psychiczne.

<p>deficytowych.</p> <p>7. Wczesna diagnostyka chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworowych, w związku z wprowadzeniem programów polityki zdrowotnej, co zwiększa szanse na szybszy powrót na rynek pracy.</p> <p>8. Reforma psychiatrii poprzez utworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego w regionie.</p> <p>9. Perspektywa kompleksowej opieki pediatrycznej w regionie (wraz z uruchomieniem Centrum Zdrowia Matki i Dziecka) oraz zmniejszenie migracji pacjentów pediatrycznych do innych ośrodków medycznych w kraju.</p>	<p>8. Zbyt duża koncentracja systemu ochrony zdrowia na medycynie naprawczej w stosunku do działań profilaktycznych</p> <p>9. Zmniejszająca się liczba pielęgniarek i położnych z równoczesnym wzrostem średniej wieku pielęgniarek i położnych.</p> <p>10. System kontraktowania niedający gwarancji utrzymania ciągłości świadczeń.</p> <p>11. Brak stabilności rozwiązań organizacyjno-prawnych w ochronie zdrowia.</p> <p>12. Wprowadzanie przez organy ustawodawcze nowych rozwiązań i przepisów prawa w systemie ochrony zdrowia, bez zabezpieczenia środków finansowych na ich realizację.</p> <p>13. Rosnące koszty energii, ogrzewania, itp.</p> <p>14. Pogłębiający się deficyt kadry medycznej zaangażowanej do opieki nad pacjentami covidowymi.</p> <p>15. Zwiększona liczba zgonów na COVID-19, spowodowana przede wszystkim niskim poziomem wyszczepialności społeczeństwa.</p> <p>16. Ograniczenie dostępu do świadczeń medycznych w związku z zagrożeniem wywołanym przez Sars-COV-2.</p> <p>17. Negatywne skutki zdrowotne i społeczne dla mieszkańców województwa w związku z panującą pandemią wirusa SARS-CoV-2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak szpitala dziecięcego zapewniającego kompleksowe leczenie dzieci, w związku z funkcjonującym w nowo wybudowanym budynku Centrum Zdrowia Matki i Dziecka Szpitala Tymczasowego dla chorych na COVID-19, • brak personelu medycznego, w związku z mocno obciążającą pracą lekarzy na oddziałach covidowych, • niewystarczający poziom wyszczepialności kadry medycznej.
--	---

7. Priorytetowe cele i działania

Formułując cele Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia 2030 uwzględniono (utrwalone w literaturze przedmiotu) czynniki wpływające na stan zdrowia człowieka oraz oszacowanie procentowego wpływu tych czynników na zdrowie ludności. Były Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Kanady Marc Lalonde w 1974 roku opracował koncepcję tzw. „pól zdrowia” i wykazał, że stan naszego zdrowia aż w 53 procentach zależy od profilaktyki i zdrowego stylu życia. 21 procent to wpływ środowiska, następne 16 procent to nasze geny, a tylko w 10 procentach zdrowie zależy od systemu leczenia.

Według Światowej Organizacji Zdrowia do czynników warunkujących zdrowie zalicza się pokój, schronienie, edukację, żywność, dochody, stabilny ekosystem, zrównoważone zasoby oraz sprawiedliwość społeczną i równość.

Wyznaczając kierunki działań dla lubuskiego systemu ochrony zdrowia uwzględnione zostały także wytyczne zawarte w narodowych programach zdrowotnych:

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025,
- Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej – realizowany do 2021 roku,
- Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2019-2023,
- Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2021,
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022,
- Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na lata 2022-2026.

Trwające w Polsce od dłuższego czasu przemiany, będące w dużym stopniu skutkiem przeprowadzonych w kraju reform, a także naszego członkostwa w Unii Europejskiej, korzystnie wpływają na jakość życia i stan zdrowia Polaków. Niestety, tym pozytywnym tendencjom towarzyszy wzrost nierówności w zdrowiu obserwowany wśród poszczególnych grup ludności, wynikający ze zróżnicowania statusu społeczno-ekonomicznego i warunków pracy, czyli z czynników społecznych warunkujących stan zdrowia. Nierówności w zdrowiu stanowią wyzwanie dla obszaru zdrowia publicznego, którego znaczenie w ostatnim okresie istotnie wzrosło zarówno w Polsce, jak i w innych krajach Unii Europejskiej.

Uwzględniając wszystkie powyższe dokumenty, programy, analizy i okoliczności, jako cel nadrzędny Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia 2030 wskazano:

Poprawa dobrostanu zdrowotnego mieszkańców województwa lubuskiego poprzez wzmocnienie usług diagnostycznych, leczniczych i profilaktyki w regionie.

Cel ten pokazuje, że wzmocnienie usług diagnostycznych, leczniczych i dobra profilaktyka w regionie w dużym stopniu determinuje stan zdrowia mieszkańców.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dobry stan zdrowia ma zasadnicze znaczenie dla rozwoju społeczno-ekonomicznego i odgrywa bardzo ważną rolę w życiu każdego człowieka, rodziny i społeczności. Zły stan zdrowia jest przyczyną niewykorzystywania potencjału, osobistego nieszczęścia dotkniętych nim osób oraz zmniejszenia zasobów we wszystkich sektorach. Umożliwienie ludziom sprawowania kontroli nad stanem własnego zdrowia i czynnikami, które wpływają na zdrowie, prowadzi do wzmocnienia społeczeństwa i poprawy jakości życia. Bez aktywnego angażowania mieszkańców marnuje się wiele możliwości promowania zdrowego stylu życia oraz poprawy dobrostanu ludności. Równy dostęp do leczenia, edukacji, pracy, mieszkania i godnego wynagrodzenia, sprzyja zdrowiu. Dobry poziom zdrowia przyczynia się do zwiększenia produktywności, wydajności siły roboczej i zdrowszego starzenia się społeczeństwa. Pozwala to również zmniejszyć wydatki na zasiłki chorobowe i socjalne oraz utracone wpływy podatkowe do budżetu.

Cele strategiczne

1. Dostosowanie opieki zdrowotnej do długookresowych trendów demograficznych i epidemiologicznych.

Procesy demograficzne oraz istniejący potencjał ludnościowy i jego struktura stanowią szczególnie ważne składniki oceny współczesnej sytuacji społeczno-gospodarczej oraz programowania dalszego rozwoju. Sytuacja demograficzna ma zasadniczy wpływ na potrzeby zdrowotne mieszkańców.

Umieralność niemowląt i małych dzieci w województwie lubuskim systematycznie spada. Dalszy spadek poziomu umieralności dzieci, przede wszystkim noworodków, będzie wynikał z poprawy poziomu życia oraz rozwoju zachowań prozdrowotnych kobiet w ciąży, jak i rozwoju medycyny perinatalnej.

Wczesne zdiagnozowanie deficytów rozwojowych i wynikających z nich problemów zdrowotnych u dzieci i młodzieży oraz zaplanowanie interwencji w tym zakresie, zapobiegają poważnym patologiom zdrowotnym w późniejszym wieku i dają większe szanse na pełne zdrowie. Zmniejszają tym samym nakłady na świadczenia zdrowotne w późniejszym okresie życia. W tej fazie życia kształtują się również zachowania zdrowotne i postawy wobec zdrowia, które wpływają na styl życia w wieku dorosłym.

W województwie lubuskim, podobnie jak w kraju, występuje coraz wyraźniejsze i przybierające na sile starzenie się społeczeństwa. Sytuacja demograficzna i zdrowotna mieszkańców regionu skłania do podejmowania działań mających na celu zapewnienie właściwej opieki medycznej osobom starszym, a w konsekwencji wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej ludzi w podeszłym wieku. Zjawisku starzenia się społeczeństwa towarzyszy zanikanie więzi rodziny wielopokoleniowej, wynikające stąd samotność osób w wieku podeszłym, niesprawność fizyczna – uzależniają je od opieki otoczenia. Zróżnicowane zapotrzebowanie tej populacji wymaga podejmowania skoordynowanych działań. Muszą one dotyczyć rozbudowy form pomocy lepiej

dostosowanych do różnorodnych potrzeb medycznych, opiekuńczych, socjalnych oraz sytuacji chorych w stanie terminalnym.

2. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Podmioty lecznicze szczebla wojewódzkiego, powiatowego, gminnego i podstawowej opieki zdrowotnej powinny dążyć do poprawienia jakości świadczeń zdrowotnych.

W podejmowanych działaniach jednostki powinny dążyć do wdrażania mechanizmów zarządzania jakością, proponowanych przez standardy akredytacyjne opracowywane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia lub System Zarządzania Jakością zgodnie z normami ISO. Dążenia te powinny być oparte na budowaniu zespołów jakości, wspartych zaangażowaniem specjalistów z tej dziedziny.

Kierunki zmian wyznacza Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2020.1943). Jednostki zobowiązane zostały do opracowania planów strategicznych wraz z harmonogramami działań dostosowawczych do wymagań rozporządzenia.

Priorytety inwestycyjne wynikają również z zapotrzebowania epidemiologicznego oraz poprawy dostępu do wybranych obszarów opieki zdrowotnej i znajdują one także odzwierciedlenie w wieloletnich programach inwestycyjnych.

W poprawie dostępności do diagnostyki oraz terapii istotnym elementem będzie osiągnięcie wskaźników kierunkowych populacji w dostępie do sprzętu i aparatury medycznej w celu osiągnięcia kompleksowej opieki diagnostyczno – leczniczej. W tym celu istotnym elementem jest tworzenie ośrodków kompleksowego leczenia, np. onkologicznego, kardiologicznego itp. na bazie wiodących ośrodków w województwie lubuskim. W związku z tym jednostki powinny kontynuować poszukiwanie źródeł finansowania dokonywanych modernizacji np. w funduszach strukturalnych Unii Europejskiej, dotacjach oraz dążyć do zaplanowania inwestycji w budżecie lokalnym.

W celu zapewnienia kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych należy dążyć do wypracowania systemu dostarczania pełnych danych o zdrowiu każdego pacjenta. Świadczeniodawcy we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia, powinni zmierzać do stworzenia sieci powiązań pomiędzy jednostkami o różnych profilach leczniczych, różnych stopniach referencyjnych, w szczególności poprzez wypracowanie procedur czy umów dotyczących przekazywania pacjenta wraz z kompleksową informacją o jego zdrowiu do specjalistycznych ośrodków.

Kolejnym elementem wskazującym na dążenie do poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych powinno być ustawiczne angażowanie i kształcenie personelu w kierunku wdrażania dobrych praktyk zarządczych. Współpraca ze specjalistycznymi ośrodkami związanymi z wdrażaniem systemów jakości, oraz przenoszenie teorii na grunt praktyki stosowanej w jednostkach ochrony zdrowia, przyczyni się do upowszechniania wiedzy dotyczącej praktyk zarządczych stosowanych w placówkach. Istotnym czynnikiem wpływającym na realizację omawianej problematyki są również

opracowywane programy naprawcze oraz restrukturyzacyjne w ochronie zdrowia, które uwzględniają aspekty poprawy dostępności do świadczeń. Przykładem nowych mechanizmów zarządzania jest zawieranie kontraktów menedżerskich z kierownikami jednostek.

Istotnym problemem w poprawie jakości, dostępności i ciągłości świadczeń zdrowotnych jest kwestia profesjonalnej kadry, zarówno pod kątem ilościowym jak również jakościowym. Duże zagrożenie obecnie stanowi migracja zarobkowa oraz odchodzenie personelu medycznego do konkurencyjnych zawodów. Należy podjąć zdecydowane działania związane z systemami motywacyjnymi oraz wzrostem wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia.

Sprawność i skuteczność regionalnego systemu ratownictwa medycznego w znacznej mierze warunkują poziom bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa. Podstawowym parametrem charakteryzującym działanie każdego systemu ratownictwa medycznego jest jego zdolność do reakcji w przypadku jednostkowego i/lub masowego zagrożenia życia i zdrowia. Dlatego w perspektywie kolejnych lat niezbędne jest podjęcie działań zmierzających do dalszego rozwoju oraz integracji regionalnego systemu ratownictwa medycznego.

Dla osiągnięcia zwiększenia skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego założono realizację zadań, głównie ze sfery organizacyjnej, jak również w zakresie ze sfery inwestycyjnej.

3. Wzmocnienie zasobów ochrony zdrowia w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym oraz zdrowia środowiskowego.

Aktualny stan wiedzy jednoznacznie potwierdza istnienie zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy stanem środowiska oraz stanem zdrowia i jakością życia ludzi. Szkodliwe czynniki środowiska są przyczyną przedwczesnych zgonów i zaburzeń zdrowia ludności. Dotyczy to w szczególności chorób zakaźnych, w tym nowych i nawracających, spotęgowanych zwiększoną migracją ludności, a także zagrożeniami bioterrorystycznymi. Zanieczyszczenie środowiska zewnętrznego, w szczególności zanieczyszczenie pyłowe powietrza atmosferycznego stanowi poważne zagrożenie zdrowia – zwłaszcza dzieci i młodzieży. Stałe narażanie na podwyższony poziom hałasu (przekraczający 80 dB) niesie za sobą poważne skutki zdrowotne.

4. Promocja zdrowia i kształtowanie prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego.

Ważnym dla utrzymania zdrowia człowieka jest styl życia, który jest definiowany przez WHO jako sposób bycia, będący skutkiem wzajemnego oddziaływania człowieka, warunków życiowych i indywidualnych wzorców zachowania, wynikających z czynników społeczno-kulturowych i osobistych cech charakteru. Wśród przyczyn chorób o znaczeniu społecznym (choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby układu oddechowego itp.) można wyróżnić szereg czynników związanych ze stylem życia, prowadzących do powstania destrukcyjnych zmian w organizmie człowieka (złe odżywianie, brak aktywności fizycznej, nałogi itp.), a więc modyfikowalnych czynników ryzyka. Modyfikowanie czynników ryzyka jest sprawą niezwykle trudną i kosztowną, a pozytywne wyniki możliwe są do uzyskania w dłuższej perspektywie czasowej. Warto jednak podejmować takie działania, gdyż prowadzą do poprawy wskaźników

epidemiologicznych, a tym samym pozwalają zmniejszyć koszty absencji chorobowej i nakłady na leczenie.

5. Zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

„Najczęściej wykorzystywana definicja nierówności w zdrowiu opiera się na założeniu, że nierówności odzwierciedlają niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia, które uważane są za niesprawiedliwe. Zmniejszenie różnic zdrowotnych stanowi nakaz etyczny, akceptowany przez większość nowoczesnych społeczeństw.”²¹ W Polsce zmniejszanie społecznych nierówności w zdrowiu jest jednym z nadrzędnych celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025.

Raport „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce” wyraźnie wskazuje, że nierówności w zdrowiu uwarunkowane społecznie, a więc niewynikające z przyczyn biologicznych, są jedną z najistotniejszych, modyfikowalnych przyczyn nadumieralności w Polsce, a to przekłada się bezpośrednio na regiony.

Czynnikami społecznymi powodującymi nierówności w zdrowiu są przede wszystkim różnorodne czynniki makrosocjalne (określony rodzaj polityki gospodarczej, ubóstwo, bezrobocie, zagrożenia zdrowia w miejscu pracy, kapitał społeczny czy organizacja i sposób funkcjonowania ochrony zdrowia), a także zachowania człowieka (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, aktywność fizyczna, sposób odżywiania się) oraz funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Wszystkie wymienione czynniki ze zmienną intensywnością wpływają na poszczególne grupy społeczne, a to stanowi jedną z głównych przyczyn powstawania społecznych nierówności w zdrowiu.

Cele operacyjne

1. Dostosowanie opieki zdrowotnej do długookresowych trendów demograficznych i epidemiologicznych.

Cel operacyjny 1.1.	Poprawa zdrowia kobiet w wieku rozrodczym oraz noworodków i niemowląt	Wskaźniki
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> Respektowanie przez osoby sprawujące opiekę nad kobietą w okresie ciąży, rodzącą oraz położnicą i noworodkiem (w opiece ambulatoryjnej oraz stacjonarnej) przepisów prawa i standardów z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem. Poprawa opieki przedporodowej poprzez jak najwcześniejsze objęcie opieką wszystkich kobiet ciężarnych. Zwiększenie profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do dziewcząt i kobiet ciężarnych, w tym wykonywanie badań oraz uświadamianie zagrożeń, które mogą mieć wpływ na wystąpienie porodu przedwczesnego. Podjęcie działań zmierzających do zmniejszenia ryzyka zachorowań w okresie przedkoncepcyjnym, jak i w czasie ciąży. 	-Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych -Wskaźnik zgonów według przyczyn łącznie (w tym choroby układu krążenia, nowotwory) Dodatkowo: -Wskaźnik kobiet ciężarnych objętych opieką przedporodową do ogólnej liczby rodzących -Wskaźnik chorobowości dzieci i młodzieży

²¹ Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, World Health Organization 2012

Cel operacyjny 1.2.	Poprawa opieki perinatalnej	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukacja w okresie przedkoncepcyjnym, ciąży oraz porodu. 2. Przeprowadzanie oceny czynników ryzyka wystąpienia powikłań w czasie ciąży. 3. Zapewnienie opieki medycznej poprzez przeprowadzanie badań skriningowych przez lekarzy specjalistów oraz wykwalifikowane położne. 4. Zapewnienie opieki psychologicznej kobietom, u których zdiagnozowano nieodwracalne wady płodu. 5. Zapewnienie perinatalnej opieki hospicyjnej/paliatywnej. 	
Cel operacyjny 1.3.	Poprawa zdrowia dzieci i młodzieży	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zwiększenie liczby dzieci i młodzieży objętej badaniami profilaktycznymi (przesiewowymi i bilansowymi) oraz obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi. 2. Zwiększenie liczby dzieci objętych szczepieniami obowiązkowymi i zalecanymi poprzez ich promocję i wsparcie finansowe. 3. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz w ramach podstawowej lekarskiej i pielęgniarskiej opieki zdrowotnej. 4. Zapobieganie próchnicy u dzieci i młodzieży. 5. Profilaktyka zdrowotna dzieci i młodzieży w kierunku wad postawy. 6. Zapewnienie opieki wykwalifikowanych pielęgniarek medycyny szkolnej dzieciom, od momentu objęcia nad nimi opieki placówek przedszkolnych, to jest od 3 roku życia. 	
Cel operacyjny 1.4.	Zmniejszenie przedwczesnej umieralności i wydłużenie średniej długości życia mieszkańców województwa lubuskiego.	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usprawnienie i rozwój wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami cywilizacyjnymi, w szczególności: chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami złośliwymi, przewlekłymi chorobami układu oddechowego i kostno-stawowego, nerwowego, przewlekłymi chorobami układu trawiennego, nadwagą i otyłością, cukrzycą, chorobami tarczycy, układu rozrodczego, chorobami zakaźnymi, wypadkami komunikacyjnymi, depresją i samobójstwami. 2. Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska pracy i nauki. 3. Realizacja programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na wczesną diagnostykę chorób nowotworowych – m.in. w zakresie raka płuc, szyjki macicy, piersi i jelita grubego. Zwiększanie świadomości społecznej nt. badań poprzez ich promocję oraz likwidację barier (np. poprzez zwroty kosztów dojazdu na badania). 	
Cel operacyjny 1.5.	Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej sprawowanej nad osobami starszymi.	

Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wspieranie rozwoju systemu usług zdrowotnych dedykowanych osobom starszym, w tym środowiskowej opieki długoterminowej. 2. Doskonalenie form opieki domowej długoterminowej nad osobami w wieku podeszłym. 3. Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia w zakresie geriatry, opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej - m.in. poprzez rozbudowę i modernizację istniejących instytucji oraz dążenie do tworzenia nowych ośrodków. 4. Rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr do prowadzenia postępowania zapobiegawczego, leczniczego i usprawniającego osób w wieku podeszłym. 5. Wspieranie działań organizacji pozarządowych zajmujących się opieką zdrowotną nad osobami w wieku podeszłym oraz osobami z chorobami otępiennymi. 6. Wzmocnienie współpracy pomocy społecznej z ochroną zdrowia w zakresie opieki nad osobami starszymi. 7. Rozwój form aktywizacji osób starszych i przeciwdziałanie wykluczeniu. 8. Zwiększenie dostępności do ambulatoryjnych i szpitalnych świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry i rehabilitacji. 	
Cel operacyjny 1.6.	Zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym – ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji osób z niepełnosprawnością.	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji (m.in. dowozy). 	
Cel operacyjny 1.7.	Zapewnienie właściwej opieki osobom chorym psychicznie i osobom uzależnionym oraz promocja zdrowia psychicznego.	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. 2. Realizacja Strategii Polityki Społecznej Województwa Lubuskiego na lata 2021-2030 oraz programów wojewódzkich w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom. 3. Realizacja Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. 	

2. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Cel operacyjny 2.1.	Poprawa jakości usług medycznych.	Wskaźniki
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dostosowanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do wymagań określonych przepisami prawa. 2. Wprowadzanie systemów jakości i standardów świadczenia usług medycznych w ochronie zdrowia. 3. Wprowadzanie nowych technologii medycznych (zakup aparatów i urządzeń medycznych). 4. Pozyskiwanie kadry specjalistycznej. 5. Tworzenie warunków organizacyjnych do kształcenia wyższych kadr medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy i pielęgniarek (zwiększenie rezydentur, programy stypendialne, rozwój kierunków 	<p>- Liczba lekarzy i lekarzy dentystów pracujących wg podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców.</p> <p>- Liczba pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej według podstawowego miejsca pracy na 10 tys.</p>

	<p>lekarskiego i pielęgniarskiego na Uniwersytecie Zielonogórskim, rozwój Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze).</p> <p>6. Przestrzeganie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcą.</p> <p>7. Rozwijanie instytucji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jako efektywnego narzędzia promocji, profilaktyki i leczenia.</p> <p>8. Promocja zawodów medycznych – w szczególności zawodu pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego.</p>	<p>mieszkańców.</p> <p>-Przeciętne miesięczne wydatki przeznaczone na zdrowie w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwach domowych oraz koszt zakupu świadczeń zdrowotnych przez LOW NFZ.</p> <p>- Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania (w dniach) na świadczenie w województwie lubuskim.</p>
<p>Cel operacyjny 2.2.</p>	<p>Poprawa organizacji świadczenia usług zdrowotnych – optymalne wykorzystanie zasobów.</p>	<p>- Średnie wykorzystanie łóżek</p> <p>- Średni pobyt pacjenta</p> <p>- Średni czas przybycia ZRM na miejsce zdarzenia</p>
<p>Działania:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Racjonalizacja rozmieszczenia i specjalizacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą w województwie lubuskim. 2. Opracowanie systemu opartego na danych dotyczących kolejek oczekujących, liczby łóżek rzeczywistych, czasu hospitalizacji i innych danych, umożliwiającego minimalizację (docelowo likwidację) liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia (zwłaszcza osób zakwalifikowanych do kategorii „przypadek pilny”) w województwie lubuskim. 3. Kształtowanie liczby i struktury kadry medycznej w stopniu zapewniającym realizację zadań w dziedzinie ochrony zdrowia (w szczególności wspieranie i promowanie stałego doksztalcenia i specjalizacji wśród kadry medycznej). 4. Rozwijanie specjalistycznych ośrodków medycznych w województwie lubuskim 6. Niwelowanie dysproporcji w dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie województwa. 7. Zmniejszanie migracji pacjentów do ośrodków położonych poza województwem lubuskim. 8. Poprawa efektywności energetycznej infrastruktury szpitali w województwie lubuskim oraz poprawa jakości świadczeń usług medycznych na rzecz pacjentów poprzez realizację zadań związanych między innymi z termomodernizacją obiektów i sieci. 9. Utworzenie na bazie istniejących struktur, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali wojewódzkich oddziałów/ pododdziałów, które zapewnią świadczenia w zakresie intensywnej terapii dla dzieci. 10. Rewitalizacja budynków i budowli podmiotów leczniczych w województwie lubuskim. 	<p>Dodatkowo :</p> <p>- Średnie wykorzystanie łóżek</p> <p>- Średni pobyt pacjenta</p> <p>- Średni czas przybycia ZRM na miejsce zdarzenia</p>

Cel operacyjny 2.3.	Optymalizacja wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia.
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykorzystanie dodatkowych, zewnętrznych źródeł finansowania działalności i rozwoju jednostek ochrony zdrowia. Analiza wyników finansowych i rentowności wykonywania świadczeń zdrowotnych. 2. Analiza wskaźników kosztochłonności infrastruktury jednostek ochrony zdrowia oraz wprowadzanie rozwiązań optymalizacyjnych (technologicznych, organizacyjnych lub formalnych). 3. Rozwój komercyjnych form opieki medycznej
Cel operacyjny 2.4.	Poprawa funkcjonowania systemu informacji i wiedzy o ochronie zdrowia.
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozwój systemu informacji medycznej i systemów bazodanowych. 2. Wdrażanie systemów informatycznych wspomagających zarządzanie jednostek ochrony zdrowia. 3. Rozwój e-usług poprzez wprowadzenie nowoczesnych technik informatycznych (rozwój Regionalnego Systemu Informacji Medycznej – e-Zdrowie).
Cel operacyjny 2.5.	Rozwój systemu ratownictwa medycznego.
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Lubuskiego. 2. Rozwój bazy ratownictwa medycznego (Centrum Urazowe dla Dzieci, tworzenie nowoczesnej infrastruktury obiektów pogotowia ratunkowego). 3. Rozwój medycyny ratunkowej – m. in. poprzez doposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych, zakup ambulansów 4. Doposażanie i rozwój szpitalnych oddziałów ratunkowych. 5. Optymalne lokowanie karetek funkcjonujących w ramach PRM – dostosowane do realnych potrzeb danej populacji i obszaru. 6. Systematyczna wymiana taboru będącego w dyspozycji stacji pogotowia ratunkowego. 7. Podniesienie poziomu wiedzy mieszkańców regionu w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. 8. Doskonalenie zawodowe kadr regionalnego systemu ratownictwa medycznego. 9. Wzmocnienie współpracy oraz koordynacja działań podmiotów biorących udział w akcjach ratunkowych.
Cel operacyjny 2.6.	Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki medycznej.
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stworzenie sieci współpracy pomiędzy jednostkami opieki zdrowotnej, w celu poprawy jakości świadczeń zdrowotnych. 2. Wypracowanie trwałych rozwiązań zapewniających wysoką jakość usług medycznych, opiekuńczych i społecznych, dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta. 3. Zmniejszenie liczby i czasu trwania hospitalizacji.

3. Wzmocnienie zasobów ochrony zdrowia w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym oraz zdrowia środowiskowego.

Cel operacyjny 3.1.	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie epidemii COVID 19 i innych chorób zakaźnych.	Wskaźniki
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opracowanie stałego wielowariantowego planu zabezpieczenia zdrowotnego mieszkańców województwa lubuskiego na wypadek epidemii. 2. Wzmocnienie infrastruktury lokalowej i sprzętowej – w oparciu o cykliczną inwentaryzację zasobów szpitali. 3. Wsparcie kadry medycznej – dążenie do zwiększenia liczby pracowników personelu białego, opracowanie planu wsparcia personelu pracującego w czasie epidemii. 4. Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji i wczesnej diagnostyki powikłań po chorobach zakaźnych. 	
Cel operacyjny 3.2.	Ograniczanie negatywnych skutków zdrowotnych narażenia na szkodliwe czynniki środowiskowe.	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorowanie szkodliwych czynników fizycznych, chemicznych i biologicznych występujących na terenie województwa lubuskiego; 2. Realizacja Planu gospodarki odpadami dla województwa lubuskiego na lata 2020– 2026 wraz z planem inwestycyjnym; 3. Realizacja Programu ochrony powietrza: dla strefy miasto Zielona Góra, dla strefy miasto Gorzów Wlkp. oraz dla strefy lubuskiej wraz z planem działań krótkoterminowych; 4. Realizacja założeń Strategii Energetyki Województwa Lubuskiego/Analiza stanu realizacji Strategii Energetyki Województwa Lubuskiego wraz z prognozą rozwoju sektora energetycznego na terenie województwa lubuskiego do 2030 roku. 	

4. Promocja zdrowia i kształtowanie prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego.

Cel operacyjny 4.1.	Profilaktyka zdrowotna.	Wskaźniki
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profilaktyka nadwagi i otyłości. 2. Kontynuacja realizowanych programów polityki zdrowotnej oraz dążenie do wdrożenia na terenie województwa programów, których finansowanie może zapewnić NFZ/budżet państwa, a które do tej pory nie były realizowane w Lubuskiem. 3. Promocja badań profilaktycznych jako skutecznej formy wczesnej diagnostyki nowotworów. 4. Edukacja ekologiczna. 5. Edukacja prozdrowotna w zakresie: profilaktyki chorób, racjonalnego odżywiania, znaczenia aktywności fizycznej, higieny osobistej i udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej oraz profilaktyki uzależnień. 	- Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn/kobiet w momencie urodzenia.

Cel operacyjny 4.2.	Promocja zdrowego stylu życia.	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wdrażanie programów edukacji zdrowotnej (krajowych oraz lokalnych) dostosowanych do potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubuskiego. 2. Organizacja społecznych kampanii edukacyjnych skierowanych do różnych grup odbiorców (dzieci, młodzież, pracownicy zakładów pracy, kobiety w wieku prokreacyjnym, osoby starsze), propagujących wiedzę o podstawowych zasadach zdrowego stylu życia. 3. Propagowanie działań na rzecz promocji zdrowia. 4. Rozwój aktywnych form rekreacji dorosłych i upowszechnianie sportu wśród dzieci i młodzieży. 5. Upowszechnianie sportu dzieci i młodzieży poprzez rozwój i wsparcie Uczniowskich Klubów Sportowych oraz klubów i stowarzyszeń prowadzących systematyczne zajęcia sportowe. 6. Wspieranie i inicjowanie działań instytucji promujących zdrowie. 7. Poprawa dostępu i zwiększenie wykorzystania sportowej i rekreacyjnej infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia. 	

5. Zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

Cel operacyjny 5.1.	Poprawa warunków społeczno-ekonomicznych i socjalno-bytowych.	Wskaźniki
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zmniejszanie zjawiska ubóstwa w województwie lubuskim. 2. Przeciwdziałanie bezrobociu. 3. Podnoszenie poziomu wykształcenia mieszkańców województwa. 4. Poprawa warunków zamieszkania. 5. Wzmacnianie dobrostanu ludności. 	<p>Dodatkowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Wskaźnik ubóstwa -Stopa bezrobocia - Liczba osób/rodzin korzystających z pomocy społecznej
Cel operacyjny 5.2.	Podejmowanie działań mających na celu zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opracowywanie oraz wdrażanie szczegółowych dokumentów kierunkowych dotyczących newralgicznych obszarów opieki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb. 	

8. Wdrażanie i ocena wyników realizacji Programu

8.1 Podmioty wdrażające

Realizatorami Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia 2030 są:

- Samorząd Województwa Lubuskiego,
- Samorządy powiatowe i miasta na prawach powiatu, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które pełnią funkcję organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz spółek prawa handlowego,
- Samorządy gminne, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które pełnią funkcję organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- Środowiska powołane do kreowania rozwoju poszczególnych dziedzin medycyny (grupy ekspertów, towarzystwa naukowe, zarządzający podmiotami leczniczymi, zwłaszcza szpitalami, itp.),
- Samorządy zawodów medycznych, w tym Okręgowe Izby Lekarskie w Zielonej Górze i Gorzowie Wlkp. oraz Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze i Gorzowie Wlkp.,
- Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze,
- Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.,
- Konsultanci wojewódzcy,
- Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gorzowie Wlkp.,
- Podmioty lecznicze, indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, praktyki pielęgniarskie,
- Szkoły wyższe oraz inne ośrodki kształcące w kierunkach okołomedycznych,
- Kuratorium Oświaty w Gorzowie Wlkp.,
- Lubuska Federacja Sportu,
- i inne podmioty.

8.2 Zarządzanie procesem wdrażania Programu

Odpowiedzialność za wdrożenie Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia 2030 oraz nadzór nad realizacją jej zapisów leżeć będzie w kompetencjach Zarządu Województwa Lubuskiego.

Osiągnięcie założonych celów strategicznych i operacyjnych wymagać będzie współdziałania instytucji, organizacji pozarządowych i podmiotów świadczących usługi komercyjne, działających w obszarze zdrowia i odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną w województwie lubuskim. Zadania z zakresu ochrony zdrowia realizowane są w województwie lubuskim przez szereg różnych podmiotów, stąd w celu skoordynowania realizacji poszczególnych zapisów Programu, Zarząd Województwa Lubuskiego powołał Lubuską Radę Zdrowia.

W skład Lubuskiej Rady Zdrowia wchodzi osoby odpowiedzialne za ochronę zdrowia w województwie lubuskim, a w szczególności przedstawiciele:

1. Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego,

2. Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.,
3. Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze,
4. Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.,
5. Szkół wyższych,
6. Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze i Gorzowie Wlkp.,
7. Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze i Gorzowie Wlkp.,
8. Komisji Zdrowia, Rodziny i Spraw Społecznych Sejmiku Województwa Lubuskiego,
9. Konwentu Starostów Województwa Lubuskiego,
10. Zrzeszenia Gmin Województwa Lubuskiego,
11. Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Zielonej Górze,
12. Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Zielonej Górze,
13. Przedstawiciel Związku Lubuskich Organizacji Pozarządowych.
14. Inne osoby zaproszone do działania w ramach prac Rady.

Do zadań Lubuskiej Rady Zdrowia należy:

- analiza sytuacji zdrowotnej oraz ocena potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubuskiego, a także wyrażanie stanowiska oraz przedstawianie rekomendacji w tych kwestiach;
- opiniowanie metod i środków służących realizacji Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia 2030;
- opiniowanie programów o znaczeniu regionalnym dotyczących promocji zdrowia oraz prewencji chorób;
- przygotowywanie sprawozdań z realizacji Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia 2030 na podstawie:
 - wskaźników monitoringu,
 - bieżących opinii konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia (w zakresie potrzeb kadrowych, potrzeb w zakresie sprzętu i aparatury medycznej, poziomu świadczenia usług, i innych).

8.3 Monitoring Programu

Ocena efektywności wdrażania Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia prowadzona będzie w oparciu o monitoring. Celem monitoringu jest ciągła ocena postępów w realizacji Programu. Wykonywana będzie w taki sposób, aby zagwarantować realizację celów strategicznych i operacyjnych określonych w dokumencie poprzez wdrażanie poszczególnych, zdefiniowanych działań.

Prawidłowy przebieg procesu monitorowania pozwoli w sposób regularny i usystematyzowany śledzić postępy realizacji, odpowiednio wcześniej reagować na występujące trudności i nieprawidłowości, co w konsekwencji zapewni odpowiednią jakość wdrażania i wprowadzenia na bieżąco korekt lub podjęcie innych środków zaradczych. Badanie postępu

rzeczowego i finansowego w realizacji Programu będzie odbywało się na bieżąco. Natomiast raz na 3 lata Zarząd Województwa Lubuskiego będzie przyjmował sprawozdanie z realizacji LPOZ 2030.

W Programie przyjęto dwa rodzaje wskaźników do monitorowania:

1. Wskaźniki niezbędne do oceny poziomu wdrażania Programu,
2. Wskaźniki do oceny efektów realizacji Programu.

Liczba głównych wskaźników ograniczono do zamkniętej listy, która powstała w oparciu o „Realizację Celów Zrównoważonego Rozwoju w Polsce. Raport 2018” „Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym”²², „Wskaźniki zrównoważonego rozwoju dla Polski”²³ Lista może zostać poddana weryfikacji, a wskaźniki mogą ulec zmianie w przypadku, gdy zmienią się metodologie stanowiące o bazach wyliczeniowych, a zmiany te wymuszą zmiany w liście wskaźników.

8.3.1. Wskaźniki poziomu wdrażania Programu

Wskaźnikami poziomu wdrażania są:

- Liczba lekarzy i lekarzy dentystów pracujących według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców.
- Liczba pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców.

Te dwa wskaźniki pokazują stopień zaangażowania zasobów ludzkich w świadczenie opieki zdrowotnej. Podczas gdy liczba lekarzy podstawowej opieki medycznej pokazuje ogólną dostępność opieki zdrowotnej, liczba pielęgniarek i położnych w ważny sposób różnicuje jakość opieki zapewnianej przez placówki medyczne w danym regionie.

- Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania (w dniach) na świadczenie w województwie lubuskim.

Oczekiwana długość życia, współczynnik zgonów na nowotwory i choroby serca, czy mierniki zachorowalności są miarami efektów dla sfery zdrowia. Dla pacjenta ostatecznie ważniejsze są jakość i dostępność opieki zdrowotnej oraz infrastruktury medycznej niż wielkość środków finansowych na to przeznaczonych.

Nazwa wskaźnika	Liczba lekarzy i lekarzy dentystów pracujących według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Pokazuje liczbę lekarzy i lekarzy dentystów pracujących w danej placówce przypadającą na 10 tysięcy ludności (stan na 31 grudnia), bez względu na rodzaj umowy, na podstawie której wykonywana jest praca (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, w tym umowa zlecenie) i wymiar czasu pracy. Pracujący lekarze, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy wg oświadczenia pracującego. Osoby te, niezależnie od wymiaru czasu pracy, są liczone raz.
Jednostka miary	osoba
Znaczenie	Zdrowie mieszkańców bezpośrednio uzależnione jest od jakości i dostępności

²² „Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym”, Biuro Projektowe UNDP w Polsce na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2012

²³ „Wskaźniki zrównoważonego rozwoju dla Polski”, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Katowicach, Katowice 2011

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

	usług medycznych. Dostęp do odpowiedniej liczby lekarzy daje szansę na uzyskanie właściwej opieki medycznej w krótkim czasie.
Pożądany kierunek zmian:	Wzrost wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS

Nazwa wskaźnika	Liczba pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Pokazuje liczbę pielęgniarek i położnych pracujących w danej placówce przypadającą na 10 tysięcy ludności (stan na 31 grudnia), bez względu na rodzaj umowy, na podstawie której wykonywana jest praca (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, w tym umowa zlecenie) i wymiar czasu pracy. Pracujące pielęgniarki i położne, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy wg oświadczenia pracującego. Osoby te, niezależnie od wymiaru czasu pracy, są liczone raz.
Jednostka miary	osoba
Znaczenie	Zdrowie mieszkańców bezpośrednio uzależnione jest od jakości i dostępności usług medycznych. Liczba pielęgniarek i położnych różnicuje jakość opieki zapewnianej przez placówki medyczne w regionie.
Pożądany kierunek zmian:	Wzrost wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS

Nazwa wskaźnika	Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania (w dniach) na świadczenie w województwie lubuskim
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Średni czas oczekiwania oznacza średnią liczbę dni, jaką oczekiwali na Czas ten świadczeniodawcy mają obowiązek obliczać zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 333) – dotyczy danych do 1 lipca 2019 r. z uwagi na uchylenie wymienionego rozporządzenia. Do obliczenia średniego czasu oczekiwania są brane wyłącznie informacje o osobach znajdujących się na liście oczekujących, którym w okresie ostatnich 3 miesięcy udzielono świadczenia i z tego powodu zostały z listy skreślone. Nie brane są pod uwagę informacje o osobach, którym wykonano świadczenie, a które nie są umieszczane na listach oczekujących, tj. osoby znajdujące się w momencie zgłoszenia do świadczeniodawcy w stanie nagłym oraz osoby znajdujące się w planie leczenia i wymagające okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia. Średni czas oczekiwania wynoszący 0 dni może oznaczać dwie sytuacje: świadczenia są udzielane na bieżąco lub w okresie ostatnich 3 miesięcy nikt nie został skreślony z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Należy zwracać uwagę nie tylko na średni czas oczekiwania, ale jednocześnie na liczbę osób oczekujących oraz liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Kolejność pacjentów na listach oczekujących, określająca ich planowane przyjęcie, uzależniona jest od terminu zgłoszenia i kategorii medycznej, do której zostaną zakwalifikowani. Rozróżnia się kategorie na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej: - przypadek pilny – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia, - przypadek stabilny w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny.
Jednostka miary	Osoby i dni
Znaczenie	Zdrowie mieszkańców bezpośrednio uzależnione jest od jakości i dostępności usług medycznych.
Pożądany kierunek zmian:	Obniżenie liczby oczekujących oraz skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego .
Źródło danych	LOW NFZ, Ministerstwo Zdrowia

8.3.2. Wskaźniki oceny efektów realizacji Programu

Wskaźnikami oceny efektów realizacji Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia 2030 są:

1. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn/kobiet w momencie urodzenia.
2. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu mężczyzn/kobiet w momencie narodzin.
3. Wskaźnik zgonów na 10 tys. mieszkańców wg przyczyn (choroby układu krążenia, nowotwory).
4. Zgony niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych.
5. Przedwczesne zgony w zgonach ogółem
6. Współczynnik dzietności.
7. Urodzenia żywe na 1 tys. mieszkańców.

Nazwa wskaźnika	Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn/kobiet w momencie urodzenia
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Wskaźnik wyraża średnią liczbę lat, jaką ma jeszcze do przeżycia osoba (kobieta lub mężczyzna) w momencie urodzenia, przy założeniu stałego poziomu umieralności z okresu, dla którego opracowano tablice trwania życia.
Jednostka miary	lata
Znaczenie	Wskaźnik charakteryzujący długość życia kobiet i mężczyzn, co pośrednio świadczy o kondycji zdrowotnej społeczeństwa. W ostatnich latach przeciętna długość życia mężczyzn i kobiet wydłuża się. Z jednej strony wskazuje to na polepszające się warunki życia ludności i lepszą opiekę zdrowotną, z drugiej zaś jest to sygnał, że przed państwem i społeczeństwem pojawiają się nowe wyzwania związane m.in. z systemem zabezpieczeń społecznych, czy opieką zdrowotną osób starszych.
Pożądany kierunek zmian:	Wzrost wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS

Nazwa wskaźnika	Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu mężczyzn/kobiet w momencie narodzin
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Wskaźnik wyraża przewidywaną średnią liczbę lat jaką ma do przeżycia bez niepełnosprawności osoba (kobieta lub mężczyzna) w momencie narodzin, pod warunkiem, że aktualne warunki umieralności i utraty zdrowia populacji utrzymają się na obecnym poziomie. Obliczany jest na podstawie tablic trwania życia oraz indywidualnie i subiektywnie postrzeganej niepełnosprawności.
Jednostka miary	lata
Znaczenie	Wskaźnik pokazuje długość życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn, co pośrednio świadczy o kondycji zdrowotnej społeczeństwa. W ostatnich latach obserwowany był systematyczny wzrost długości trwania życia w zdrowiu (w momencie narodzin) dla obu płci. Wskazuje to na polepszające się warunki życia ludności i lepszą opiekę zdrowotną.
Pożądany kierunek zmian:	Wzrost wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS

Nazwa wskaźnika	Wskaźnik zgonów według przyczyn
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Jest to udział zgonów osób z powodu wybranych chorób (układu krążenia oraz nowotworów- razem) w ogólnej liczbie zgonów.
Jednostka miary	%
Znaczenie	Wskaźnik ten pozwala na syntetyczną ocenę stanu zdrowia społeczeństwa oraz (pośrednio) stanu ochrony zdrowia i poziomu wiedzy medycznej. Wysoki odsetek osób chorujących na nowotwory, choroby układu krążenia lub oddechowego, świadczy o złej kondycji zdrowotnej społeczeństwa i warunków

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

	życia oraz wskazuje na skuteczność służby zdrowia. Konsekwencją dużej liczby zachorowań i zgonów w wyniku chorób jest rosnące zapotrzebowanie na usługi zdrowotne. Jest to sygnał do podjęcia działań zapobiegawczych, mających na celu m.in. rozwój wiedzy medycznej oraz promujących zdrowy styl życia. Szczególnie niepokojąca jest sytuacja, gdy zgony z powodu chorób dotyczą grupy wieku znacznie poniżej granicy wyznaczonej przez przeciętne dalsze trwanie życia osób, które mogą być aktywne zawodowo (do 65 roku życia).
Pożyczany kierunek zmian:	Spadek wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS

Nazwa wskaźnika	Zgony niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Pokazuje liczbę zgonów niemowląt, tj. dzieci do 1 roku życia, w relacji do liczby urodzeń żywych. Wartości ustalone według metodologii Światowej Organizacji Zdrowia.
Jednostka miary	promil
Znaczenie	Wskaźnik zgonów niemowląt w sposób syntetyczny odzwierciedla stan zdrowia społeczeństwa i poziom świadczeń zdrowotnych. Spadek zgonów niemowląt będzie świadczył m.in. o poprawie poziomu życia, rozwoju zachowań prozdrowotnych kobiet w ciąży, rozwoju medycyny w kierunku poprawy jakości opieki medycznej w związku z ciążą, porodem i położeniem.
Pożyczany kierunek zmian:	Spadek wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS

Nazwa wskaźnika	Przedwczesne zgony w zgonach ogółem
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Odsetek osób, które zmarły przed ukończeniem 60 r. w zgonach ogółem.
Jednostka miary	procent
Znaczenie	Wysokość współczynnika przedwczesnej umieralności pozostaje w ścisłym związku z warunkami społecznymi i ekonomicznymi, w jakich żyją mieszkańcy analizowanego regionu. Wskaźnik pośrednio informuje o skuteczności systemu ochrony zdrowia, w odniesieniu do kontroli zachorowalności i umieralności.
Pożyczany kierunek zmian:	Spadek wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS

Nazwa wskaźnika	Współczynnik dzietności ogólnej
Obszar tematyczny	Zmiany demograficzne
Definicja	Współczynnik dzietności oznacza liczbę dzieci, które urodziłaby przeciętnie kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15-49 lat), przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłaby z intensywnością obserwowaną w badanym roku, tzn. przy przyjęciu cząstkowych współczynników płodności z tego okresu za niezmiennie.
Jednostka miary	Liczba dzieci
Znaczenie	Współczynnik dzietności jest syntetycznym miernikiem płodności określającym całkowitą płodność kobiet i intensywność urodzeń. Niska dzietność w perspektywie długookresowej prowadzi do deformacji w strukturze wieku, a w konsekwencji do niżu demograficznego. Spadek dzietności w powiązaniu z przyrostem liczby osób starszych nasila proces starzenia się społeczeństwa. W perspektywie długookresowej oznacza to m.in. powstawanie luki na rynku pracy, zachwianie systemu emerytalnego itd. Rozwój ekonomiczny i wyrównywanie dysproporcji między regionami wymaga znaczącego udziału kobiet w rynku pracy. Z tego względu w ramach polityki prorodzinnej uruchamiane są mechanizmy, które pozwolą kobietom na łączenie pracy zawodowej z realizacją planów prokreacyjnych.

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Pożądaný kierunek zmian:	Wzrost wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS
Uwagi	Wskaźnik powinien przyjmować wartości z przedziału 2,10-2,15, który określa się przy istniejącej umieralności jako poziom zapewniający tzw. prostą zastępowalność pokoleń.

Nazwa wskaźnika	Urodzenia żywe na 1 tys. ludności
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Pokazuje liczbę urodzeń żywych w stosunku do liczby ludności ogółem.
Jednostka miary	promil
Znaczenie	Wskaźnik urodzeń żywych jest istotnym narzędziem monitorowania procesów demograficznych wpływających na sytuację zdrowotną. W sposób syntetyczny odzwierciedla stan zdrowia społeczeństwa i poziom świadczeń zdrowotnych. Wzrost urodzeń żywych będzie świadczył m.in. o rozwoju zachowań prozdrowotnych kobiet w ciąży, rozwoju medycyny w kierunku poprawy jakości opieki medycznej w związku z ciążą, porodem i położeniem.
Pożądaný kierunek zmian:	Wzrost wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS

8.3.3. Mierniki realizacji Programu

Miernikiem właściwej realizacji Lubuskiego Programu Ochrony Zdrowia 2030 jest poprawa wartości wskaźników przyjętych zarówno jako narzędzia do zarządzania operacyjnego Programem, jak i do oceny efektów realizacji Programu. Ze względu na brak szczegółowych informacji np. na temat środków finansowych, które przeznaczane będą corocznie na ochronę zdrowia w województwie lubuskim, oszacowanie realnego tempa zmian jest trudne. Najważniejsze jest jednak zniwelowanie niekorzystnych tendencji i zbliżenie się do średniego poziomu opieki zdrowotnej w Polsce oraz Unii Europejskiej.

Tabela 40. Wskaźniki/mierniki LPOZ 2030

	ŹRÓDŁO	2019 WARTOŚĆ BAZOWA	2030 OCZEKIWANE ZMIANY
EFEKTYWNOŚĆ WYKORZYSTANIA ZASOBÓW			
Liczba oczekujących na świadczenia zdrowotne:	LOW NFZ		
ogółem		116 134	Obniżenie liczby oczekujących
w tym na świadczenia o statusie pilne		11 840	
Średni czas oczekiwania na świadczenia (w dniach):	LOW NFZ		
ogółem		58	Zmniejszenie czasu oczekiwania
w tym na świadczenia o statusie pilne		10	
Liczba lekarzy pracujących według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców	GUS	20,4	Wzrost liczby lekarzy i lekarzy dentyków
Liczba lekarzy dentyków pracujących według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców		5,6	
Liczba pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców	GUS	45,3	Wzrost liczby pielęgniarek i położnych
Liczba położnych podstawowej opieki zdrowotnej według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców		5,2	
SYNTETYCZNY WPŁYW WSZYSTKICH CZYNNIKÓW			
Przeciętne dalsze trwanie życia (lata):			
mężczyźni	GUS	72,9	74,0
kobiety		81,0	81,3

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu (lata):			
mężczyźni	GUS	60,6	Wzrost wskaźnika
kobiety		64,2	
Przedwczesne zgony w zgonach ogółem (%)	GUS	16,0	Spadek wskaźnika
Zgony niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych (‰)	GUS	3,2	Obniżenie wskaźnika
Wskaźnik zgonów na 10 tys. mieszkańców wg przyczyn:			
choroby układu krążenia	GUS	35,6	Obniżenie wskaźników
nowotwory		28,8	
Współczynnik dzietności	GUS	1,326	1,45
Urodzenia żywe na 1 tys. mieszkańców (‰)	GUS	8,92	Wzrost wskaźnika

Źródło: opracowanie własne.

8.4 Źródła finansowania

Podstawowe źródła finansowania zadań ujętych w Lubuskim Programie Ochrony Zdrowia 2030 to:

- Środki finansowe pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, będące w dyspozycji Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Środki budżetowe samorządu województwa lubuskiego, starostw powiatowych i gmin,
- Środki pochodzące z funduszy Unii Europejskiej i inne środki pomocowe,
- Własne środki finansowe podmiotów leczniczych,
- Środki pochodzące z partnerstwa publiczno-prywatnego,
- Środki budżetu państwa przeznaczane na realizację programów resortowych.

W ramach procesu monitorowania przewidziano badanie postępu rzeczowego i finansowego w realizacji Strategii, co pozwoli ocenić jej efektywność.

8.4.1. Środki finansowe Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Środki finansowe Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczane na zakup świadczeń zdrowotnych (pochodzące przede wszystkim ze składek na ubezpieczenie zdrowotne) stanowiąc będą główne źródło finansowania ochrony zdrowia oraz służyć będą realizacji celów zawartych w Lubuskim Programie Ochrony Zdrowia. Mimo corocznie zwiększanych środków finansowych (z uwagi na rosnące potrzeby zdrowotne), są one nadal niewystarczające. Jednocześnie wysokość środków przeznaczanych na poszczególne świadczenia zmienia się z roku na rok.

Tabela 41. Procent składek przeznaczanych przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze na zakup świadczeń zdrowotnych w latach 2016-2021

Lata	Wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (w tys. zł)	Przychody ze składek (w tys. zł)	%
2016	1 811 752,55	1 784 719,00	101,51
2017	1 884 460,23	1 918 969,00	98,20
2018	2 032 779,41	2 038 626,00	99,71
2019	2 226 902,75	2 233 758,00	99,69
2020	2 423 417,46*	2 258 523,00	107,30
2021	1 470 488,71*	1 277 685,00	115,09

* wykonanie zawiera środki przekazane w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz środki z Funduszu Medycznego, na dzień 22.10.2021 r.
Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

W 2016, 2020 i 2021 r. wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przewyższało przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne o odpowiednio 1,5 %, 7,3% oraz 15,1 %. W latach 2017 – 2019 przychody z ubezpieczenia zdrowotnego były wyższe niż koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Analizując koszty w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych na przestrzeni lat 2016-2019, główne tendencje, jakie można stwierdzić, to przede wszystkim:

- wzrost udziału środków przeznaczanych na podstawową opiekę zdrowotną, leczenie szpitalne oraz rehabilitację leczniczą,
- spadek udziału środków finansowych przeznaczanych na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie stomatologiczne, refundację leków, a także opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień.

Tabela 42. Struktura kontraktowanych świadczeń zdrowotnych przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze w latach 2016-2019

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
	w %			
Koszty świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach świadczeń	100%	100%	100%	100%
podstawowa opieka zdrowotna	13,50%	14,01%	14,00%	14,14%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	8,59%	7,72%	6,00%	5,99%
leczenie szpitalne	48,48%	48,97%	51,28%	50,85%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	4,96%	4,91%	4,94%	4,39%
rehabilitacja lecznicza	3,11%	3,09%	3,04%	3,28%
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1,45%	1,64%	1,82%	1,98%
opieka paliatywna i hospicyjna	0,66%	0,87%	0,94%	0,98%
leczenie stomatologiczne	2,30%	2,13%	1,95%	1,87%
lecznictwo uzdrowiskowe	0,77%	0,74%	0,68%	0,63%
pomoc doraźna i transport sanitarny	0,09%	0,08%	0,09%	0,09%
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	0,35%	0,33%	0,30%	0,24%
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	2,96%	3,08%	2,84%	3,27%
zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji w ustawie o refundacji	1,39%	1,44%	1,42%	1,48%
refundacja	11,00%	10,82%	10,15%	9,66%
koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych	0,40%	0,16%	0,36%	0,17%

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

8.4.2. Środki budżetowe samorządu województwa lubuskiego

Wysokość środków budżetowych przeznaczanych przez samorząd województwa lubuskiego na ochronę zdrowia określa co roku uchwała budżetowa podejmowana przez Sejmik Województwa Lubuskiego.

Tabela 43. Wydatki z budżetu Województwa Lubuskiego przeznaczone na ochronę zdrowia w latach 2016-2020

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020
	wykonanie				
Ochrona zdrowia	21 520 529,25	41 278 818,95	30 690 553,20	56 840 186,63	132 621 021,42
w tym:					
szpitale ogólne	0	15 238 290,00	5 476 542,58	11 758 486,19	38 999 392,48
szpitale kliniczne	6 260 748,21	12 665 561,69	7 685 048,93	24 168 047,19	27 877 811,47
lecznictwo psychiatryczne	3 818 878,17	2 740 284,00	2 757 082,81	3 570 567,31	2 586 525,54

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020
	wykonanie				
Lecznictwo ambulatoryjne	370 279,87	0	94 000,00	0	0
ratownictwo medyczne	367 000,00	0	315 000,00	900 000,00	1 138 917,52
medycyna pracy	6 063 446,29	6 324 992,83	7 001 396,49	7 996 874,26	8 716 780,27
programy polityki zdrowotnej	181 800,00	119 870,00	85 491,00	196 100,00	471 800,00
zwalczanie narkomani	115 130,26	115 281,13	114 601,08	147 152,21	99 341,73
przeciwdziałanie alkoholizmowi	191 448,68	254 881,29	168 122,60	167 256,00	110 000,00
pozostała działalność	4 151 797,77	3 819 658,01	6 993 267,71	7 935 703,47	52 620 452,41
wydatki budżetowe ogółem	386 418 000,68	477 110 881,38	452 688 569,49	525 102 857,87	622 711 127,28
udział wydatków na ochronę zdrowia w %	5,57	8,65	6,78	10,82	21,30

źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań rocznych z wykonania budżetu Województwa Lubuskiego za lata 2016-2020 rok.

Analiza wydatków budżetu Województwa Lubuskiego w latach 2016-2020 pokazuje sukcesywny wzrost na ochronę zdrowia. Udział procentowy nakładów na ochronę zdrowia w ogólnych wydatkach budżetowych w 2020 roku wzrósł o 15,73 punktów procentowych względem 2016 r. Na wzrost wydatków z budżetu zdecydowany wpływ ma także realizacja wielomilionowych inwestycji unijnych, dla których Samorząd Województwa Lubuskiego zapewnia tzw. wkład własny z budżetu województwa. Dodatkowo należy zauważyć, że rok 2020 przyniósł nieplanowany wzrost nakładów w obszarze zdrowia – z uwagi na wybuch pandemii COVID 19. Zrealizowane wówczas zakupy i działania inwestycyjne znacząco wpłynęły na poprawę jakości świadczeń i zmniejszenie deficytów w zdrowiu.

8.4.3. Środki pochodzące z Unii Europejskiej

W ramach *Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020* wsparcie dla jednostek sektora zdrowia było realizowane przede wszystkim w następujących obszarach:

- rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych w medycynie oraz organizacji jednostek medycznych (Działanie 2.1 Rozwój społeczeństwa informacyjnego);
- termomodernizacji obiektów sektora ochrony zdrowia (Działanie 3.2 Efektywność energetyczna);
- realizacji programów zdrowotnych, w tym regionalnych programów zdrowotnych (Działanie 6.7 Profilaktyka i rehabilitacja zdrowotna osób pracujących i powracających do pracy oraz wspieranie zdrowych i bezpiecznych miejsc pracy);
- inwestycjach w infrastrukturę ochrony zdrowia (Działanie 9.1 Infrastruktura zdrowotna i usług społecznych). Beneficjentami wsparcia były podmioty prowadzące działalność leczniczą (publiczne i niepubliczne), jednostki samorządu terytorialnego oraz organizacje pozarządowe. Zrealizowano 49 projektów na łączną kwotę dofinansowania UE: 351 797 169,91 PLN²⁴.

²⁴ Dane na podstawie *Centralnego Systemu Informatycznego SL2014* (wg stanu na 26 listopada 2021 r.)

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Tabela 44. Projekty w zakresie ochrony zdrowia w województwie lubuskim realizowane ze środków RPO – Lubuskie 2020

Lp.	Tytuł projektu	Nazwa beneficjenta	Wartość inwestycji (PLN)	Dofinansowanie UE (PLN)
1.	Lubuskie e-Zdrowie	Województwo Lubuskie - Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	20 000 000,00	16 967 999,96
2.	Rozwój technologii informacyjno- komunikacyjnych oraz usług w obszarze e- zdrowia w WS SP ZOZ w Nowej Soli	Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ w Nowej Soli	4 765 512,00	3 974 532,24
3.	Informatyzacja w celu wdrożenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej wraz z uruchomieniem e-usług w SP ZOZ Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej w Nowej Soli	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej	321 786,45	253 604,49
4.	Zaawansowane narzędzia obrazowania 3D w informatycznej platformie badań obrazowych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.	1 746 600,00	1 453 878,53
5.	Wdrożenie usług i aplikacji w zakresie e- zdrowia w Szpitalu im. prof. Z. Religi w Słubicach Sp. z o. o	NZOZ Szpital im. Profesora Zbigniewa Religi w Słubicach Sp. z o.o.	3 015 222,00	2 424 283,69
6.	Rozwój e-usług w szpitalach powiatowych w Międzyrzeczu, Sulęcinie i Sulechowie oraz w Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu	Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o.	12 815 124,00	10 423 373,21
7.	Modernizacja energetyczna WS SP ZOZ w Nowej Soli dla zadania pn. Przebudowa kotłowni węglowej na kotłownię gazową	Wielospecjalistyczny Szpital S P ZOZ w Nowej Soli	17 542 435,55	10 998 830,73
8.	Termomodernizacja budynków 2, 3, 4 oraz 23 Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu Sp. z o.o. z przeznaczeniem na oddziały szpitalne, izbę przyjęć i pracownie diagnostyczne - II etap	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno- Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o.	2 269 804,78	1 921 778,03
9.	Termomodernizacja Budynku Szpitala w Krośnie Odrzańskim	Powiat Krośnieński	2 248 998,63	1 798 454,28
10.	Termomodernizacja Budynku Szpitala w Gubinie „Blok A”	Powiat Krośnieński	1 546 310,91	1 314 364,25
11.	Termomodernizacja obiektów Szpitala w Ciborzu	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SP ZOZ	3 692 993,81	3 139 044,70
12.	Termomodernizacja budynku Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Gorzowie Wlkp. wraz z usunięciem azbestu z elewacji	Województwo Lubuskie/Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy	1 160 558,87	939 243,23
13.	Termomodernizacja obiektów i sieci Szpitala Uniwersyteckiego im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o. o.	Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.	51 500 497,17	38 791 621,11
14.	Lubuszanie skutecznie przeciw nowotworom – wsparcie realizacji programów zdrowotnych ukierunkowanych na wykrywanie i zapobieganie nowotworom złośliwym jelita grubego, szyjki macicy, piersi wśród mieszkańców województwa lubuskiego	Województwo Lubuskie	3 769 000,00	3 203 650,00
15.	„Lubuszanie zdrowi w pracy” - program świadczeń rehabilitacji medycznej dla osób w wieku aktywności zawodowej	Ośrodek Integracji Społecznej	1 978 344,00	1 681 592,40
16.	Realizacja przez Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o. programu rehabilitacji zdrowotnej	Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.	4 957 811,05	4 214 139,38

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

17.	Cytologia, mammografia do lubuskich kobiet trafia- wsparcie profilaktyki nowotworów złośliwych szyjki macicy i piersi	Województwo Lubuskie Departament Ochrony Zdrowia	2 023 972,98	1 720 377,03
18.	Zrób cytologię dla siebie i swoich bliskich!	Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.	1 028 914,35	874 577,19
19.	Program rehabilitacji zdrowotnej w Szpitalu Uniwersyteckim im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.	Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.	1 169 269,06	993 878,70
20.	Rehabilitacja w Przełazach 2019-2020	Powiatowy Ośrodek Rehabilitacyjno- Wypoczynkowy Pałac w Przełazach Sp. z o.o.	2 167 837,40	1 842 661,79
21.	Rehabilitacja medyczna osób pracujących i powracających do pracy w zakresie schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych z wykonywaną pracą	Województwo Lubuskie/ Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy	739 483,63	628 561,08
22.	Rehabilitacja zdrowotna w Zakładzie Fizjoterapii ARTEM w Zielonej Górze	Zakład Fizjoterapii Artem S.C. Agnieszka Patan, Edyta Jasman-Jocz	872 000,00	741 200,00
23.	Sprawni w pracy – program rehabilitacji osób aktywnych zawodowo	NZOZ Szpital im. Prof. Z. Religi w Słubicach Sp. z o.o.	1 168 774,48	993 458,30
24.	Sprawni w pracy - sulechowski program rehabilitacji zdrowotnej	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie	1 175 781,84	999 414,56
25.	Sprawni powiat - rehabilitacja aktywnych zawodowo	NZOZ Szpital im. Prof. Z. Religi w Słubicach Sp. z o.o.	372 400,00	316 540,00
26.	Rehabilitacja w Przełazach 2021-2023	Powiatowy Ośrodek Rehabilitacyjno- Wypoczynkowy "Pałac" w Przełazach Sp. z o.o.	987 600,00	839 460,00
27.	Rehabilitacja szansą na aktywność zawodową	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.	6 824 726,48	5 801 017,50
28.	Od sprawności do aktywności	Związek Organizacji Pomocowych	1 580 686,80	1 343 583,78
29.	Profilaktyka oraz rehabilitacja medyczna aktywnych zawodowo mieszkańców Województwa Lubuskiego oraz osób powracających do pracy	Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy	1 198 272,00	1 018 531,20
30.	Sprawni i aktywni zawodowo - program rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego realizowany przez Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.	Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.	2 076 840,00	1 765 314,00
31.	Program rehabilitacji zdrowotnej w Zakładzie Fizjoterapii ARTEM w Zielonej Górze	Zakład Fizjoterapii Artem S.C. Agnieszka Patan, Edyta Jasman-Jocz	639 558,13	543 624,41
32.	Lubuskie sprawne i aktywne zawodowo - program rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego realizowany przez NZOZ Szpital im. dr nauk medycznych Radzimira Śmigieńskiego Sp. z o.o. w Skwierzynie	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. dr nauk medycznych Radzimira Śmigieńskiego Sp. z o.o. w Skwierzynie	174 100,00	147 985,00
33.	Rehabilitujemy skutecznie – program profilaktyki i rehabilitacji medycznej mieszkańców województwa lubuskiego	Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy	1 020 553,85	867 470,77
34.	Rehabilitacja doda Ci sił – wsparcie zagrożonych grup zawodowych w zakresie rehabilitacji medycznej dla osób powracających do pracy	SP ZOZ - Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej	450 812,50	383 190,62
35.	Rehabilitacja Nad Łażnią	Przychodnia Rehabilitacyjna "Nad	1 112 040,00	945 234,00

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

		Łażnią" Irena Wolter-Jędrusiak, Mirosława Zagórska-Wiciak sp. j		
36.	Sprawni w pracy, sprawni w życiu	Niepubliczny ZOZ Szpital im. Prof. Z. Religi w Ślubicach Sp. z o.o.	961 538,46	817 307,69
37.	Rehabilitacja w Sulechowie na rzecz aktywności zawodowej	Centrum Medyczne Dormed Dorota Malec	1 112 052,00	945 244,20
38.	Kolonoskopia dla osób pracujących, uczących się lub mieszkających w powiatach województwa lubuskiego: krośnieńskim, nowosolskim, zielonogórskim, żagańskim, żarskim	Województwo Lubuskie-Departament Ochrony Zdrowia	3 393 205,64	2 884 224,79
39.	Fizjoterapia w powiecie strzelecko-drezdeneckim	Agnieszka Bażant "Rehabilitacja"	650 750,00	553 137,50
40.	Program wczesnej profilaktyki nowotworowych chorób płuc "Zdrowe Płuca Lubuszan" realizowany w Lubuskim Centrum Pulmonologii w Torzymiu	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o.	540 000,00	459 000,00
41.	Poprawa jakości i dostępności usług zdrowotnych poprzez rozbudowę Hospicjum św. Kamila w Gorzowie Wlkp, woj. lubuskie	Stowarzyszenie Hospicjum Św. Kamila	604 062,91	500 523,13
42.	Lubuskie Młode i Zdrowe: Modernizacja poprzez rozbudowę bloku operacyjnego Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Nowej Soli	Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli	30 965 512,17	13 827 850,00
43.	Lubuskie kontra Wirus - przeciwdziałanie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 poprzez zakup aparatury medycznej do intensywnej terapii oraz środków ochrony osobistej i dezynfekcji dla jednostek ochrony zdrowia	Województwo Lubuskie	54 839 254,13	53 441 339,93
44.	Wdrożenie robotycznych systemów wsparcia zabiegów chirurgicznych na Głównym Bloku Operacyjnym Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. Sp. z o. o. – Etap I	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.	9 999 999,99	8 499 999,98
45.	Rozbudowa Hospicjum przy ulicy Prostej w Zielonej Górze	Ośrodek Integracji Społecznej	3 549 077,20	2 920 550,12
46.	Przebudowa i modernizacja Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Klinicznego Oddziału Okulistyki w Szpitalu Uniwersyteckim w Zielonej Górze Sp. z o. o.	Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.	26 575 362,50	21 639 751,93
47.	Rozbudowa Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością o Ośrodek Radioterapii, w celu zwiększenia dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w obszarze chorób nowotworowych	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.	63 457 469,26	22 561 010,00
48.	Utworzenie Centrum Zdrowia Matki i Dziecka w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.	Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.	132 292 675,00	94 423 999,97
49.	Rozbudowa Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw w Zielonej Górze	Miasto Zielona Góra	2 419 718,25	2 056 760,51
Suma			491 475 300,23	351 797 169,91

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Centralnego Systemu Informatycznego SL2014 (dane wg stanu na 26 listopada 2021 r.)

8.4.4. Finansowanie inwestycji z Funduszy Europejskich w perspektywie 2021-2027 – Fundusze Europejskie Województwa Lubuskiego 2021-2027

W ramach programu Fundusze Europejskie Województwa Lubuskiego 2021-2027 całkowita wartość dofinansowania UE wyniesie 861,47 mln EUR. W tej kwocie 645,51 mln EUR to środki Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, a 215,96 mln EUR to środki Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Tabela 45. Alokacja Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w EURO

Oś priorytetowa	Fundusz	wkład UE (w EUR)	wkład całkowity (w EUR)
1. Nowoczesna gospodarka	EFRR	95 790 165,00	112 694 311,76
2. Zielone lubuskie	EFRR	214 531 940,00	252 390 517,65
3. Transport	EFRR	121 646 307,00	143 113 302,35
4. Infrastruktura społeczna	EFRR	84 159 388,00	99 011 044,71
5. Wsparcie obywateli	EFS+	207 250 967,00	243 824 667,06
6. Lokalne lubuskie	EFRR	103 524 595,00	121 793 641,18
7. Pomoc techniczna	EFRR/ EFS+	25 854 487,00/ 8 710 448,00	30 417 043,53/ 10 247 585,88
łącznie EFRR		645 506 882,00	759 419 861,18
łącznie EFS		215 961 415,00	254 072 252,94
łączna suma		861 468 297,00	1 013 492 114,12

Źródło: opracowanie własne Departamentu Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym UMWL

Spis tabel

Tabela 1. Ludność województwa lubuskiego według miejsca zamieszkania i płci w latach 2010-2020.....	13
Tabela 2. Ludność województwa lubuskiego według grup ekonomicznych w latach 2000, 2010, 2015, 2020 oraz prognoza na lata 2025, 2030, 2035 ^a	13
Tabela 3. Przyrost naturalny w powiatach na 1 tys. ludności w 2020 roku [w %].....	15
Tabela 4. Liczba zgonów w powiatach na 1 tys. ludności w latach 2016-2020 (%)	16
Tabela 5. Wybrane przyczyny zgonów w województwie lubuskim w latach 2015-2019.....	17
Tabela 6. Zgony według przyczyn w województwie lubuskim w latach 2017-2019.....	17
Tabela 7. Prognoza liczby ludności (w tysiącach)	18
Tabela 8. Prognoza zmian stanów ludności ^a w województwie lubuskim	18
Tabela 9. Chorobowość dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w województwie lubuskim w latach 2012-2019 - wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ*	19
Tabela 10. Struktura chorobowości dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w województwie lubuskim w latach 2016-2019 - wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ*	19
Tabela 11. Zachorowalność dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat zakwalifikowanych do opieki czynnej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2016-2019 (wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ)	20
Tabela 12. Struktura zachorowalności dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza poz) w Lubuskiem w latach 2016-2019 – wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ.....	21
Tabela 13. Chorobowość osób w wieku 19 lat i więcej (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2016-2019 (wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ).....	22
Tabela 14. Struktura chorobowości osób w wieku 19 lat i więcej (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2016-2019 – wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ.....	22
Tabela 15. Zachorowalność osób w wieku 19 lat i więcej zakwalifikowanych do opieki czynnej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2016-2019 (wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ).....	23
Tabela 16. Struktura zachorowalności osób w wieku 19 lat i więcej (osoby zakwalifikowane do opieki czynnej) w latach 2016-2019 – wskaźnik na 10 tys. osób zadeklarowanych do lekarza POZ	23
Tabela 17. Choroby zawodowe w województwie lubuskim w latach 2017-2020.....	24
Tabela 18. Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w województwie lubuskim w latach 2017-2020	38
Tabela 19. Zatrudnienie wybranego personelu medycznego w województwie lubuskim w porównaniu z krajem w latach 2016 - 2019 – (wskaźnik na 10 tys. ludności według podstawowego miejsca pracy)	43
Tabela 20. Zatrudnienie wybranego personelu medycznego wg podstawowego miejsca pracy (łącznie z rezydentami i stażystami) w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w województwie lubuskim w latach 2016-2019.....	44
Tabela 21. Specjaliści pracujący wg podstawowego miejsca pracy w latach 2016-2019.....	47
Tabela 22. Liczba lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w województwie lubuskim w latach 2015-2019 ^a	50
Tabela 23. Liczba mieszkańców województwa lubuskiego przypadających na 1 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2015-2019	50
Tabela 24. Liczba pielęgniarek POZ w województwie lubuskim w latach w latach 2015-2019 ^a	51
Tabela 25. Liczba mieszkańców województwa lubuskiego przypadających na 1 pielęgniarkę w latach 2015-2019	51
Tabela 26. Liczba placówek i porad w ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w województwie lubuskim w latach 2016-2019	53
Tabela 27. Nakłady na profilaktyczne programy zdrowotne (w zł)	54
Tabela 28. Wykrywalność zmian chorobowych w ramach program profilaktyki raka piersi (50-69 lat)	55
Tabela 29. Wykrywalność zmian chorobowych w ramach program profilaktyki raka szyjki macicy	56
Tabela 30. Efekty realizacji programu profilaktyki chorób układu krążenia	58
Tabela 31. Wykrywalność wad/chorób płodu w ramach programu badań prenatalnych	60

Lubuski Program Ochrony Zdrowia 2030

Tabela 32. Struktura zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na terenie województwa lubuskiego według stanu na koniec czwartego kwartału w latach 2016-2019 (dane ostateczne po weryfikacji z MSF)	67
Tabela 33. Finanse samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w województwie lubuskim w 2019 roku	69
Tabela 34. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych na 1 mieszkańca w latach 2016-2019 (w tys. zł).....	71
Tabela 35. Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w województwie lubuskim	71
Tabela 36. Najdłuższy czas oczekiwania i liczba oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” na dzień 31.12.2019.....	72
Tabela 37. Największa liczba oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” i średni czas oczekiwania na świadczenia na dzień 31.12.2019 r.	72
Tabela 38. Per saldo kosztów migracji w latach 2016-2019 (bez refundacji cen leków, w tys. zł)*	73
Tabela 39. Procentowy udział należności z innych oddziałów wojewódzkich NFZ w kosztach świadczeń zakupionych przez LOW NFZ w latach 2016-2019 (w tys. zł)*.....	73
Tabela 40. Wskaźniki/mierniki LPOZ 2030	95
Tabela 41. Procent składek przeznaczanych przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze na zakup świadczeń zdrowotnych w latach 2016-2021	96
Tabela 42. Struktura kontraktowanych świadczeń zdrowotnych przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze w latach 2016-2019.....	97
Tabela 43. Wydatki z budżetu Województwa Lubuskiego przeznaczone na ochronę zdrowia w latach 2016-2020	97
Tabela 44. Projekty w zakresie ochrony zdrowia w województwie lubuskim realizowane ze środków RPO – Lubuskie 2020.....	99
Tabela 45. Alokacja Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w EURO	102

Spis wykresów

Wykres 1. Ludność województwa lubuskiego według grup ekonomicznych w latach 2000, 2010, 2015, 2020 oraz prognoza na lata 2025, 2030, 2035.....	14
Wykres 2. Przyrost naturalny na 1 tys. ludności w latach 2012-2020.....	14
Wykres 3. Zgony na 1 tys. ludności w latach 2012-2020	15
Wykres 4. Liczba zgonów w województwie lubuskim według płci w latach 2012-2020.....	16
Wykres 5. Zapadalność na Salmonelozę w Polsce i w województwie lubuskim w latach 2015-2020. (*zapadalność w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców).....	31
Wykres 6. Liczba bakteryjnych zakażeń jelitowych w Lubuskiem w 2020 r. wg. czynnika etiologicznego.....	31
Wykres 7. Zapadalność na wzw typu B w Polsce i w woj. lubuskim w latach 2016-2020.....	32
Wykres 8. Zachorowania lub podejrzenia zachorowań na gripę w sezonach epidemicznych 2017/2018, 2018/2019 oraz 2019/2020 w województwie lubuskim.....	34
Wykres 9. Zachorowania lub podejrzenia zachorowań na gripę dzieci w wieku 0-14 lat w sezonie 2019/2020 r. w województwie lubuskim.....	35
Wykres 10. Zapadalność na gruźlicę w Lubuskiem w 2020 r. według powiatów. (*zapadalność w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców).....	36
Wykres 11. Specjaliści zatrudnieni w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w 2019 r.....	47
Wykres 12. Liczba mieszkańców powiatów przypadających na 1 lekarza POZ w 2019 r.	50
Wykres 13. Liczba mieszkańców powiatów przypadających na 1 pielęgniarkę POZ w 2019 r.	51
Wykres 14. Procent objęcia populacji programem profilaktyki raka piersi	55
Wykres 15. Procent objęcia populacji programem profilaktyki raka szyjki macicy	57
Wykres 16. Efektywność programu profilaktyki gruźlicy w latach 2016-2019.....	60

Spis map

Mapa 1. Ludność według ekonomicznych grup wieku w 2035 r. (prognoza)	19
--	----