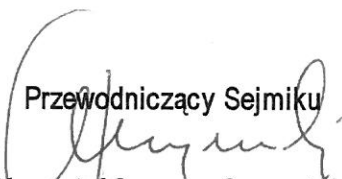


UCHWAŁA NR XLVI/443/2010
SEJMIKU WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO
z dnia 1 lutego 2010 r.

w sprawie przyjęcia Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia

Na podstawie art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590 z późn. zm.) oraz art. 9 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) uchwala się co następuje:

- § 1. Przyjmuje się Lubuską Strategię Ochrony Zdrowia na lata 2010-2013, stanowiącą załącznik do niniejszej uchwały.
- § 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Lubuskiego.
- § 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia


Przewodniczący Sejmiku
Krzysztof Seweryn Szymański

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013

Część I – Priorytetowe Cele i Działania



Zielona Góra - Styczeń 2010 roku

Zapraszamy na www.nizieliskiborys.pl

SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI.....	2
WSTĘP	3
WPROWADZENIE	4
1. PRIORYTETOWE CELE I DZIAŁANIA	9
1.1 CEL NADRZĘDNY I CELE STRATEGICZNE	9
1.2 CELE OPERACYJNE.....	12
1.2.1 <i>Cele operacyjne dla celu strategicznego A</i>	12
1.2.2 <i>Cele operacyjne dla celu strategicznego B</i>	14
1.2.3 <i>Cele operacyjne dla celu strategicznego C</i>	15
1.2.4 <i>Cele operacyjne dla celu strategicznego D</i>	17
2. WDRAŻANIE I OCENA WYNIKÓW REALIZACJI STRATEGII	18
2.1 PODMIOTY WDRAŻAJĄCE	18
2.2 ZARZĄDZANIE PROCESEM WDRAŻANIA STRATEGII	19
3. MONITORING.....	20
3.1 WSKAŹNIKI POZIOMU WDRAŻANIA STRATEGII.....	21
3.2 WSKAŹNIKI OCENY EFEKTÓW REALIZACJI	22
3.3 MIERNIKI REALIZACJI STRATEGII	23
4. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA STRATEGII.....	26
4.1 ŚRODKI FINANSOWE LUBUSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NFZ.....	26
4.2 ŚRODKI BUDŻETOWE SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO	28
4.3 WŁASNE ŚRODKI FINANSOWE SAMORZĄDÓW POWIATOWYCH	29
4.4 ŚRODKI POCHODZĄCE Z UE I INNE	36
4.5 WŁASNE ŚRODKI FINANSOWE ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	37

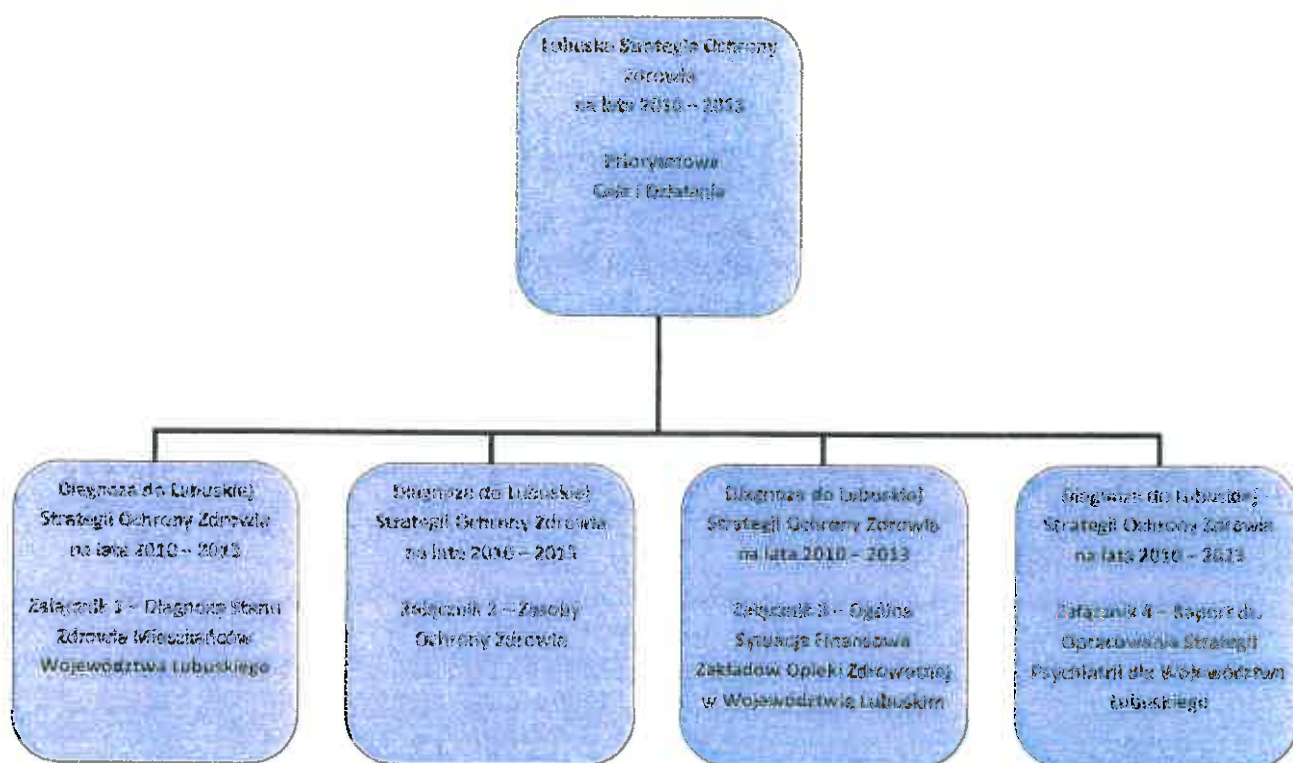
WSTĘP

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2010 – 2013 określa cele i działania związane z ochroną zdrowia. Realizacja zapisów zawartych w niniejszym dokumencie przyczynić się ma do osiągnięcia zaplanowanego celu nadrzędnego Poprawa zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa lubuskiego jako czynnika rozwoju społeczno-ekonomicznego.

Założenia Strategii 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.

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2009 – 2010 jest rezultatem szczegółowej analizy dostępnych danych i informacji, prac eksperckich, szerokich konsultacji społecznych oraz zaangażowania podmiotów funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia.

Rysunek 1: Struktura Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010 – 2013.



Zarząd Województwa Lubuskiego składa podziękowanie wszystkim Osobom i Podmiotom, zaangażowanym w proces powstawania niniejszego dokumentu.

WPROWADZENIE

Podstawę opracowania niniejszego dokumentu stanowią postanowienia ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o *samorządzie województwa*. Określono w nich, między innymi, że samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, m.in. w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2), a także określa strategię rozwoju województwa, która jest realizowana przez programy wojewódzkie (art. 11 ust. 3). Mając na uwadze powyższe postanowienia, Sejmik Województwa Lubuskiego, w dniu 20 kwietnia 2009 roku, podjął uchwałę w sprawie określenia zasad i harmonogramu opracowania „Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia”.

„Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013” jest dokumentem strategicznym, opracowanym w celu określenia priorytetowych celów i kierunków w polityce promocji i ochrony zdrowia w regionie lubuskim w kolejnych latach. Dokument jest wyrazem dążenia Województwa Lubuskiego do zapewnienia wszystkim jego mieszkańcom swobodnego i równego dostępu do opieki medycznej o możliwie najwyższym standardzie.

Opracowanie niniejszego dokumentu poprzedzono wszechstronną i szczegółową diagnozą aktualnej sytuacji demograficznej i epidemiologicznej województwa oraz analizą stanu zasobów województwa w zakresie:

- placówek ochrony zdrowia,
- stanu technicznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną placówek ochrony zdrowia,
- badania kondycji finansowej placówek ochrony zdrowia,
- oceny zmian zachodzących w ostatnich latach w szeroko rozumianym obszarze ochrony zdrowia.

W rezultacie powstał dokument określający cele i kierunki działań samorządu województwa w polityce promocji i ochrony zdrowia, a także wskazujący propozycje rozwiązań określonych problemów z tego zakresu oraz obszary wymagające naprawy bądź uregulowania w perspektywie kilku najbliższych lat.

Opracowując „Lubuską Strategię Ochrony Zdrowia na lata 2010-2013”, kierowano się wytycznymi zawartymi w: „Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013” oraz „Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015”.

Dokument pod nazwą „Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013” został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 roku jako część programu kompleksowej modernizacji i rozwoju Polski, zgodnego z priorytetami Strategii Lizbońskiej, oraz wykorzystania publicznych środków wspólnotowych. Za cel nadrzędny w ww. dokumencie uznano poprawę zdrowia społeczeństwa polskiego jako czynnika rozwoju społeczno – gospodarczego kraju. Założono, iż osiągnięcie tego celu wymagać będzie kompleksowej i zintegrowanej realizacji czterech celów strategicznych:

1. Poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
2. Zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa;
3. Dostosowania opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych;
4. Promocji zdrowia i kształtowania prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego.

Powyższym celom strategicznym przyporządkowano 16 celów operacyjnych.

„Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015” został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 15 maja 2007 roku. Autorzy tego opracowania podali, iż powstało ono w celu „*zjednoczenia wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej prowadzącego do zmniejszenia nierówności i poprawy stanu zdrowia, a tym samym jakości życia Polaków*”. Jako główny cel Narodowego Programu Zdrowia

określono poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu poprzez:

1. kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa;
2. tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu;
3. aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Osiągnięcie celu głównego NPZ 2007 - 2015 wymagać będzie kompleksowej i zintegrowanej realizacji ośmiu celów strategicznych, do których należą:

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo – sercowych, w tym udarów mózgu,
- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych,
- zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków; zapobiegania zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno – promocyjne,
- zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno – stawowego,
- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego,
- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom,
- zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

„Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2009-2013” jest komplementarna w stosunku do krajowych i wieloletnich programów zdrowotnych, w tym:

- „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”,
- „Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego ‘POLKARD’”,
- „Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze, Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007-2011”,
- „Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii”,
- „Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV”,
- projektu „Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego”,
- programu wieloletniego pn. „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.

„Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2010-2013” jest zgodna z założeniami następujących dokumentów strategicznych i programowych województwa lubuskiego:

- „Strategia Rozwoju Województwa Lubuskiego – Aktualizacja z horyzontem czasowym do 2020 roku”,
- „Lubuskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007–2013”.

„Strategia Rozwoju Województwa Lubuskiego. Aktualizacja z horyzontem czasowym do 2020 roku” przyjęta uchwałą Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 19 grudnia 2005 roku zakłada osiągnięcie poprawy stanu zdrowotności społeczeństwa dzięki rozbudowie i zwiększeniu jakości funkcjonowania placówek ochrony zdrowia. Zagadnienia związane z promocją i ochroną zdrowia zdefiniowano w dwóch celach strategicznych niniejszego dokumentu.

W ramach celu strategicznego pn. „Zapewnienie przestrzennej, gospodarczej i społecznej spójności regionu” zdefiniowano cel operacyjny 1.3 – „Udoskonalenie i rozbudowa infrastruktury społecznej – w szczególności w sferach edukacji, ochrony zdrowia, kultury i opieki społecznej”. Zgodnie z przedstawionym opisem: „podstawowym celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego, ambulatoryjnego, leczenia specjalistycznego, pomocy doraźnej oraz promocja zdrowia. Realizacja powyższego celu polega na podejmowaniu działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia ludzi. Podejmowane działania mają zapewnić pacjentom dostęp do wysokospecjalistycznych badań diagnostycznych w chorobach układu krążenia, chorobach nowotworowych i spowodowanych przyczynami zewnętrznymi, a przez to osłabić negatywne trendy zachorowalności, zapadalności, chorobowości. Realizuje się w ten sposób poprawę jakości usług medycznych świadczonych przez wysokospecjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej. Cel ten jest spójny z celem szczegółowym - poprawa jakości leczenia specjalistycznego i wysokospecjalistycznego zarówno stacjonarnego jak i ambulatoryjnego”.

W dokumencie wymieniono również najważniejsze działania / przedsięwzięcia w zakresie ochrony zdrowia, w tym:

„a) racjonalne wykorzystanie zasobów materialnych podmiotów tworzących regionalny system opieki zdrowotnej (obiektów, wyposażenia) - z uwzględnieniem zmieniających się potrzeb oraz optymalizacji efektów i kosztów w zakresie profilaktyki, leczenia i rekonwalescencji;

b) modernizacja infrastruktury szpitalnej zapewniającej poprawę standardów hospitalizacji, funkcjonalności obiektów, restrukturyzując potencjału oraz dostosowanie zakładów do innych szczególnych potrzeb;

c) dostosowanie i wyposażenie podmiotów opieki zdrowotnej tworzących regionalny system w sprzęt i środki transportu medycznego pozwalające na świadczenie usług medycznych na poziomie standardów obowiązujących w UE”.

W ramach celu strategicznego pn. „Podniesienie poziomu wykształcenia społeczeństwa, zwiększenie potencjału innowacyjnego nauki oraz informatyzacja społeczeństwa” znalazł się cel operacyjny 2.6 – „Ograniczenie zakresu i skutków wykluczenia społecznego osób i rodzin, ich integracja ze społeczeństwem oraz wyrównywanie szans rozwojowych dzieci i młodzieży”. Zgodnie z jego opisem kluczowym dla realizacji celu jest.:

- zapobieganie degradacji zawodowej, zdrowotnej, społecznej osób uzależnionych i ich rodzin;
- projektowanie działań profilaktycznych mających na celu wspomaganie i aktywizowanie osób i rodzin w radzeniu sobie z zagrożeniami;
- stworzenie systemowych rozwiązań wspierających rodzinę i odpowiednich warunków do życia oraz rozwoju dzieci i młodzieży z rodzin ubogich.
- Wśród działań i przedsięwzięć sprzyjających realizacji tego celu wymieniono natomiast, m.in.: zidentyfikowanie rozmiaru uzależnień oraz określenie przyczyn używania środków uzależniających ze wskazaniem grup szczególnego ryzyka;
- projektowanie działań mających na celu ograniczenie konsumpcji substancji psychoaktywnych;
- stworzenie warunków do efektywnej terapii i leczenia uzależnionych i ich rodzin; stworzenie systemu rehabilitacji i readaptacji osób uzależnionych;
- koordynację działań pomocy społecznej, oświaty, ochrony zdrowia, policji i organizacji pozarządowych działających na rzecz rozwiązywania problemów rodziny;
- zapewnienie powszechnej dostępności do poradnictwa specjalistycznego;
- promocję różnorodnych form aktywności ruchowej dzieci i młodzieży;

- *zintegrowanie działań medycznych, orzecznictwa, edukacji, pomocy społecznej i rodziny w celu maksymalnego wykorzystania potencjału rozwojowego dziecka niepełnosprawnego;*
- prowadzenie badań diagnostycznych identyfikujących zagrożenia ze szczególnym uwzględnieniem psychozdrowotnych aspektów u dzieci i młodzieży oraz monitorowanie zagrożeń;*
- upowszechnianie wiedzy o przyczynach i skutkach uzależnień.*

W „Strategii Rozwoju Województwa Lubuskiego” założono również, że właściwy, bezpieczny system opieki zdrowotnej wymaga stworzenia odpowiedniej bazy technicznej i diagnostycznej, która zapewni mieszkańcom województwa lepszy dostęp do wysokospecjalistycznych usług medycznych. Uznano, że warunki takie można osiągnąć tylko przez wyposażenie jednostek ochrony zdrowia w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną nowej generacji.

Oceniono, że istniejąca baza sprzętowa szpitali jest przestarzała, wyeksploatowana i ulega częstym awariom, w związku z czym dla utrzymania właściwego poziomu usług medycznych powinna być jak najszybciej wymieniona (uznano, iż największe braki występują w diagnostyce RTG).

Postanowiono również, iż strategia zmian w zakresie ochrony zdrowia powinna uwzględniać rozwój i specjalizację placówek ochrony zdrowia oraz zwiększenie dostępu do usług.

„Lubuski Regionalny Program Operacyjny na lata 2007–2013” przyjęty uchwałą Zarządu Województwa Lubuskiego z dnia 16 października 2007 roku problematykę ochrony zdrowia definiuje w Priorytecie IV - „Rozwój i modernizacja infrastruktury społecznej”. Jako cel główny tego priorytetu określono *„stworzenie atrakcyjnych i bezpiecznych warunków życia w województwie lubuskim oraz znoszenie dysproporcji między dynamicznymi centrami wzrostu a terenami marginalizowanym”*. W celu tym zawiera się również poprawę jakości i dostępności usług zdrowotnych przez rozwój i modernizację infrastruktury społecznej w regionie. Wśród celów szczegółowych wymieniono m.in., poprawę jakości i dostępności usług ochrony zdrowia na szczeblu regionalnym, i lokalnym oraz ułatwienie dostępu do podstawowej infrastruktury na terenach strukturalnie słabych. Wśród przykładowych typów kwalifikujących się projektów wskazano m.in. rozbudowę i modernizację regionalnej i lokalnej infrastruktury ochrony zdrowia oraz wyposażenie publicznych placówek ochrony zdrowia.

Formułując cele „Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010-2013” uwzględniono utrwalony w literaturze przedmiotu podział czynników wpływających na stan zdrowia człowieka oraz oszacowanie procentowego wpływu tych czynników na zdrowie ludności.

Wskazuje się, że stan zdrowia człowieka zależy przede wszystkim od stylu życia (w około 50%), a także od czynników genetycznych i biologicznych (w około 20%), czynników środowiskowych (w około 20%) i wreszcie, w najmniejszym stopniu, od czynników związanych z działaniem systemu ochrony zdrowia (w około 10%).

Zwrócono także uwagę, iż szczególnie wysoki udział w strukturze demograficznej osób w wieku emerytalnym oraz bezwzględny wzrost liczebności w tej grupie wiekowej wskazuje na konieczność dostosowania ochrony zdrowia do potrzeb tej grupy mieszkańców regionu.

Przy uwzględnieniu wszystkich powyższych dokumentów, programów, analiz i okoliczności opracowano „Lubuską Strategię Ochrony Zdrowia na lata 2010-2013”. W część I niniejszego dokumentu opisano priorytetowe cele i zadania w polityce promocji i ochrony zdrowia województwa lubuskiego na lata 2010-2013. Jako główny cel strategiczny wskazano *„poprawę zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa lubuskiego oraz podnoszenie jakości i efektywności regionalnego systemu zdrowia”*. Założono, że cel ten realizowany będzie poprzez cele strategiczne, odpowiadające tym określonym w „Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013”, tj.:

- 1) zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa;
- 2) poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
- 3) dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych;
- 4) poprawę stanu zdrowia ludności województwa lubuskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący między województwem lubuskim i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej.

W części I Strategii określono również cele operacyjne służące realizacji ww. celów strategicznych, a także wskazano działania i przedsięwzięcia prowadzące do osiągnięcia przyjętych celów operacyjnych. W tej części dokumentu określono także podstawowe założenia systemu zarządzania i wdrażania oraz opisano proces monitoringu. Część I dokumentu zawiera również informacje dotyczące źródeł finansowania dla działań realizacyjnych.

W części II dokumentu zamieszczono natomiast przeprowadzoną dla jego potrzeb diagnozę. Składa się ona z załączników, z których każdy dotyczy odrębnej tematyki i zawiera szczegółowe analizy statystyczne.

1. PRIORYTETOWE CELE I DZIAŁANIA

1.1 CEL NADRZĘDNY I CELE STRATEGICZNE

Celem nadrzędnym Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia jest:

**Poprawa zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa lubuskiego
jako czynnika rozwoju społeczno-ekonomicznego**

Cel nadrzędny „Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010-2013” jest zgodny z zapisami „Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013” oraz jest ukierunkowany na poprawę zdrowia mieszkańców województwa lubuskiego, co ma służyć zaktywizowaniu i lepszemu wykorzystaniu jego podstawowych możliwości.

Na podstawie przeprowadzonej analizy strategicznej przedstawiono poniżej zestaw czterech generalnych celów strategicznych w ramach których zostały sformułowane cele operacyjne.

Cele strategiczne Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia:

A.	Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia
-----------	--

Jednostki opieki zdrowotnej, 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.

Istotnym elementem działań związanych z poprawą jakości świadczeń zdrowotnych jest poziom inwestowania w infrastrukturę zakładów opieki zdrowotnej. Kierunki tychże zmian wyznacza znowelizowane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Jednostki powinny opracować plany strategiczne i operacyjne wraz z harmonogramami działań, mające na celu dostosowanie posiadanych warunków infrastrukturalnych 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, Lubuskim Regionalnym Programie Operacyjnym, Wieloletnich Specjalistycznych Programach Zdrowotnych.

W poprawie dostępności do diagnostyki oraz terapii istotnym elementem będzie osiąganie wskaźników kierunkowych na populację w dostępie do sprzętu i aparatury medycznej.

W związku z powyższym jednostki powinny poszukiwać 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 miernikiem 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 zakładach opieki zdrowotnej, przyczyni się do upowszechnienia wiedzy dotyczącej praktyk zarządczych stosowanych w organizacjach. 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.

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.

B.	Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa
-----------	---

Sprawność i skuteczność regionalnego systemu ratownictwa medycznego w znacznej mierze warunkuje 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, w mniejszym zakresie ze sfery inwestycyjnej.

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. Zanieczyszczenia środowiska zewnętrznego, w szczególności zanieczyszczenia pyłowe powietrza atmosferycznego stanowią poważne zagrożenia zdrowia zwłaszcza dzieci i młodzieży. Stałe narażanie na podwyższony poziom hałasu (przekraczający 80 dB) niesie za sobą poważne skutki zdrowotne. Kolejnym czynnikiem zagrażającym zdrowiu człowieka są: promieniowanie jonizujące i pola elektromagnetyczne.

Jednym z podstawowych kryteriów bezpieczeństwa żywności jest jej jakość mikrobiologiczna i przestrzeganie wymagań w zakresie zanieczyszczeń chemicznych, fizycznych i biologicznych. Niezbędne jest prowadzenie monitoringu dostarczającego stałych informacji o zanieczyszczeniach żywności oraz umożliwiającego prognozowanie kierunków zmian. Wyniki badań monitoringowych pozwalają na wczesną sygnalizację wzrostu poziomu zanieczyszczenia, umożliwiają podjęcie działań zapobiegawczych zanim nastąpi bezpośrednie zagrożenie zdrowia ludzkiego, a także służą do oceny skuteczności przedsięwzięć podjętych w celu zredukowania zagrożenia.



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, zapobiega poważnym patologiom zdrowotnym w późniejszym wieku i daje większe szanse na pełne zdrowie. Zmniejsza 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 społeczeństwa województwa skłania do podejmowania działań mających na celu zapewnienie właściwej opieki medycznej dla osób starszych, a w konsekwencji wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej ludzi w podeszłym wieku. Zjawisku starzenia się społeczeństwa towarzyszy zanikanie więzi rodziny wielopokoleniowej, wynikająca stąd samotność osób w wieku podeszłym, niesprawność fizyczna, uzależnienie 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.

D.	Promocja zdrowia i kształtowanie prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego
-----------	--

Ważnym dla utrzymania zdrowia człowieka jest styl życia. Definiowany przez WHO jako sposób bycia, będący wynikiem 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 zmniejszyć koszty absencji chorobowej i nakładów na leczenie.

Podstawowymi czynnikami wpływającymi na zdrowie człowieka są:

- styl życia, na który przypada około 50% wszystkich wpływów,
- środowisko – około 20%,
- cechy genetyczne – około 20%,
- opieka zdrowotna – około 10%.

Koncentrując się na upowszechnianiu zasad zdrowego stylu życia należy zauważyć, że równoległe z realizacją programów profilaktycznych i programów promocji zdrowia powinny ulegać poprawie warunki służące ich wdrażaniu. Jednostki samorządu terytorialnego powinny planować większe środki z przeznaczeniem na promocję zdrowia.

1.2 CELE OPERACYJNE

Do każdego z przedstawionych powyżej celów strategicznych zdefiniowano cele operacyjne. Każdemu z celów operacyjnych przyporządkowano działania umożliwiające osiągnięcie założonych celów.

1.2.1 CELE OPERACYJNE DLA CELU STRATEGICZNEGO A

Cel strategiczny A: Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Cele operacyjne A.1.	Poprawa jakości usług medycznych
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej do wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej. 2. Wprowadzenie systemów jakości i standardów świadczenia usług medycznych w ochronie zdrowia. 3. Stosowanie nowych technologii medycznych (zakup aparatów i urządzeń medycznych). 4. Pozyskiwanie kadry specjalistycznej (zwiększenie rezydentur, programy stypendialne). 5. Rozwijanie instytucji lekarza rodzinnego jako efektywnego narzędzia promocji, profilaktyki i leczenia.

Cel operacyjny A.2.	Poprawa organizacji świadczenia usług zdrowotnych – optymalne wykorzystanie zasobów
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Racjonalizacja rozmieszczenia i specjalizacji zakładów opieki zdrowotnej 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 doksztalcania i specjalizacji wśród kadry medycznej). 4. Restrukturyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej, 5. Stworzenie sieci współpracy pomiędzy jednostkami opieki zdrowotnej, w celu poprawy jakości świadczeń zdrowotnych. 6. Rozwijanie specjalistycznych ośrodków medycznych w województwie lubuskim 7. Niwelowanie dysproporcji w dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie województwa.
Cel operacyjny A.3.	Optymalizacja wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców (w relacji popyt -- podaż). 2. Poszukiwanie dodatkowych, zewnętrznych źródeł finansowania działalności i rozwoju zakładów opieki zdrowotnej. 3. Kompleksowa analiza wyników finansowych i rentowności wykonywania świadczeń zdrowotnych.
Cel operacyjny A.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 systemu informacyjnego wspomagającego zarządzanie dla szpitali i jednostek ochrony zdrowia. 3. Budowa Regionalnego Systemu Informacji Medycznej - e-Zdrowie

1.2.2 CELE OPERACYJNE DLA CELU STRATEGICZNEGO B

Cel strategiczny B: Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

Cel operacyjny B.1.	Rozwój systemu ratownictwa medycznego
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wzmocnienie współpracy oraz koordynacja działań podmiotów biorących udział w akcjach ratunkowych. 2. Rozwój ratownictwa medycznego (CPR, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, Centra Urazowe, itp.). 3. Monitoring czasu przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. 4. Optymalizacja rozmieszczenia i liczby jednostek ratownictwa medycznego. 5. Podniesienie poziomu wiedzy mieszkańców regionu w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej. 6. Doskonalenie zawodowe kadr regionalnego systemu ratownictwa medycznego.
Cel operacyjny B.2.	Zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym narażenia na szkodliwe czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne środowiska
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ograniczenie emisji pyłów i gazów do powietrza atmosferycznego poprzez wzmocnienie monitoringu zanieczyszczeń powietrza oraz zwiększenie stopnia redukcji pyłów i gazów. 2. Ograniczenie emisji hałasu (zwłaszcza w miastach). 3. Ograniczenie emisji promieniowania jonizującego i pola elektromagnetycznego. 4. Poprawa efektywności oczyszczania ścieków. 5. Zmniejszenie ilości składowanych odpadów. 6. Monitorowanie szkodliwych czynników fizycznych, chemicznych i biologicznych występujących na terenie województwa lubuskiego.
Cel operacyjny B.3.	Zapobieganie zagrożeniom wynikającym z zanieczyszczenia żywności
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsekwentne egzekwowanie od przedsiębiorców wdrożenia i prawidłowego funkcjonowania zasad systemu zapewnienia bezpieczeństwa żywności - HACCP oraz innych przepisów sanitarnych. 2. Promocja zdrowej żywności i zasad zdrowego odżywiania.
Cel operacyjny B.4.	Zapobieganie skutkom zanieczyszczeń znajdujących się w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozwój systemów wodociągów publicznych oraz utylizacja ścieków i odpadów. 2. Wzmocnienie monitoringu jakości wody przeznaczonej do spożycia oraz prowadzenie analiz w zakresie szacowania ryzyka zdrowotnego. 3. Systematyczne informowanie ludności o jakości wody przeznaczonej do picia. 4. Zabezpieczenie źródeł awaryjnego zaopatrzenia ludności w wodę.

1.2.3 CELE OPERACYJNE DLA CELU STRATEGICZNEGO C

Cel strategiczny C: Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych

Cel operacyjny C1	Poprawa zdrowia kobiet w wieku rozrodczym oraz noworodków i niemowląt
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poprawa opieki przedporodowej poprzez jak najwcześniejsze objęcie opieką wszystkich kobiet ciężarnych. 2. 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. 3. Podjęcie działań zmierzających do zmniejszenia ryzyka zachorowań w okresie przedkonceptyjnym jak i w czasie ciąży.
Cel operacyjny C2	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. Edukacja prozdrowotna uczniów w zakresie: profilaktyki chorób, racjonalnego żywienia, znaczenia aktywności fizycznej, udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. 3. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.
Cel operacyjny C3	Poprawa stanu zdrowia populacji dorosłej
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozszerzenie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami dorosłymi zagrożonymi chorobami specyficznymi dla województwa lubuskiego, w szczególności: chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami złośliwymi, przewlekłymi chorobami układu oddechowego i kostno - stawowego, cukrzycą, chorobami zakaźnymi. 2. Rozwój profilaktyki zdrowotnej. 3. Ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy.
Cel operacyjny C4	Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej.
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doskonalenie form opieki domowej nad osobami w wieku podeszłym. 2. Rozwój form opieki długoterminowej, pielęgnacyjno – opiekuńczej oraz paliatywno – hospicyjnej. 3. Rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr do prowadzenia postępowania zapobiegawczego, leczniczego i usprawniającego osób w wieku podeszłym. 4. Wspieranie działań organizacji pozarządowych zajmujących się opieką zdrowotną nad osobami w wieku podeszłym.

Cel operacyjny C.5	Zapewnienie właściwej opieki osobom niepełnosprawnym
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dostosowanie kwalifikacji zawodowych osób niepełnosprawnych do potrzeb rynku pracy oraz wspieranie ich zatrudnienia 2. Likwidacja barier architektonicznych, urbanistycznych i komunikacyjnych. 3. Promocja polityki równych szans. 4. Wspieranie potencjału rozwojowego osób i rodzin z problemem niepełnosprawności.
Cel operacyjny C.6	Zapewnienie właściwej opieki osobom chorym psychicznie
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja zapisów wynikających z raportu zespołu ds. opracowania Strategii Psychiatrii dla województwa lubuskiego. 2. Rozwijanie oddziałów psychogeriatrycznych, rehabilitacji psychiatrycznej, leczenia zaburzeń nerwicowych 3. Zwiększenie dostępności do leczenia zaburzeń nerwicowych w warunkach ambulatoryjnych i w oddziałach dziennego pobytu. 4. Rozwijanie opieki środowiskowej. 5. Rozwój form niestacjonarnej opieki dla dzieci, młodzieży i ich rodzin. 6. Podjęcie działań zmierzających do pozyskania wykwalifikowanego personelu. 7. Rozbudowa opieki ambulatoryjnej i oddziałów dziennych w psychiatrii.
Cel operacyjny C.7	Zapewnienie właściwej opieki osobom uzależnionym
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja zapisów: <ol style="list-style-type: none"> a) Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2007 – 2011. b) Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2006 – 2010.

1.2.4 CELE OPERACYJNE DLA CELU STRATEGICZNEGO D

Cel strategiczny D: Promocja zdrowia i kształtowanie prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego.

Cel operacyjny D.1.	Profilaktyka zdrowotna i propagowanie zdrowego stylu życia.
Działania:	<ol style="list-style-type: none">1. Propagowanie wiedzy o podstawowych zasadach prowadzenia zdrowego stylu życia.2. Realizacja programów edukacji zdrowotnej.3. Propagowanie działań na rzecz promocji zdrowia.4. Poprawa dostępu do bazy sportowo-rekreacyjnej i turystycznej.

2. WDRAŻANIE I OCENA WYNIKÓW REALIZACJI STRATEGII

2.1 PODMIOTY WDRAŻAJĄCE

Realizatorami Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010-2013 są:

- Samorząd Województwa Lubuskiego;
- Samorzady powiatowe i miasta na prawach powiatu;
- Samorzady 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 zakładami opieki zdrowotnej, zwłaszcza szpitalami, itp.);
- Samorzady zawodów medycznych, w tym samorząd lekarski oraz samorząd pielęgniarek i położnych;
- Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze;
- Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim;
- Konsultanci wojewódzcy;
- Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gorzowie Wielkopolskim,
- Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim;
- Zakłady opieki zdrowotnej, indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, praktyki pielęgniarskie;
- Szkoły wyższe;
- i inne podmioty nie ujęte.

Głównymi partnerami w realizacji Programu będą:

- Państwowa Straż Pożarna;
- Policja;
- Organizacje pozarządowe;
- Środki masowego przekazu.

2.2 ZARZĄDZANIE PROCESEM WDRAŻANIA STRATEGII

Odpowiedzialność za wdrożenie Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia jako dokumentu uchwalonego przez Sejmik Województwa oraz nadzór nad realizacją jej zapisów leżeć będzie w kompetencjach Zarządu Województwa Lubuskiego.

Osiągnięcie założonych celów strategicznych i operacyjnych wymagać będzie współdziałania instytucji, organizacji 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 Strategii oraz zapewnienia skutecznego zarządzania Zarząd Województwa Lubuskiego powoła Zespół Wdrażający Lubuską Strategię Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013.

W skład Zespołu wejdą osoby odpowiedzialne za ochronę zdrowia w województwie lubuskim, a w szczególności przedstawiciele:

1. Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego,
2. Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze
3. Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Gorzowie Wielkopolskim,
4. Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim,
5. Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim,
6. Wojewódzkich Ośrodków Medycyny Pracy,
7. Uczelnie

W pracach Zespołu uczestniczyć będą również przedstawiciele:

1. SP ZOZ,
2. NZOZ,
3. Samorządu lekarskiego,
4. Samorządu pielęgniarek i położnych.

Do zadań Zespołu Wdrażającego Lubuską Strategią Ochrony Zdrowia należeć będzie:

- 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 Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia;
- opiniowanie programów ochrony zdrowia przygotowywanych przez inne podmioty;
- opiniowanie programów o znaczeniu regionalnym dotyczących promocji zdrowia oraz prewencji chorób;
- przygotowywanie sprawozdań z realizacji Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na podstawie:
 - danych o chorobowości i zachorowalności,
 - danych o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania na świadczenia,
 - bieżących opinii konsultantów wojewódzkich (w zakresie potrzeb kadrowych, potrzeb w zakresie sprzętu i aparatury medycznej, poziomu świadczenia usług, i in.).

3. MONITORING

Ocena efektywności wdrażania prowadzona będzie w oparciu o monitoring. Celem monitoringu jest ciągła ocena postępów w realizacji Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010 – 2013 wykonywana w regularnych odstępach czasowych, w taki sposób aby zagwarantować realizację celów strategicznych i operacyjnych określonych w Strategii 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 Strategii będzie odbywało się na bieżąco. Natomiast raz w roku Sejmik Województwa Lubuskiego będzie przyjmował sprawozdanie Zarządu Województwa Lubuskiego z realizacji Strategii.

W Strategii przyjęto dwa rodzaje wskaźników do monitorowania:

1. Wskaźniki niezbędne do oceny poziomu wdrażania Strategii.
2. Wskaźniki do oceny efektów realizacji Strategii.

Ponadto określone zostały „oczekiwane” wyniki realizacji Strategii, jako narzędzia do monitorowania i oceny Strategii – umożliwiające dokonanie analizy porównawczej osiągniętych co roku wyników z parametrami oczekiwanymi. Ilość wskaźników ograniczono do zamkniętej listy. Lista może zostać poddana weryfikacji, a wskaźniki mogą ulec zmianie, w przypadku gdy zmieniają się metodologie stanowiące o bazach wyliczeniowych, a zmiany te wymuszają zmiany w liście wskaźników.

3.1 WSKAŹNIKI POZIOMU WDRAŻANIA STRATEGII

Do monitorowania poziomu wdrażania Strategii zostały przyjęte następujące wskaźniki:

1. WSKAŹNIKI CHOROBY I ZACHOROWALNOŚCI (W PRZELICZENIU NA 10.000 MIESZKAŃCÓW):	
a) liczba osób objętych opieką czynną (w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców):	<ul style="list-style-type: none"> • Dzieci i młodzież w wieku od 0 do 18 lat; • Osoby w wieku 19 lat i więcej;
b) liczba nowych zachorowań objętych opieką czynną (wraz ze strukturą przedstawiającą rozkład na poszczególne jednostki chorobowe):	<ul style="list-style-type: none"> • Dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat, • Osób w wieku 19 lat i więcej;
Częstotliwość pomiaru: <i>zgodnie z ustawą o statystyce publicznej</i>	
2. Dane o kolejkach – jako narzędzie do monitorowania efektywności wykorzystania zasobów: kadrowych, organizacyjnych, materialnych i finansowych systemu ochrony zdrowia:	
a) liczba pacjentów oczekujących na świadczenie zdrowotne (w tym o statusie „pilne”),	
b) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego (w tym o statusie „pilne”) wraz ze strukturą przedstawiającą rozkład na poszczególne procedury (wymaga to uzupełnienia danych o kolejkach przez NFZ) lub komórki.	
Częstotliwość pomiaru: <i>zgodnie z ustawą o statystyce publicznej</i>	

3. DANE O WYKORZYSTANIU ŁÓŻEK I DŁUGOŚCI LECZENIA - NARZĘDZIA DO MONITOROWANIA EFEKTYWNOŚCI STACJONARNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ:
a) % wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych,
b) średnia długość pobytu pacjenta na oddziale.
Częstotliwość pomiaru: <i>zgodnie z ustawą o statystyce publicznej</i>

3.2 WSKAŹNIKI OCENY EFEKTÓW REALIZACJI

1. Narzędzia do monitorowania ogólnych warunków (czynników) wpływających na zdrowie mieszkańców.
a) średnia długość życia mieszkańców województwa lubuskiego (odrębnie dla mężczyzn i kobiet).
b) wskaźnik umieralności w województwie lubuskim (odrębnie dla mężczyzn i kobiet).
Częstotliwość pomiaru: zgodnie z ustawą o statystyce publicznej

2. Narzędzia do monitorowania efektywności publicznej służby zdrowia
wskaźnik udziału dopłat do ochrony zdrowia z budżetów gospodarstw domowych [(wydatki na zdrowie z budżetów domowych w przeliczeniu na 1 mieszkańca* liczba mieszkańców) / koszt zakupu świadczeń zdrowotnych przez LOW NFZ].
Częstotliwość pomiaru: zgodnie z ustawą o statystyce publicznej

3.3 MIERNIKI REALIZACJI STRATEGII

Miernikiem właściwej realizacji Strategii jest poprawa wartości wskaźników przyjętych zarówno jako narzędzia do zarządzania operacyjnego Strategią jak i do oceny efektów realizacji Strategii. Aby jednak oszacować, czy tempo zmian jest wystarczające by zniwelować dotychczasowe niekorzystne tendencje i zbliżyć poziom ochrony zdrowia ludności województwa lubuskiego do średniego poziomu w Polsce oraz Unii Europejskiej, przedstawiono poniżej „oczekiwane” wartości wskaźników dla lat 2009 – 2013 (wyliczone na podstawie zmian w latach 2005 – 2008). Stanowiąc one będą punkt odniesienia do oceny realizacji Strategii. Wyliczone wielkości odniesienia przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 1: Mierniki realizacji Strategii – wartości oczekiwane

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Wskaźniki chorobowości/zachorowalności						
Liczba osób objętych opieką czynną (0-18 lat)	2 204,1	2 204,1	2 157,8	2 111,5	2 065,2	2 018,9
Liczba nowych osób objętych opieką czynną (0-18 lat)	353,1	353,1	347,1	341,0	335,0	328,9
Liczba osób objętych opieką czynną (>= 19 lat)	3 060,7	3 060,7	3 050,9	3 041,1	3 031,3	3 021,5
Liczba nowych osób objętych opieką czynną (>= 19 lat)	315,5	315	314	313	312	311
Efektywność wykorzystania zasobów						
Liczba oczekujących na świadczenia zdrowotne	76 008	76 000	76 000	75 000	74 000	73 000
W tym na świadczenia o statusie pilne	2 020	2 010	2 010	1 900	1 800	1 700
Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia	111	111	111	100	100	90
- w tym na świadczenia o statusie pilne	74	74	74	70	70	60
Symptyczny wpływ wszystkich czynników						
Średnia długość życia mężczyzn	70,50	70,83	71,16	71,49	71,82	72,15
Średnia długość życia kobiet	79,30	79,58	79,86	80,14	80,42	80,70
Umieralność mężczyzn	1 068,82	1 068,82	1 068,82	1 068,82	1 068,82	1 068,82
Umieralność kobiet	836,4	836,4	836,4	836,4	836,4	836,4
Efektywność stacjonarnej opieki zdrowotnej						
% wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych	78,9	79	79,5	80	80,5	81
Średnia długość pobytu pacjenta na oddziale	9,35	9,19	9,03	8,87	8,71	8,85
Wskaźnik udziału wydatków w budżetach domowych W 2007 r. – 47,03%	b.d.	46	46	47	47	47

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z różnych źródeł (LCZP, GUS, Eurostat, i In.).

Definicja „stanu oczekiwanego”:

1. Liczbę osób objętych opieką czynną w wieku 0 – 18 lat ustalono zakładając, że począwszy od 2010 roku, co roku uda się zniwelować przynajmniej 50 % rocznego wzrostu chorobowości z lat 2005 – 2008 wynoszącego 92,6 osoby (na 10.000 mieszkańców w wieku od 0 – 18 lat).
2. Liczbę nowych osób objętych opieką czynną w wieku 0 – 18 lat ustalono zakładając, że począwszy od 2010 roku, co roku uda się zniwelować przynajmniej 50 % rocznego wzrostu nowych zachorowań z lat 2005 – 2008 wynoszącego 12,1 osoby (na 10.000 mieszkańców w wieku od 0 – 18 lat).
3. Liczbę osób objętych opieką czynną w wieku 19 lat i więcej ustalono zakładając, że począwszy od 2010 roku, co roku uda się zniwelować przynajmniej 50 % rocznego wzrostu chorobowości z lat 2005 – 2008 wynoszącego 19,6 osoby (na 10.000 mieszkańców w wieku 19 lat i więcej).
4. Liczbę nowych osób objętych opieką czynną w wieku 19 lat i więcej ustalono zakładając, że nastąpi nieznaczny spadek liczby zachorowań (na 10.000 mieszkańców w wieku 19 lat i więcej).
5. Liczbę oczekujących na świadczenia zdrowotne ustalono zakładając, że w latach 2009-2010 z powodu sytuacji gospodarczej liczba oczekujących nie zmieni się, a później będzie nieznacznie spadać.
6. Liczbę oczekujących na świadczenia zdrowotne o statusie „pilne” ustalono zakładając, że liczba oczekujących na świadczenia „pilne” będzie do 2010 roku zmniejszała się nieznacznie,
7. Średni czas oczekiwania na świadczenia ustalono zakładając, że czas oczekiwania będzie się co roku zmniejszać o 10 % w stosunku do roku bazowego (2008), tj. o 11 dni.
8. Średni czas oczekiwania na świadczenia o statusie „pilne” ustalono zakładając, że w 2009 roku że liczba oczekujących na świadczenia „pilne” będzie do 2010 roku zmniejszała się nieznacznie,
9. Średnią długość życia mężczyzn ustalono, zakładając, że w latach 2010 – 2013 długość życia mężczyzn w województwie lubuskim powinna co roku wydłużać się o tyle, o ile wydłużała się średnio w 27 krajach Unii Europejskiej w latach 2002 – 2006 (tj. o 0,33 roku).
10. Średnią długość życia kobiet ustalono, zakładając, że w latach 2010 – 2013 długość życia kobiet w województwie lubuskim powinna co roku wydłużać się o tyle, o ile wydłużała się średnio w 27 krajach Unii Europejskiej w latach 2002 – 2006 (tj. o 0,28 roku).
11. Wskaźnik umieralności mężczyzn wyliczono zakładając, że począwszy od 2009 roku nie będzie się on zwiększał.
12. Wskaźnik umieralności kobiet wyliczono zakładając, że począwszy od 2009 roku nie będzie się on zwiększał.
13. Procentowy wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych wyliczono, zakładając równomierny wzrost, aż do osiągnięcia w 2013 roku poziomu 81 %.
14. Średnią długość pobytu pacjenta na oddziale wyliczono zakładając że długość pobytu na oddziale w latach 2009 – 2013 będzie zmniejszać się w tempie dwukrotnie mniejszym niż miało to miejsce w latach 2005 – 2008 (0,16 dnia).
15. Wskaźnik udziału wydatków na zdrowie z budżetów domowych w stosunku do kosztów świadczeń zdrowotnych, zakupionych przez LOW NFZ ustalono zakładając, że w związku

z kryzysem gospodarczym może on w latach 2009 - 2010 zmniejszyć się w stosunku do roku 2007 (47 %), a później powrócić do poziomu z 2007 roku.

Zespół Wdrażający Lubuską Strategię Ochrony Zdrowia na lata 2010 – 2013 może dodatkowo rozszerzyć monitoring o następujące mierniki realizacji Strategii:

- współczynniki umieralności z powodu najczęściej występujących schorzeń oraz tych, które niekorzystnie przedstawiają się w województwie lubuskim na tle kraju, np. z powodu:
 - chorób układu krążenia (ze szczególnym uwzględnieniem udarów mózgu),
 - nowotworów, w tym oskrzela i płuca, bez określenia umiejscowienia, jelita grubego, żołądka, sutka, szyjki macicy,
 - zewnętrznych przyczyn, w tym samobójstw i wypadków,
 - chorób układu trawiennego,
 - chorób układu oddechowego, w tym POChP,
- współczynnik umieralności okołoporodowej i zgonów niemowląt,
- odsetek kobiet i mężczyzn umierających przed 65 rokiem życia oraz przyczyny tych zgonów,
- współczynniki zachorowalności na nowotwory, kompletność rejestracji zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Lubuskim Rejestrze Nowotworów Złośliwych, odsetek zgonów z powodu nowotworu złośliwego bez określenia umiejscowienia,
- współczynniki zachorowań na choroby zakaźne, ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy oraz chorób przenoszonych drogą płciową, HIV, WZW typu C,
- liczba osób korzystających z różnych form opieki psychiatrycznej i psychologicznej,
- liczba instytucji realizujących programy promocji zdrowia,
- odsetek śmiertelnych ofiar wypadków drogowych,
- liczba wypadków przy pracy i w szkole,
- częstość orzekania o stopniu niepełnosprawności.

4. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA STRATEGII

Podstawowe źródła finansowania zadań ujętych w Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013 to:

- Środki finansowe pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, będące w dyspozycji Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- Środki budżetowe samorządu Województwa Lubuskiego;
- Środki pochodzące z funduszy Unii Europejskiej i inne środki pomocowe;
- Własne środki finansowe zakładów opieki zdrowotnej w tym samorządów powiatowych i gminnych;
- Środki pochodzące z partnerstwa publiczno – prywatnego;
- Środki budżetu państwa przeznaczane na realizację NPZ i programów resortowych;
- Środki pochodzące z kredytów, umów leasingowych.

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

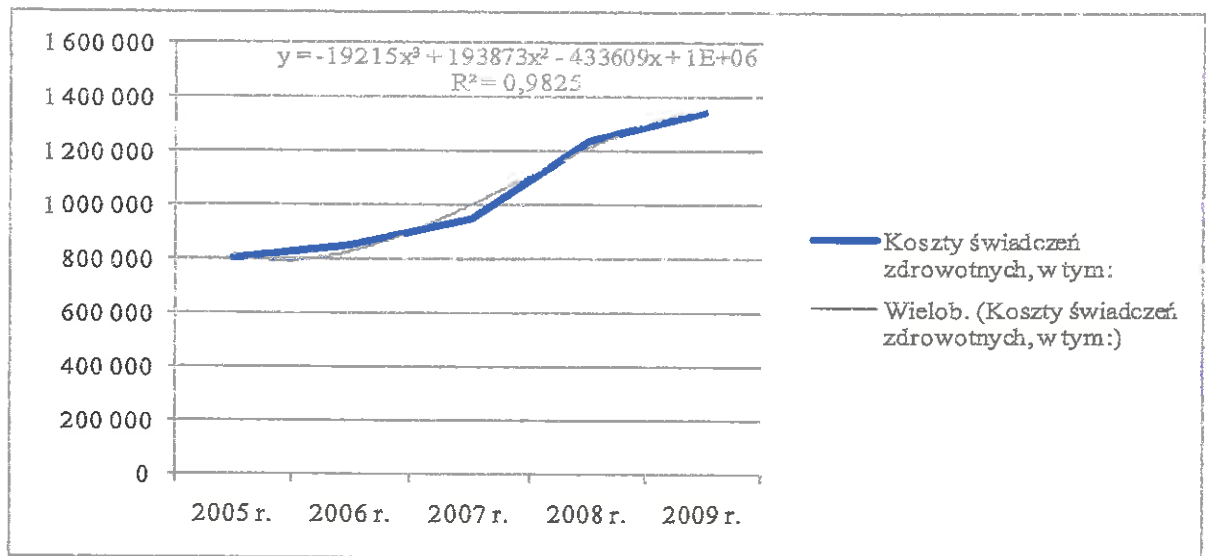
4.1 ŚRODKI FINANSOWE LUBUSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NFZ

Środki finansowe Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przeznaczone na zakup świadczeń zdrowotnych pochodzące głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne stanowiąc będą w latach 2010 – 2013 główne źródło finansowania ochrony zdrowia, a tym samym celów zawartych w Strategii. Należy jednak podkreślić, że środki te nie są wystarczające. Jednocześnie wielkość środków przeznaczonych na poszczególne świadczenia zmienia się z roku na rok. Główne tendencje jakie można stwierdzić to:

1. Wzrost udziału środków przeznaczanych na leczenie szpitalne.
2. Spadek udziału środków finansowych przeznaczanych na refundację leków.

Zmiany wielkości środków przeznaczanych przez LOW NFZ na zakup świadczeń zdrowotnych w latach 2005 – 2008 wraz z planem na 2009 r. w formie graficznej przedstawia poniższy wykres.

Wykres nr 1: Koszty świadczeń zdrowotnych zakupionych przez LOW NFZ w latach 2005 – 2008 i Plan na rok 2009 (tys. zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

LOW NFZ zaplanował na 2009 r. znacznie niższy wzrost kwoty przeznaczonej na zakup świadczeń zdrowotnych. Ponadto, bardzo prawdopodobny wzrost liczby bezrobotnych w województwie lubuskim (związany z sytuacją gospodarczą) może spowodować dalszy spadek kwot uzyskanych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, a tym samym wpłynie na zmniejszenie możliwości finansowania przez LOW NFZ zakupu świadczeń zdrowotnych w kolejnych latach.

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.

Wysokość środków budżetowych wydatkowanych na ochronę zdrowia w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 2: Wydatki z budżetu Województwa Lubuskiego na ochronę zdrowia w latach 2005 – 2008 i plan na rok 2009

Wyszczególnienie	2005 wykonanie	2006 wykonanie	2007 wykonanie	2008 wykonanie	2009 plan
Ochrona zdrowia ogółem, w tym:	15 009 614	13 745 718	11 777 736	12 771 131	10 327 209
szpitale ogólne	7 585 767	5 824 585	3 674 565	5 217 274	2 557 438
lecznictwo psychiatryczne	232 009	994 050	278 162	454 416	870 000
lecznictwo ambulatoryjne	50 000	212 762	365 000	0,00	0,00
ratownictwo medyczne	24 094	780 582	168 000	130 738	427 000
medycyna pracy	4 250 990	4 203 772	4 312 102	5 187 826	5 385 533
zwalczanie narkomanii	80 000	119 397	105 191	129 810	142 000
przeciwdziałanie alkoholizmowi	891 083	335 314	631 880	475 515	850 000
staże specjalistyczne i medyczne	1 894 921	1 275 256	1 147 366	1 109 841	35 988
pozostała działalność	750	0,00	395 470	65 711	59 250
Wykorzystane środki UE	0,00	2 927 000	209 753	0,00	0,00
Wydatki budżetowe ogółem	240 113 553	307 897 397	334 479 019	340 059 853	457 436 053
Udział wydatków na ochronę zdrowia	6,25%	4,46%	3,52%	3,76%	2,26%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie budżetów Województwa Lubuskiego za lata 2005 – 2008.

4.3 WŁASNE ŚRODKI FINANSOWE SAMORZĄDÓW POWIATOWYCH

Szczegółowe informacje dotyczące nakładów finansowych powiatów na ochronę zdrowia, w latach 2005 – 2009 przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela nr 3: Wydatki z budżetu powiatów województwa lubuskiego na ochronę zdrowia w latach 2005 – 2008 i plan na rok 2009

POWIAT GORZÓWSKI					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Środki własne	385 189,00	338 060,00	1 094 076,00	46 402,00	140 000,00
zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	385 189,00	338 060,00	1 094 076,00	46 402,00	140 000,00
promocja zdrowia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
inne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ogółem:	385 189,00	338 060,00	1 094 076,00	46 402,00	140 000,00

POWIAT KROŚNIENSKI					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Środki własne	593 900	562 000	385 915	567 434	1 131 741
zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	160 000	562 000	0,00	9 385	281 000
promocja zdrowia	0,00	0,00	0,00	0,00	126 794
inne	433 900	0,00	385 915	558 049	723 947
Środki UE:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ogółem:	593 900	562 000	385 915	567 434	1 131 741

POWIAT MIĘDZYRZECKI					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Środki własne	116 420,00	301 858,13	50 000,00	100 000,00	125 000,00
zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt, itp.)	103 000,00	301 858,13	50 000,00	100 000,00	125 000,00
promocja zdrowia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
inne	13 420,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Środki UE:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ogółem:	116 420,00	301 858,13	50 000,00	100 000,00	125 000,00

POWIAT NOWOSOLSKI					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Środki własne	75 990,20	1 510 864,87	1 338 039,58	671 451,25	507 608,38
zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	30 000,00	1 126 398,12	869 207,14	0,00	0,00
promocja zdrowia	0,00	18 595,15	32 000,00	20 823,60	16 960,05
inne	45 990,20	365 871,60	436 832,44	650 627,65	490 648,33
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ogółem:	75 990,20	1 510 864,87	1 338 039,58	671 451,25	507 608,38

POWIAT SŁUBICKI					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Środki własne	803 065,00	400 000,00	300 000,00	776 244,77	1 461 904,30
zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	803 065,00	400 000,00	300 000,00	713 527,00	1 461 904,30
promocja zdrowia	0,00	0,00	0,00	517,77	0,00
inne	0,00	0,00	0,00	62 200,00	0,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	2 163 271,92
Ogółem:	803 065,00	400 000,00	300 000,00	901 802,77	3 625 176,22

POWIAT STRZELECKO – DREZDENECKI					
Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009
Środki własne	265 371,75	945 513,68	660 613,00	428 560,00	790 146,45
zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	265 371,75	945 513,68	660 613,00	428 560,00	790 146,45
promocja zdrowia	7 691,00	50 327,00	8 258,00	18 442,00	26 226,46
inne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ogółem:	273 062,75	995 840,68	668 871,00	447 002,00	816 372,91

POWIAT SULECIŃSKI					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Środki własne:	50 000,00	101 784,36	446 000,00	215 000,00	522 812,66
zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	50 000,00	98 284,36	446 000,00	215 000,00	512 812,66
promocja zdrowia	0,00	3 500,00	0,00	0,00	10 000,00
inne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ogółem:	50 000,00	101 784,36	446 000,00	215 000,00	522 812,66

POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Środki własne	420 604,73	115 847,33	598 407,52	59 113,00	15 471,00
zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	420 604,73	85 847,33	598 407,52	15 000,00	15 471,00
promocja zdrowia	0,00	30 000,00	0,00	28 172,00	0,00
inne	0,00	0,00	0,00	15 941,00	0,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ogółem:	420 604,73	115 847,33	598 407,52	59 113,00	15 471,00

POWIAT WSCHOWSKI					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r. - plan
Środki własne:	0,00	15 120,04	226 000,00	9 972,20	30 000,00
zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
promocja zdrowia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
inne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ogółem:	0,00	15 120,04	226 000,00	9 972,20	30 000,00

POWIAT ZIELONOGÓRSKI					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Środki własne	131 650	761 882	585 000	200 222	3 816 230
zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	86 500	761 882	585 000	118 733	169 500
promocja zdrowia	0,00	0,00	0,00	0,00	40 000
inne	45 150	0,00	0,00	81 489	3 606 730
Środki UE	0,00	0,00	0,00	14 640	8 037 300
Ogółem:	131 650	761 882	585 000	214862	11 853 530

POWIAT ŻAGAŃSKI					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Środki własne	4 067 207,54	5 687 644,04	1 290 348,47	365 535,91	2 111 748,14
zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	3 999 611,84	5 629 057,89	1 241 468,97	307 750,20	2 063 851,13
promocja zdrowia	70 595,70	58 586,15	48 879,50	57 785,71	47 897,01
inne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Środki UE	0,00	0,00	12 455,36	0,00	1 697 364,33
Ogółem:	4 067 207,54	5 687 644,04	1 302 803,83	365 535,91	3 809 112,47

POWIAT ŻARSKI					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Środki własne	238 279,00	256 537,43	21 029,26	90 401,26	815 969,06
zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	212 324,00	232 500,00	0,00	0,00	300 069,06
promocja zdrowia	25 955,00	24 037,43	21 029,26	90 401,26	515 900,00
inne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Środki UE	0,00	25 476,16	0,00	0,00	0,00
Ogółem:	238 279,00	282 013,59	21 029,26	90 401,26	815 969,06

105 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SP ZOZ W ŻARACH					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
środki własne MON w tym :	0,00	0,00	1 061 768,00	5 099 730,65	500 000,00
*sprzęt	0,00	0,00	662 368,00	2 099 730,65	0,00
*inwestycje budowlane	0,00	0,00	334 400,00	3 000 000,00	500 000,00
*dofinansowanie do projektów UE	0,00	0,00	65 000,00	0,00	0,00
środki UE	0,00	0,00	195 000,00	0,00	0,00
Ogółem:	0,00	0,00	1 256 768,00	5 099 730,65	500 000,00

ZOZ MSWIA W ZIELONEJ GÓRZE					
Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009
środki własne	522 732	436 950	35 746	1 175 380	1 599 080
*inwestycje	455 228	400 000	0	1 142 000	1 553 620
*promocja	62 000	30 000	28 000	28 380	38 460
*inne	5 504	6 950	7 746	5 000	7 000
środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ogółem	522 732	436 950	35 746	1 175 380	1 599 080

4.4 ŚRODKI POCHODZĄCE Z UE I INNE

Lubuski Regionalny Program Operacyjny na lata 2007 – 2013 przewiduje realizację inwestycji, których celem będzie modernizacja placówek ochrony zdrowia i poprawa jakości leczenia specjalistycznego poprzez przebudowę i modernizację obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia, w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa.

Beneficjentem środków unijnych może być jedynie podmiot dostarczający świadczenia gwarantowane w ramach kontraktu z Instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne (np. NFZ).

Projekty z obszaru ochrony zdrowia realizowane będą w oparciu o Strategię Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 - 2013, zapisy Strategii Rozwoju Województwa Lubuskiego z horyzontem czasowym do 2020 roku oraz Strategię Polityki Społecznej Województwa Lubuskiego na lata 2005 – 2015.

W Lubuskim Regionalnym Programie Operacyjnym przewidziano:

- ✓ Wskaźnik produktu - liczba projektów z obszarów ochrony zdrowia: 10 (do 2013)
- ✓ Wskaźnik rezultatu - liczba badań przeprowadzonych za pomocą sprzętu medycznego zakupionego w wyniku realizacji wspartych projektów – 3.000 (do 2013).
- ✓ Liczba ośrodków medycznych wyposażonych w sprzęt medyczny lub zmodernizowanych w wyniku wspartych projektów – 10
- ✓ Kierunki wsparcia – Rozwój i modernizacja służby zdrowia.
- ✓ Kategoria interwencji - 76 (Infrastruktura służby zdrowia)
- ✓ Przykładowe typy kwalifikujących się projektów:
- ✓ Rozbudowa i modernizacja regionalnej i lokalnej infrastruktury ochrony zdrowia.
- ✓ Wyposażenie publicznych placówek służby zdrowia.
- ✓ Beneficjenci Priorytetu - zakłady opieki zdrowotnej działające w publicznym systemie ochrony zdrowia.
- ✓ Alokacja środków (Priorytet IV) - Wkład EFRR – 73.543.153 EUR, % alokacji LRPO – 16,75 %
- ✓ Maksymalny poziom dofinansowania – 85 %.
- ✓ Na kategorię interwencji 76 przypada 11.101.850 EUR

Wg stanu na 15 grudnia 2009 r. na dofinansowanie 16 projektów w zakresie ochrony zdrowia (Działanie 4.1) - ujętych w Indyktywnym Planie Inwestycyjnym przyznano kwotę ponad 60 742 tys. zł.

Wojewódzki Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Zielonej Górze na mocy porozumienia podpisanego w dniu 13 grudnia 2007r. z Zarządem Województwa Lubuskiego jest Jednostką Pośredniczącą II stopnia dla Priorytetu III LRPP - Ochrona i zarządzanie zasobami środowiska przyrodniczego. Alokacja środków (Priorytet III) - Wkład EFRR – 63.937.342 EUR, % alokacji LRPO – 15,75 %. W ramach tego Priorytetu do dnia 15 grudnia 2009 r. Zarząd Województwa Lubuskiego podjął decyzje o dofinansowaniu dwóch projektów z IPI na łączną kwotę 1 694 tys. zł.

Możliwe jest również uzyskanie wsparcia sektora ochrony zdrowia ze środków pochodzących m.in. z:

- Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki – np. Priorytet II Działanie 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Priorytet VIII, Działanie 8.1. Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie.
- Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko – np. Priorytet XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia.
- Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka – np. Oś priorytetowa 7. Społeczeństwo informacyjne - budowa elektronicznej administracji.
- Programów Europejskiej Współpracy Terytorialnej – np. Program Operacyjny Współpracy Transgranicznej Polska (Województwo Lubuskie) – Brandenburgia 2007 – 2013
- Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego – np. Priorytetu V Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego.

Uzupełnieniem tych środków mogą być również środki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Jest funduszem celowy, którego środki przeznaczone są na rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych oraz zatrudnianie osób niepełnosprawnych. Środki PFRON przeznaczone są między innymi na: turnusy rehabilitacyjne, likwidację barier architektonicznych i komunikacyjnych, współfinansowanie projektów wspieranych ze środków pomocowych Unii Europejskiej.

4.5 WŁASNE ŚRODKI FINANSOWE ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Mimo złej sytuacji majątkowej samorządowe zakłady opieki zdrowotnej zgromadziły na koniec 2008 r. znaczne środki finansowe, wielokrotnie przewyższające kwoty przeznaczone w Budżecie Województwa Lubuskiego na ochronę zdrowia. Zespół ds. zarządzania operacyjnego Strategią powinien z dyrektorami SP ZOZ ustalić przeznaczenie tych kwot i możliwość ich wykorzystania do realizacji celów Strategii (zanim zostaną wykorzystane przez wierzycieli).

Wysokość środków zgromadzonych na koniec 2008 roku przez samorządowe zakłady opieki zdrowotnej na inwestycjach krótkoterminowych wynosiła ponad 50 mln zł.

Środki finansowe przeznaczone przez samorzady na opiekę zdrowotną przedstawiono w załączniku nr 3 Diagnozy do niniejszej Strategii.

Głównym źródłem przychodów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są środki finansowe uzyskiwane z Narodowego Funduszu Zdrowia za udzielane świadczenia zdrowotne. Zgodnie z obowiązującym prawem przychody z Narodowego Funduszu Zdrowia nie mogą być przeznaczone na niezbędne modernizacje, remonty oraz zakupy aparatury i sprzętu. Zdecydowanie mniejsze kwoty uzyskiwane są przez placówki z tytułu dzierżaw, najmów i innych rodzajów prowadzonej działalności gospodarczej.

476

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013

Część II: Diagnoza do Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013

Załącznik 1: Diagnoza Stanu Zdrowia Mieszkańców Województwa Lubuskiego



Zielona Góra - Styczeń 2010 roku

Zapraszamy na www.nizielskiborys.pl

SPIS TREŚCI

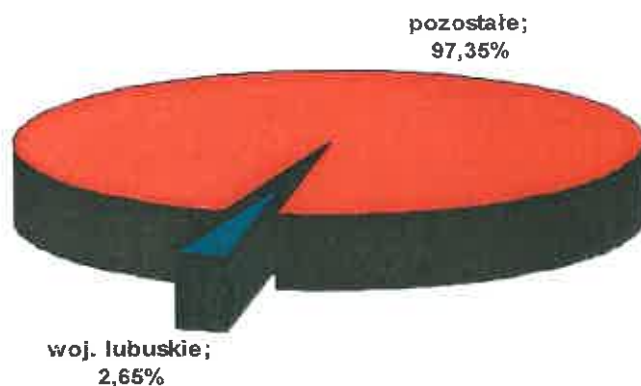
SPIS TREŚCI	2
1. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI	3
1.1 LUDNOŚĆ WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO W LATACH 1998 – 2008	3
1.2 URODZENIA ŻYWE W LATACH 1999 – 2008	8
1.3 PRZYROST NATURALNY W LATACH 1999 - 2008	8
1.4 PRZECIĘTNA DŁUGOŚĆ ŻYCIA W LATACH 1999 – 2008	9
1.5 ZGONY OGÓŁEM W LATACH 1999 – 2008	11
1.6 ZGONY NIEMOWLĄT W LATACH 1999 - 2008	12
2. PROGNOZA DEMOGRAFICZNA	14
3. SYTUACJA ZDROWOTNA	19
3.1 CHOROBIOWOŚĆ I ZACHOROWALNOŚĆ	19
3.3 CHOROBY ZAWODOWE	26
4. STRUKTURA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	27
5. OPIEKA NAD MATKĄ I DZIECKIEM	29
6. ZDROWIE PSYCHICZNE	30
6.1 ZABURZENIA PSYCHICZNE (BEZ UZALEŻNIEŃ)	30
6.2 ZABURZENIA SPOWODOWANE UŻYCIEM ALKOHOLU	32
6.3 ZABURZENIA SPOWODOWANE UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	33
7. EPIDEMIOLOGIA CHOROBY ZAKAŻNYCH	35
8. STAN SANITARNO – TECHNICZNY ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	42
8.1 ZAKŁADY OPIEKI ZDROWOTNEJ TYPU ZAMKNIĘTEGO	42
8.2 ZAKŁADY OPIEKI ZDROWOTNEJ TYPU OTWARTEGO	42
9. ŚRODOWISKOWE UWARUNKOWANIA ZDROWIA	43
9.1 WSPÓŁCZYNNIK URBANIZACJI	43
9.2 POZIOM WYKSZTAŁCENIA	43
9.3 POZIOM DOCHODÓW	44
9.3 POZIOM BEZROBOCIA	45
10. TURYSTYKA I REKREACJA	46

1. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI

1.1 LUDNOŚĆ WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO W LATACH 1998 - 2008

Województwo lubuskie jest na ostatnim miejscu w kraju pod względem liczby ludności (2,65% ludności Polski).

Wykres nr 1: Udział procentowy ludności województwa lubuskiego w ludności Polski ogółem (stan na 31.12.2008 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

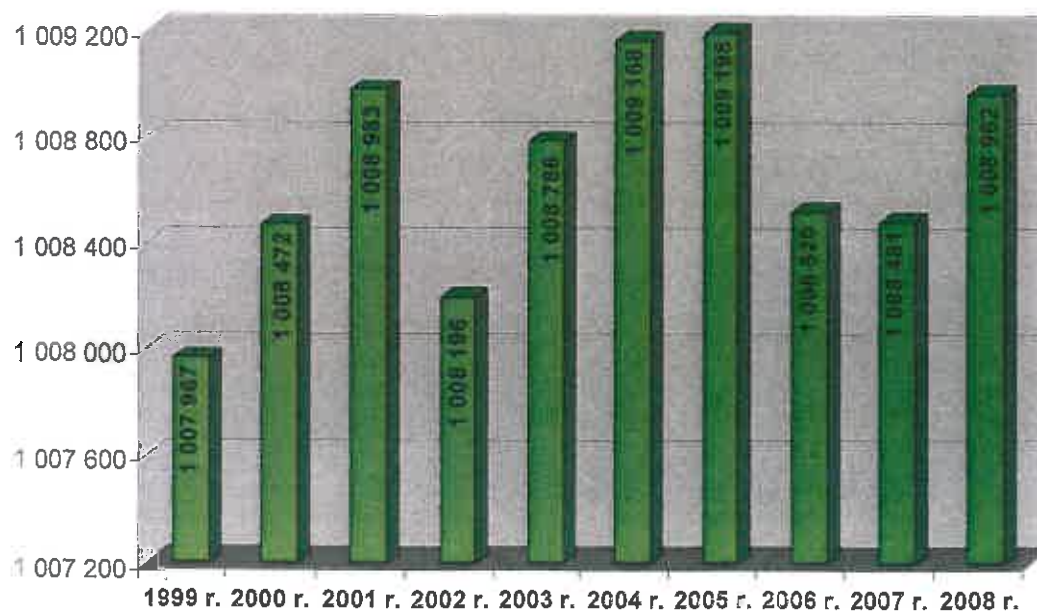
Na koniec 2008 roku województwo lubuskie liczyło 1.008.962 osoby (o 481 osób więcej niż rok wcześniej).

Tabela nr 1: Ludność województwa lubuskiego oraz Polski w latach 1999-2008

Rok	województwo lubuskie	Polska
1999 r.	1 007 967	38 263 303
2000 r.	1 008 472	38 253 955
2001 r.	1 008 983	38 242 197
2002 r.	1 008 196	38 218 531
2003 r.	1 008 786	38 190 608
2004 r.	1 009 168	38 173 835
2005 r.	1 009 198	38 157 055
2006 r.	1 008 520	38 125 479
2007 r.	1 008 481	38 115 641
2008 r.	1 008 962	38 135 876

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

Wykres nr 2: Liczba ludności na terenie województwa lubuskiego w latach 1999-2008



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

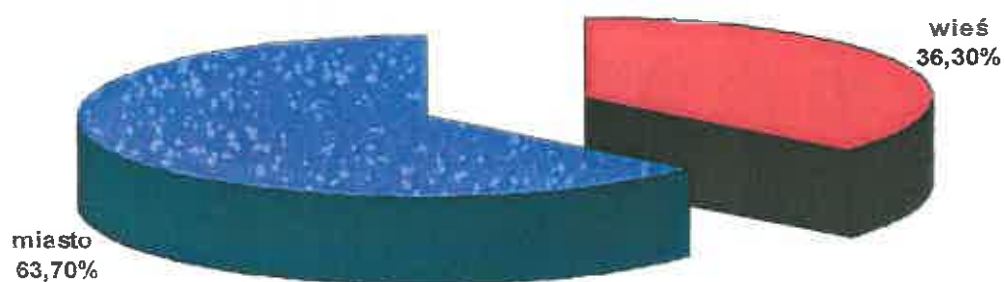
Od kilku lat obserwuje się, podobny trend jak dla reszty kraju - zmniejszanie się odsetka ludności zamieszkałej w miastach. W 2008 roku mieszkańcy miast województwa lubuskiego stanowili 63,7% w 2000 było to 64,7 %, a , a w 2004 roku – 64,2 %.

Tabela nr 2: Ludność miast – województwo lubuskie na tle kraju, w latach 1999-2008

Rok	województwo lubuskie	Polska
1999 r.	64,7 %	61,9 %
2000 r.	64,7 %	61,8 %
2001 r.	64,6 %	61,8 %
2002 r.	64,5 %	61,7 %
2003 r.	64,4 %	61,6 %
2004 r.	64,2 %	61,5 %
2005 r.	64,1 %	61,4 %
2006 r.	64,0 %	61,3 %
2007 r.	63,9 %	61,2 %
2008 r.	63,7 %	61,1 %

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

Wykres nr 3: Struktura ludności na terenie województwa lubuskiego według miejsca zamieszkania w 2008 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

W strukturze ludności analizowanego obszaru obserwowalna jest niewielka przewaga odsetka kobiet. Tendencja ta utrzymuje się od 2003 roku.

Tabela nr 3: Struktura ludności województwa lubuskiego oraz Polski w latach 1999-2008, odsetek kobiet

Rok	województwo lubuskie	Polska
1999 r.	51,4 %	51,5 %
2000 r.	51,4 %	51,5 %
2001 r.	51,4 %	51,6 %
2002 r.	51,4 %	51,6 %
2003 r.	51,5 %	51,6 %
2004 r.	51,5 %	51,6 %
2005 r.	51,5 %	51,6 %
2006 r.	51,5 %	51,7 %
2007 r.	51,5 %	51,7 %
2008 r.	51,5 %	51,7 %

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

W 2008 roku w województwie lubuskim ludność w wieku przedprodukcyjnym stanowiła 19,7% ogółu ludności (dla kraju było to 19,3%), w wieku produkcyjnym 65,8% (dla kraju było to 64,5%), a w wieku poprodukcyjnym 14,5% (dla kraju było to 16,2%). Zgodnie z tendencją utrzymującą się w Unii Europejskiej oraz w Polsce na analizowanym obszarze mamy do czynienia z procesem starzenia się społeczeństwa. Należy jednak zaznaczyć iż liczba osób w wieku poprodukcyjnym jest nadal niższa niż statystyka dla kraju, pomimo iż w latach 2000 – 2008 liczba mieszkańców województwa lubuskiego będących w wieku poprodukcyjnym wzrosła o 1,6 %.

Tabela nr 4: Struktura ludności na terenie województwa lubuskiego wg wieku w latach 1999-2008

rok	wiek przedprodukcyjny*	wiek produkcyjny*	wiek poprodukcyjny*
1999 r.	26,4 %	60,7 %	12,9 %
2000 r.	25,5 %	61,5 %	13,0 %
2001 r.	24,4 %	62,4 %	13,2 %
2002 r.	23,4 %	63,3 %	13,3 %
2003 r.	22,5 %	64,1 %	13,4 %
2004 r.	21,7 %	64,8 %	13,5 %
2005 r.	21,1 %	65,4 %	13,5 %
2006 r.	20,5 %	65,7 %	13,8 %
2007 r.	20,1 %	65,8 %	14,1 %
2008 r.	19,7 %	65,8 %	14,5 %

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

* wiek przedprodukcyjny: 0-17 lat

wiek produkcyjny: mężczyźni 18-64 lata, kobiety 18-59 lat

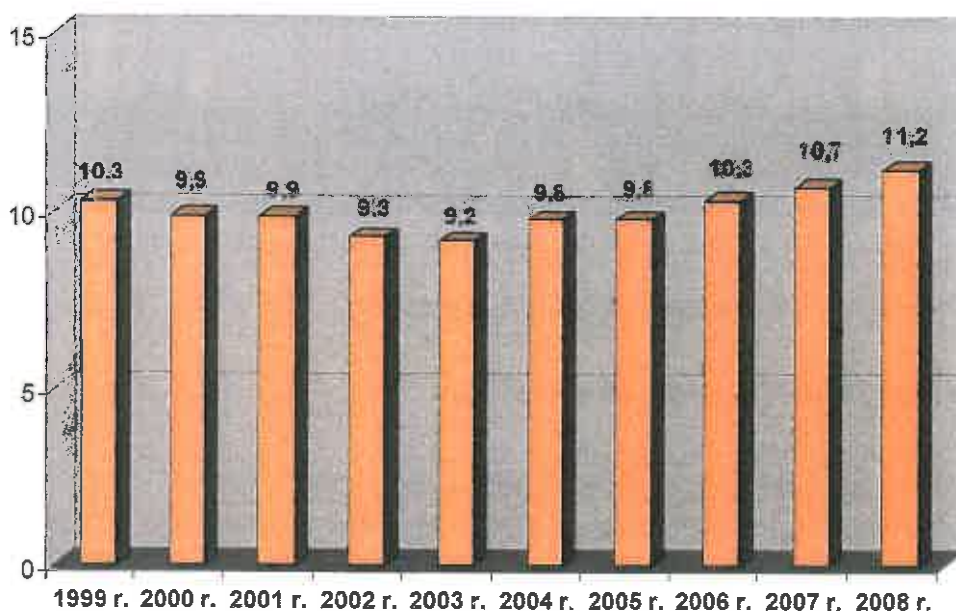
wiek poprodukcyjny: mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 lat i więcej

W 2008 roku największa liczba mieszkańców zamieszkiwała w miastach na prawach powiatu: Gorzów Wielkopolski - 125.157 osób (12,4% ogółu ludności województwa) i Zielona Góra - 117.557 osób (11,7%). Spośród powiatów ziemskich największym pod względem liczebności mieszkańców był powiat Żarski - 98.443 osoby, co stanowiło 9,8% ogółu ludności województwa, natomiast najmniejsze powiaty to sulęciński - 35.436 osób (3,5%) oraz wschowski - 39.055 (3,9%).

1.2 URODZENIA ŻYWE W LATACH 1999 – 2008

W 2008 roku współczynnik urodzeń żywych w województwie lubuskim wynosił 11,2 na 1 tys. ludności i był wyższy niż średnia krajowa (10,9 na 1 tys. ludności). Pod względem wielkości współczynnika urodzeń żywych województwo lubuskie zajmowało VII miejsce w kraju.

Wykres nr 4: Urodzenia żywe - województwo lubuskie w latach 1999-2008 – współczynnik na 1 tys. ludności



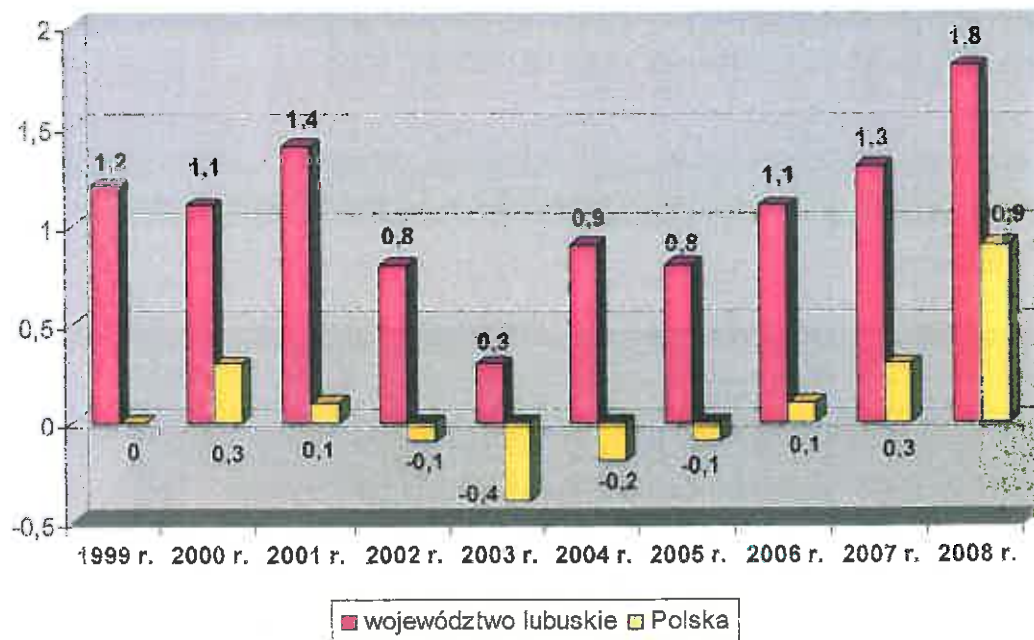
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Zaznaczyć należy, że wyższy współczynnik urodzeń żywych utrzymuje się na terenach wiejskich (12,12) aniżeli w miastach (10,74). W stosunku do roku 2007 nastąpił wzrost współczynnika urodzeń żywych, zarówno w mieście (z 10,19 do 10,74), jak i na wsi (z 11,59 do 12,12). Najwyższy współczynnik urodzeń żywych wystąpił w powiecie sulęcińskim (13,15), a najniższy współczynnik zanotowano w powiecie grodzkim m. Zielona Góra (9,96).

1.3 PRZYROST NATURALNY W LATACH 1999 - 2008

W roku 2008 w porównaniu do roku ubiegłego odnotowano wzrost przyrostu naturalnego z 1,3 na 1 tys. ludności do 1,8 na 1 tys. ludności. Przyrost naturalny w woj. lubuskim w 2008 roku wynosił 1.779 osób i w porównaniu do roku 2007 zwiększył się o 435 osób. Współczynnik przyrostu naturalnego na 1 tys. ludności wynosił 1,8 (0,9 w kraju), co usytuowało woj. lubuskie na VI miejscu w kraju pod względem wielkości współczynnika

Wykres nr 5: Przyrost naturalny w województwie lubuskim na tle kraju w latach 1999-2008 – współczynnik na 1 tys. ludności



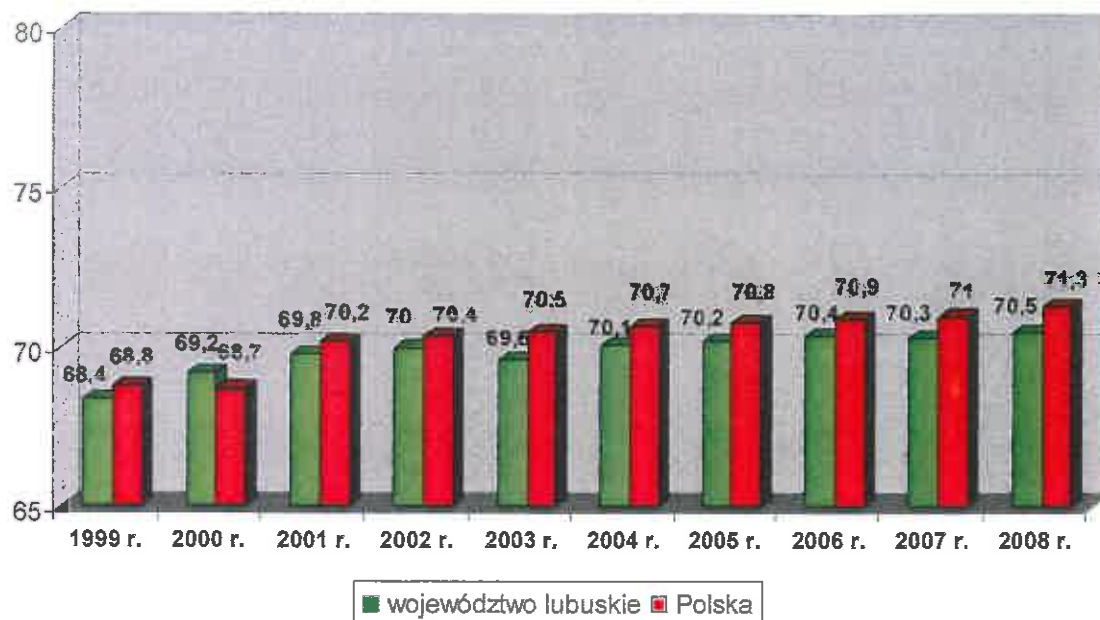
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Przyrost naturalny na terenach wiejskich województwa wynosił w 2008 roku 2,31 na 1 tys. ludności i był wyższy niż w miastach (1,45 na 1 tys. ludności). Największy przyrost naturalny zanotowano w powiatach: wschowskim (3,83), gorzowskim (3,43) oraz słubickim (3,31), natomiast najmniejszy przyrost naturalny wystąpił w powiecie grodzkim Zielona Góra (0,64).

1.4 PRZECIĘTNA DŁUGOŚĆ ŻYCIA W LATACH 1999 – 2008

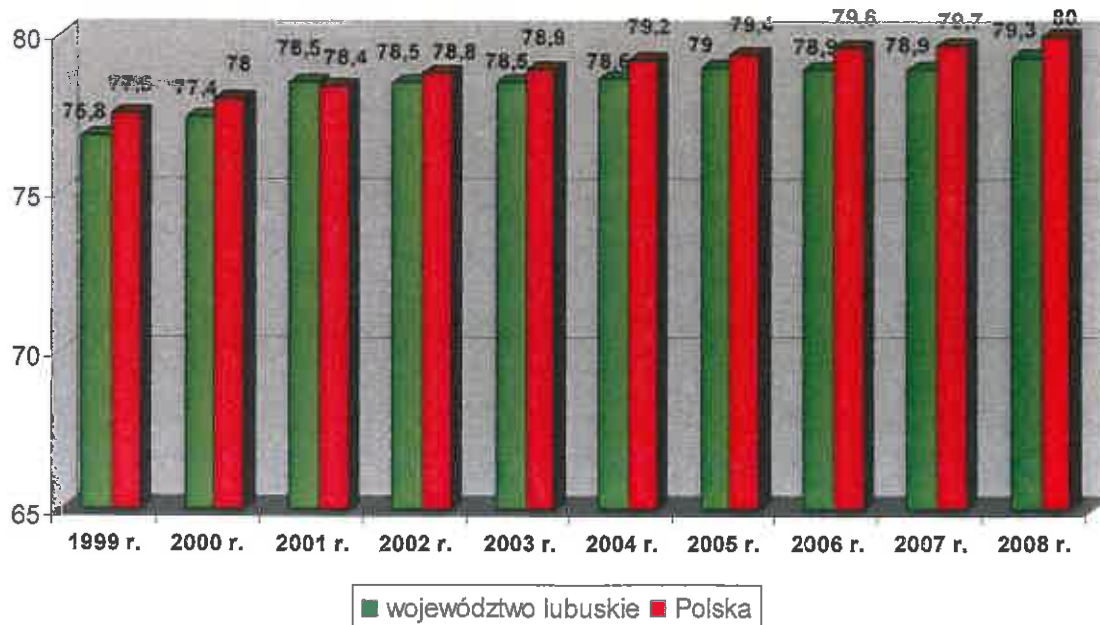
W ostatnich latach przeciętna liczba lat trwania życia w Polsce wydłuża się, zarówno dla mężczyzn jak i kobiet. Natomiast w województwie lubuskim w 2007 roku, w przypadku mężczyzn nastąpił niewielki spadek średniego trwania życia, średni czas trwania życia kobiet nie zmienił się w stosunku do roku 2006. W 2008 roku w porównaniu do roku 2007 nastąpił wzrost średniego trwania życia, zarówno mężczyzn, jak i kobiet.

Wykres nr 6: Przeciętna długość życia mężczyzn na terenie województwa lubuskiego na tle kraju w latach 1999-2008



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Wykres nr 7: Przeciętna długość życia kobiet na terenie województwa lubuskiego na tle kraju w latach 1999-2008



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

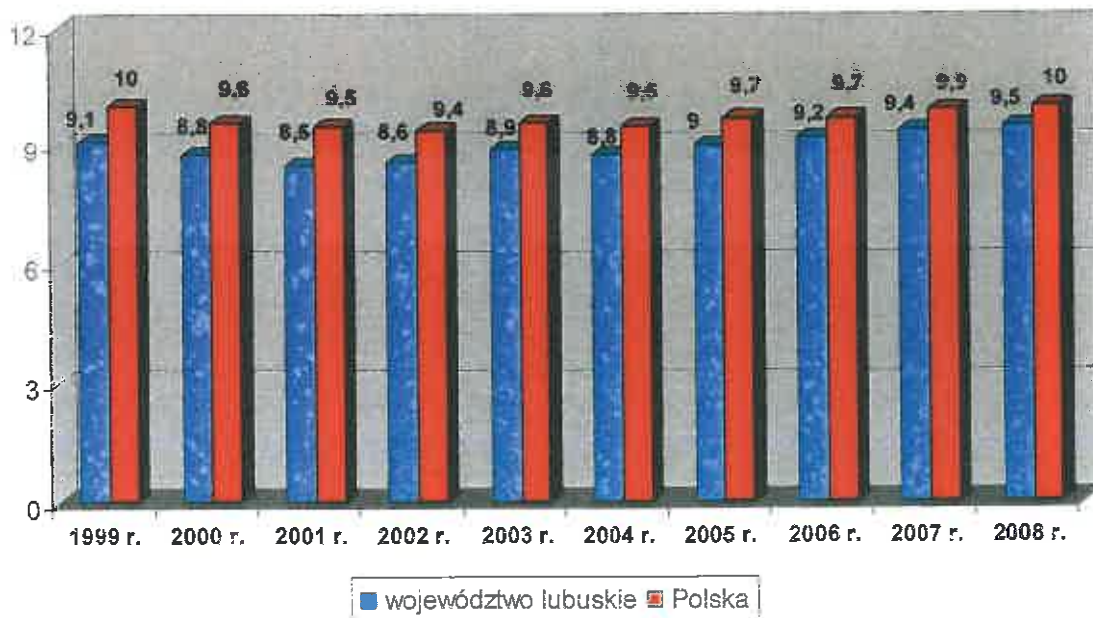
Mężczyźni i kobiety w województwie lubuskim żyją nieco krócej niż wskazuje średnia dla kraju. W województwie lubuskim w 2008 roku kobiety żyły dłużej o ponad 8 lat aniżeli mężczyźni. Przeciętna długość życia kobiet zamieszkałych w miastach województwa (79,5 lat) była wyższa niż na wsi (79,0 lat), natomiast w Polsce kobiety zamieszkałe na wsi żyły o 0,4 roku dłużej niż mieszkanki miast. Mężczyźni mieszkający w mieście - zarówno w Polsce, jak i w województwie lubuskim - żyli dłużej od mężczyzn zamieszkałych na wsi, różnica ta wynosiła 1,6 roku w województwie lubuskim.

W 2008 roku w porównaniu do roku 2007 nastąpił wzrost średniego trwania życia zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Średni czas trwania życia mężczyzn ogółem oraz w miastach wzrósł o 0,2 roku, a zamieszkałych na wsi o 0,1 roku. Natomiast w przypadku kobiet średni czas trwania życia ogółem wzrósł o 0,4 roku. Wśród mieszkanek miast średni czas trwania życia wydłużyło się o 0,3 roku, a wśród kobiet zamieszkałych na wsi o 0,6 roku.

1.5 ZGONY OGÓŁEM W LATACH 1999 – 2008

Od 2005 roku współczynnik zgonów ogółem na 1 tys. ludności systematycznie wzrastał. W 2008 roku współczynnik zgonów ogółem wynosił 9,5 na 1 tys. ludności, co usytuowało województwo na X miejscu w kraju pod względem wielkości tego wskaźnika.

Wykres nr 8: Zgony ogółem w województwie lubuskim na tle kraju w latach 1999-2008 – współczynnik 1 na tys. ludności



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

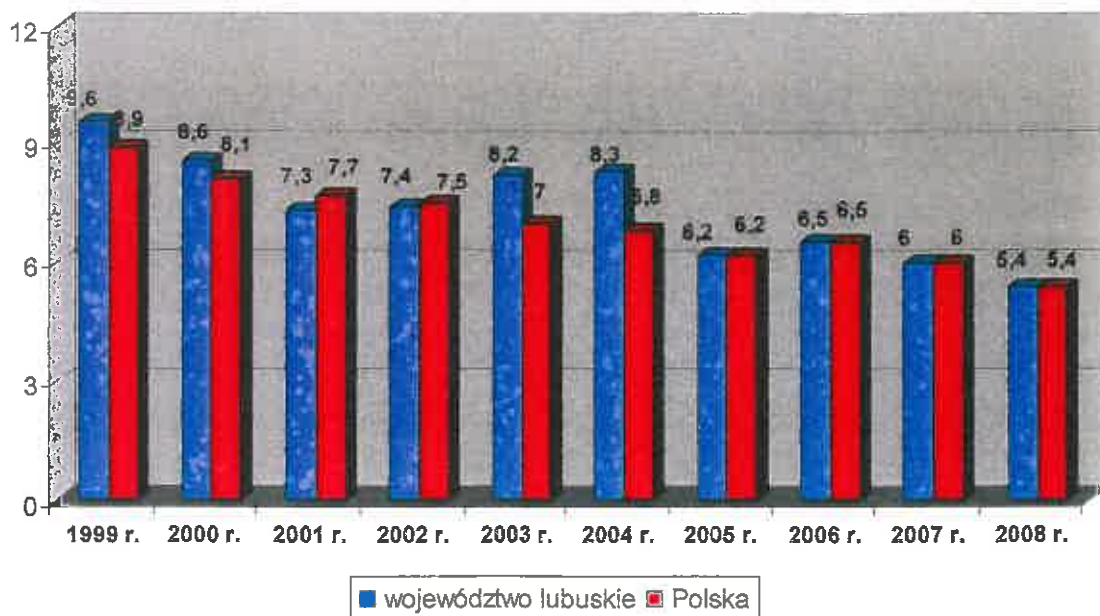
Mieszkańcy wsi umierali częściej niż mieszkańcy miast, jednak w województwie lubuskim współczynniki umieralności, zarówno w mieście jak i na wsi, kształtowały się na niższym poziomie aniżeli średnio w kraju. W przypadku współczynnika zgonów na 1 tys. ludności miast województwo lubuskie znalazło się na IX-XII¹ miejscu w kraju, natomiast wielkość współczynnika zgonów na 1 tys. ludności na wsi sytuowała województwo na VIII miejscu w kraju. Bezwzględna liczba zgonów w województwie lubuskim w 2008 roku wynosiła 9.572 i w porównaniu do 2007 roku zwiększyła się o 120 zgonów.

Najwyższymi współczynnikami umieralności na 1 tys. ludności charakteryzowały się powiaty: żarski (10,40) i sułeciński (10,32). Najniższy współczynnik umieralności zanotowano w powiecie grodzkim Gorzów Wielkopolski. (8,59).

1.6 ZGONY NIEMOWLĄT W LATACH 1999 - 2008

W 2008 roku zgony niemowląt stanowiły 0,64% ogólnej liczby zgonów (w 2007 roku - 0,69%). Współczynnik umieralności niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych w 2008 roku był niższy niż w 2007 roku i osiągnął wartość równą 5,4 - co ułożyło województwo lubuskie na VIII-IX miejscu w kraju pod względem wielkości współczynnika (kraj - 5,6).

Wykres nr 9: Zgony niemowląt w województwie lubuskim na tle kraju w latach 1999-2008 – współczynnik na 1 tys. urodzeń żywych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

¹ „jeśli pozycja w kraju ujęta jest w formie przedziału, to oznacza że są jeszcze inne województwa w kraju o tej samej wartości współczynnika” - zgodnie z interpretacją LCZP

Główną przyczynę umieralności niemowląt w 2007 r. stanowiły:

- zgony na 1 tys. urodzeń żywych;
- - stany okresu okołoporodowego – 3,24;

w tym:

- zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu - 1,67,
- stan płodu i noworodka spowodowany czynnikami matczynymi, powikłaniami ciąży, czynności porodowej i porodu - 0,46,
- niedotlenienie wewnątrzmaciczne i zamartwica urodzeniowa - 0,46,
- pozostałe stany okołoporodowe - 0,37,
- inne stany układu oddechowego noworodka - 0,19,
- wrodzone zapalenie płuc - 0,09,
- **wady rozwojowe wrodzone zniekształcenia i aberracje chromosomowe - 1,76**

w tym:

- inne wady wrodzone - 0,74,
- wrodzone wady serca - 0,56,
- wodogłowie wrodzone i rozszczep kręgosłupa - 0,19,
- inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego - 0,19,
- inne wrodzone wady układu krążenia - 0,09.

W 2008 r. najwyższy współczynnik zgonów niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych zanotowano w powiecie strzelecko-dreźnieckim (10,24), natomiast najniższy w powiecie słubickim (1,79).

2. PROGNOZA DEMOGRAFICZNA

Na podstawie danych dotyczących prognoz ludności województwa lubuskiego na lata 2009, 2010 i 2015 oszacowano prognozę ludności województwa lubuskiego na lata 2011 – 2013. Odrębnie dla dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat oraz osób w wieku 19 lat i więcej. Podział taki wynika z konieczności dopasowania danych demograficznych do struktury danych dotyczących chorobowości i zachorowalności ludności województwa lubuskiego.

Tabela nr 5: Prognoza liczby ludności województwa lubuskiego

	2009	2010	2015	2020
Ludność ogółem, w tym:	1 009 343	1 009 703	1 010 212	1 007 639
Mężczyźni	489 027	489 053	488 853	487 336
Kobiety	520 316	520 650	521 359	520 303
Ludność w miastach ogółem, w tym:	641 401	640 209	634 796	629 554
Mężczyźni	305 679	304 937	301 729	298 925
Kobiety	335 722	335 272	333 067	330 629
Ludność na wsi ogółem, w tym:	367 942	369 494	375 416	378 085
Mężczyźni	183 348	184 116	187 124	188 411
Kobiety	184 594	185 378	188 292	189 674
Ludność wg biologicznych grup wieku	1 009 343	1 009 703	1 010 212	1 007 639
0-14	156 315	155 565	158 081	161 941
15-64	734 447	735 574	706 232	665 884
65+	118 581	118 564	145 899	179 814
80+	28 598	30 051	34 007	35 467
Mężczyźni	489 027	489 053	488 853	487 336
0-14	80 258	79 986	81 217	83 326
15-64	365 562	365 790	351 205	332 140
65+	43 207	43 277	56 431	71 870
80+	8 222	8 705	9 929	10 386
Kobiety	520 316	520 650	521 359	520 303
0-14	76 057	75 579	76 864	78 615
15-64	368 885	369 784	355 027	333 744
65+	75 374	75 287	89 468	107 944

Załącznik Nr 1 - Diagnoza Stanu Zdrowia Mieszkańców Województwa Lubuskiego

	2009	2010	2015	2020
80+	20 376	21 346	24 078	25 081
Miasta	641 401	640 209	634 796	629 554
0-14	93 162	92 879	95 384	98 212
15-64	469 741	468 418	439 972	408 626
65+	78 498	78 912	99 440	122 716
80+	17 766	18 794	22 313	24 278
Mężczyźni	305 679	304 937	301 729	298 925
0-14	47 812	47 751	49 048	50 583
15-64	229 371	228 502	214 797	200 777
65+	28 496	28 684	37 884	47 565
80+	5 078	5 438	6 509	6 994
Kobiety	335 722	335 272	333 067	330 629
0-14	45 350	45 128	46 336	47 629
15-64	240 370	239 916	225 175	207 849
65+	50 002	50 228	61 556	75 151
80+	12 688	13 356	15 804	17 284
Wieś	367 942	369 494	375 416	378 085
0-14	63 153	62 686	62 697	63 729
15-64	264 706	267 156	266 260	257 258
65+	40 083	39 652	46 459	57 098
80+	10 832	11 257	11 694	11 189
Mężczyźni	183 348	184 116	187 124	188 411
0-14	32 446	32 235	32 169	32 743
15-64	136 191	137 288	136 408	131 363
65+	14 711	14 593	18 547	24 305
80+	3 144	3 267	3 420	3 392
Kobiety	184 594	185 378	188 292	189 674
0-14	30 707	30 451	30 528	30 986
15-64	128 515	129 868	129 852	125 895

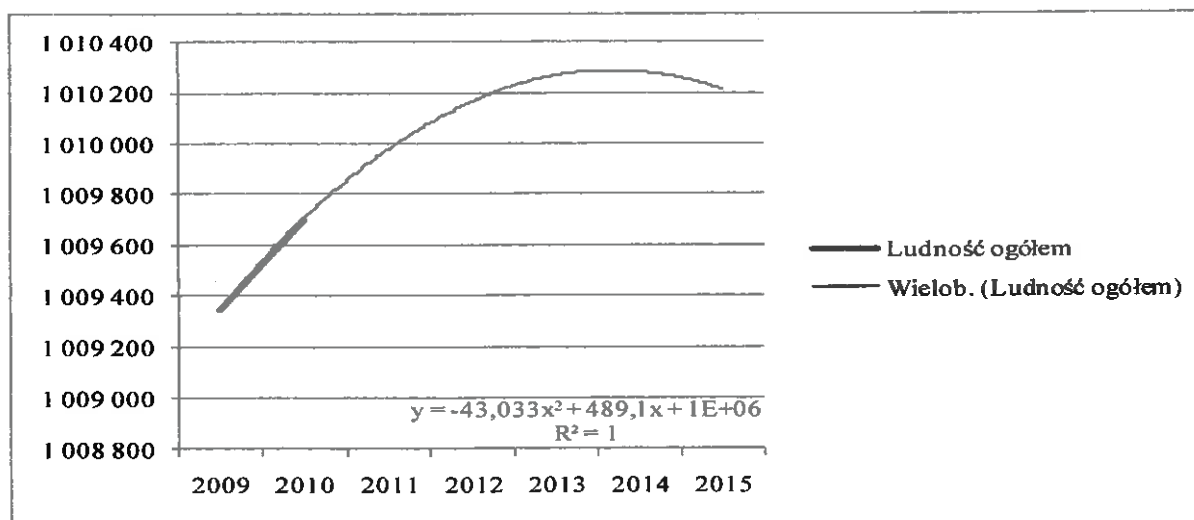
	2009	2010	2015	2020
65+	25 372	25 059	27 912	32 793
80+	7 688	7 990	8 274	7 797
Ludność ogółem, w tym:	1 009 343	1 009 703	1 010 212	1 007 639
Dzieci i młodzież w wieku od 0 - 18 lat	209 779	206 704	199 558	199 769
Osoby w wieku 19 lat i więcej	799 564	802 999	810 654	807 870

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Prognoza ludności na lata 2008 – 2035, GUS – Departament Badań Demograficznych, Warszawa 2009 r.

Prognozę ogólnej liczby ludności w województwie lubuskim w latach 2011 – 2013 wyliczono jako sumę prognoz liczby dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat oraz osób w wieku 19 lat i więcej. Do oszacowania wykorzystano funkcję trendu wielomianowego trzeciego stopnia, jednak oszacowane funkcje są wielomianami stopnia drugiego, przy czym parametr przy zmiennej czasowej w potęgze trzeciej został oszacowany przez arkusz kalkulacyjny jako 0. Należy zwrócić uwagę, że dla wszystkich oszacowanych funkcji trendu uzyskano wartość 1 dla kwadratu współczynnika korelacji Pearsona², co świadczy o idealnym dopasowaniu funkcji trendu do danych wyjściowych.

Oszacowane funkcje trendu liczby ludności województwa lubuskiego przedstawiają poniższe wykresy:

Wykres nr 10: Oszacowana funkcja trendu ogólnej liczby ludności województwa lubuskiego w latach 2009 - 2015

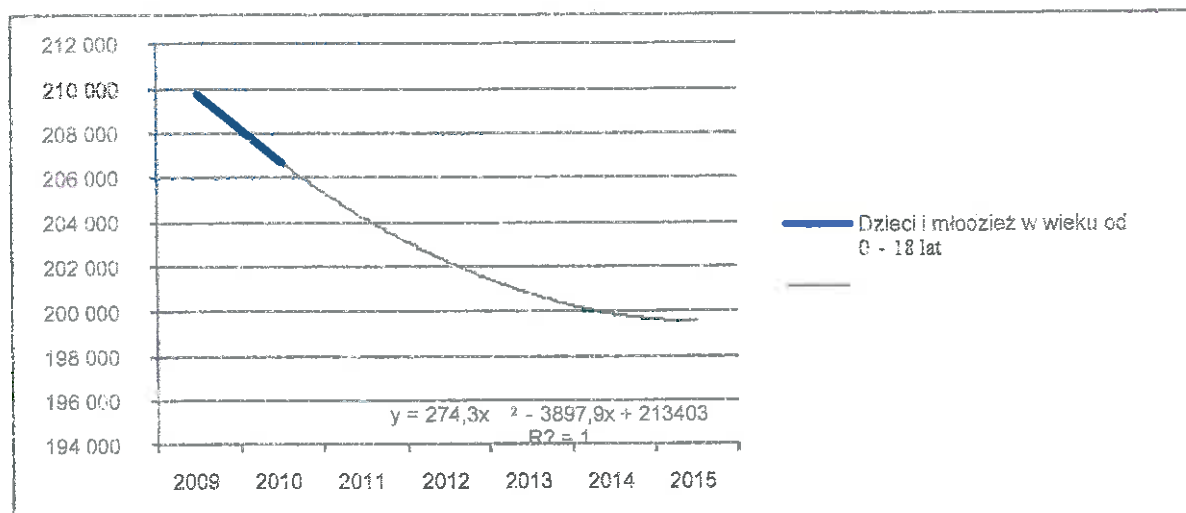


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (Prognoza ludności na lata 2008 – 2035)

² Współczynnik korelacji Pearsona (R) jest to bezwymiarowy wskaźnik, którego wartość mieści się w przedziale zamkniętym (-1, 1) i odzwierciedla stopień liniowej zależności pomiędzy dwoma zmiennymi.

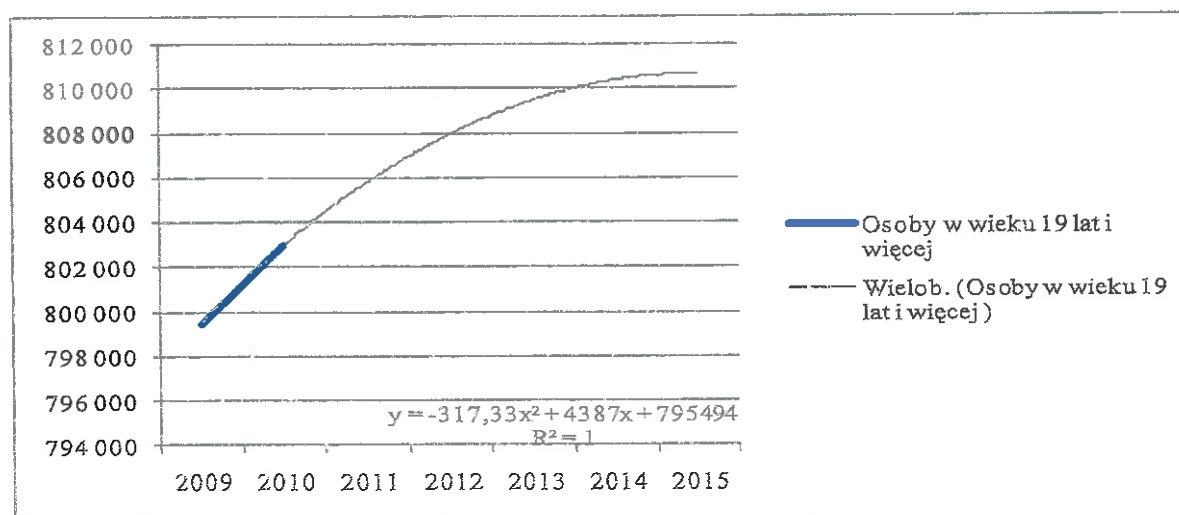
Jak wynika z powyższego wykresu po osiągnięciu szczytu na przełomie lat 2013 – 2014 nastąpi spadek liczby ludności ogółem zamieszkałej w województwie lubuskim. Jak pokazuje tabela nr 6 zmniejszy się wyłącznie liczba dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat, natomiast liczba osób w wieku 19 lat i więcej nieznacznie wzrośnie.

Wykres nr 11: Oszacowana funkcja trendu liczby dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat, w województwie lubuskim w latach 2009 - 2015



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (Prognoza ludności na lata 2008 – 2035).

Wykres nr 12: Oszacowana funkcja trendu liczby osób w wieku 19 lat i więcej, w województwie lubuskim w latach 2009 - 2015



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (Prognoza ludności na lata 2008 – 2035).

Wyliczoną dla lat 2011 – 2013 prognozę liczby ludności województwa lubuskiego, w tym dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat oraz osób w wieku 19 lat i więcej przedstawia poniższa Tabela.

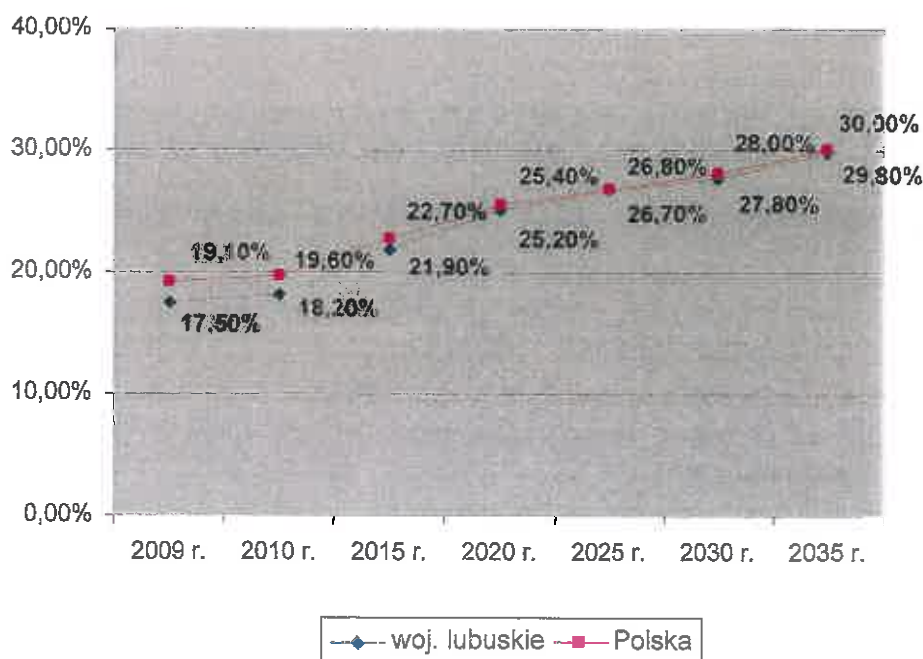
Tabela nr 6: Prognoza liczby ludności województwa lubuskiego na lata 2009 - 2013

Wyszczególnienie	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.
Ludność ogółem, w tym:	1 009 343	1 009 703	1 009 987	1 010 156	1 010 330
Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat	209 779	206 704	204 273	202 434	201 022
Osoby w wieku 19 lat i więcej	799 564	802 999	805 714	807 724	809 308

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (Prognoza ludności na lata 2008 – 2035)

Zgodnie z prognozą w latach 2009 – 2013 liczba ludności województwa lubuskiego wzrośnie o 987 osób, przy czym liczba dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat zmniejszy się w tym okresie o 8.757 osób, natomiast liczba osób w wieku 19 lat i więcej zwiększy się o 9.744 osoby.

Wykres nr 13: Prognoza odsetka osób w wieku 60 lat i więcej w ludności ogółem w województwie lubuskim na lata 2009 - 2035



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Zgodnie z powyższym wykresem odsetek ludności w wieku 60 lat i więcej będzie w perspektywie lat 2009-2035 stale wzrastał.

3. SYTUACJA ZDROWOTNA

3.1 CHOROBY I ZACHOROWALNOŚĆ

Zgodnie ze strukturą danych gromadzonych przez Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim, chorobowość i zachorowalność mieszkańców województwa lubuskiego, będących pod opieką lekarza POZ, została przeanalizowana w układzie dwóch grup wiekowych:

1. Dzieci i młodzież w wieku od 0 do 18 lat.
2. Osoby w wieku 19 lat i więcej.

3.1.1 CHOROBY I ZACHOROWALNOŚĆ DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU OD 0 DO 18 LAT

Dane dotyczące chorobowości dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat, w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 7: Chorobowość dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat (osoby zakwalifikowane do opieki czynnej) w województwie lubuskim w latach 2006-2008 – wskaźnik na 10 tys. osób

Wyszczególnienie	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	45 507	47 747	47 057
Chorobowość na 10 tys. osób	2 043,4	2 195,1	2 204,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wlkp. (www.lczp-gorzow.home.pl).

Z roku na rok wzrasta chorobowość dzieci i młodzieży w województwie lubuskim. W latach 2006 – 2008 liczba dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat, objętych czynną opieką lekarską zwiększyła się o 1.550 osób, a chorobowość w tej grupie ludności wzrosła o 7,86 %. Na dzień 31.12.2008 roku 22,04 % dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat objętych było czynną opieką lekarską. Strukturę chorobowości dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 8: Struktura chorobowości dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w województwie lubuskim w latach 2006-2008 – wskaźnik na 10 tys. osób

Wyszczególnienie	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Nowotwory (C00-C97, D00-D48)	6,11	6,94	8,20
Niedokrwistość (D50-D59)	101,48	105,78	112,65
Choroby tarczycy (E00-E07)	35,88	39,95	43,28
Cukrzyca (E10-E14)	13,38	14,21	14,66
Niedożywienie (E40-E46)	47,60	54,11	47,59
Otyłość (E65-E68)	151,96	180,77	207,17
Zaburzenia odżywiania (F50)	4,63	5,15	5,76
Upośledzenie umysłowe (F70-F79)	65,78	67,53	72,83
Padaczka (G40)	50,70	54,62	58,92
Dziecięce porażenie mózgowe (G80)	33,81	35,77	36,53
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka (H52)	472,12	540,50	556,96
Choroba nadciśnieniowa (I10-I15)	20,34	23,12	27,21
Alergie			
Dychawica oskrzelowa (J45)	158,15	178,01	191,48
Pokarmowe (K52.2)	100,76	119,44	125,90
Skórne (L27.2)	108,13	117,97	130,73
Zniekształcenia kręgosłupa (M40-M41)	423,36	441,57	444,36
Choroby układu moczowego (N00-N23)	86,66	90,47	80,52
Wady rozwojowe			
Układu nerwowego (Q00-Q07)	16,35	19,58	19,11
Układu krążenia (Q20-Q28)	63,40	66,94	63,47
Narządów płciowych (Q50-Q56)	14,41	15,54	16,53
Aberracje chromosomowe (Q90-Q99)	9,25	10,90	11,80
Inne	9,43	11,91	12,69
Zaburzenia rozwoju, w tym:	149,67	157,60	120,38
Fizycznego (R62.8)	97,89	95,62	63,05

Psychomotorycznego (R62.0)	38,62	42,48	48,29
Trwałe uszkodzenia narządu ruchu	25,82	27,17	26,46
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagającymi opieki czynnej	120,16	154,38	118,36

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim (www.lczp-gorzow.home.pl)

W latach 2006 – 2008 chorobowość dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat wzrosła w 22, a spadła tylko w 5 kategoriach. Najwyższy wzrost liczby chorych w przeliczeniu na 10.000 mieszkańców nastąpił w następujących kategoriach:

1. otyłość – wzrost o 36,3 %,
2. nowotwory – 34,2%
3. choroba nadciśnieniowa – wzrost o 33,7 %,
4. inne – wzrost o 34,5%

Dane dotyczące zachorowalności dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat, w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 9: Zachorowalność dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat (osoby zakwalifikowane do opieki czynnej) w latach 2005-2008 – wskaźnik na 10 tys. osób

Wyszczególnienie	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Osoby zakwalifikowane do opieki czynnej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej	7 253	7 913	7 608
Zachorowalność na 10 tys. osób	324,5	360,0	353,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim (www.lczp-gorzow.home.pl)

W latach 2006 – 2008 wzrosła również zachorowalność wśród dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat. Liczba osób zakwalifikowanych do opieki lekarskiej w 2008 roku była o 355 osób (4,98%) wyższa niż w roku 2006. Zachorowalność w przeliczeniu na 10.000 ludności zwiększyła się w analizowanym okresie o 28,6 osoby.

Strukturę zachorowalności dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 10: Struktura zachorowalności dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat (osoby zakwalifikowane do opieki czynnej) w województwie lubuskim w latach 2006-2008 – wskaźnik na 10 tys. osób

Wyszczególnienie	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Nowotwory (C00-C97, D00-D48)	1,03	1,55	2,04
Niedokrwistość (D50-D59)	32,08	35,03	33,09
Choroby tarczycy (E00-E07)	6,22	8,78	9,23
Cukrzyca (E10-E14)	2,24	2,50	2,13
Niedożywienie (E40-E46)	8,64	9,69	7,38
Otyłość (E65-E68)	26,35	31,16	33,60
Zaburzenia odżywiania (F50)	0,58	1,23	1,30
Upośledzenie umysłowe (F70-F79)	6,22	6,05	6,68
Padaczka (G40)	6,71	7,96	6,87
Dziecięce porażenie mózgowe (G80)	2,37	2,91	2,74
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka (H52)	47,34	61,23	63,76
Choroba nadciśnieniowa (I10-I15)	4,88	5,41	5,66
Alergie			
Dychawica oskrzelowa (J45)	22,24	27,88	29,19
Pokarmowe (K52.2)	23,71	26,93	27,52
Skórne (L27.2)	19,42	24,75	25,89
Zniekształcenia kręgosłupa (M40-M41)	68,10	61,96	63,30
Choroby układu moczowego (N00-N23)	11,90	13,87	13,55
Wady rozwojowe			
Układu nerwowego (Q00-Q07)	1,83	2,46	2,32
Układu krążenia (Q20-Q28)	7,70	7,37	7,15
Narządów płciowych (Q50-Q56)	2,15	2,55	2,60
Aberracje chromosomowe (Q90-Q99)	0,76	1,46	1,53
Inne	1,61	1,32	2,00
Zaburzenia rozwoju, w tym:	18,26	19,01	15,22

Fizycznego (R62.8)	9,84	12,46	8,77
Psychomotorycznego (R62.0)	5,55	4,73	5,62
Trwałe uszkodzenia narządu ruchu	1,88	1,18	1,16
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagającymi opieki czynnej	19,11	16,79	14,90

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl).

W latach 2006 – 2008 najbardziej wzrosła zachorowalność dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat w następujących kategoriach:

1. zaburzenia odżywiania – wzrost o 124,1 %,
2. aberracje chromosomowe – wzrost o 101,3%
3. nowotwory – wzrost o 98 %,
4. choroby tarczycy – wzrost o 48,3 %.

3.1.2 CHOROBOWOŚĆ I ZACHOROWALNOŚĆ OSÓB W WIEKU 19 LAT I WIĘCEJ

Dane dotyczące chorobowości osób w wieku 19 lat i więcej, w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 11: Chorobowość osób w wieku 19 lat i więcej (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2005-2008 – wskaźnik na 10 tys. osób

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Osoby objęte opieką czynną	234 247	238 904	226 003	243 469
Chorobowość na 10 000 ludności	3 002,0	3 040,2	2 857,3	3 060,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl).

Sytuacja zdrowotna osób w wieku 19 lat i więcej nie była zadowalająca. W latach 2005 – 2008 liczba osób objętych czynną opieką lekarską zwiększyła się o 9.222 osoby, a chorobowość w analizowanym okresie wzrosła o 58,7 osób na 10.000 mieszkańców. Niepokojącym jest fakt iż na koniec 2008 r. 30,61 % osób w wieku 19 lat i więcej objętych było czynną opieką lekarską.

Strukturę chorobowości osób w wieku 19 lat i więcej przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 12: Struktura chorobowości osób w wieku 19 lat i więcej (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2005-2008 – wskaźnik na 10 tys. osób

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Choroby układu krążenia [I00 - I99]	1 340,9	1 558,4	1 513,9	1 634,5
Choroby ukl. mięsn. - kostn. i tk. łączn. [M00 - M99]	432,5	480,3	481,1	521,1
Cukrzyca [E10 - E14]	309,6	335,8	330,6	373,2
Przewlekłe choroby układu trawiennego [K25 - K 93]	291,9	319,2	301,4	329,6
Choroby obwodowego układu nerwowego [G50 - G59]	258,6	288,9	254,1	269,7
Przewl. nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzel. [J40 - J47]	239,9	270,1	255,6	261,5
Choroby tarczycy [E00 - E07]	117,6	126,2	135,0	149,4
Niedokrwistość [D50 - D64]	66,9	79,6	80,1	82,0
Nowotwory [C00 - C97, D00 - D48]	69,8	79,3	81,6	90,6
Gruźlica [A15 - A19, B90]	7,3	8,2	7,6	6,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl).

W latach 2005 – 2008, w tej kategorii wiekowej najbardziej wzrosła liczba osób chorych na nowotwory (o 29,80 %). O ponad 20 % wzrosła również liczba chorych na: choroby układu krążenia (21,90 %), choroby układu mięśniowo – kostnego i tkanki łącznej (20,49 %), cukrzycę (20,54 %), choroby tarczycy (27,04 %) oraz niedokrwistość (22,57 %).

Dane dotyczące zachorowalności osób w wieku 19 lat i więcej, w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 13: Zachorowalność osób w wieku 19 lat i więcej (osoby zakwalifikowane do opieki czynnej) w latach 2005-2008 – wskaźnik na 10 tys. osób

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Osoby zakwalifikowane do opieki w danym roku	26 191	27 168	24 197	25 022
Zachorowalność na 10.000 ludności	337,3	346,1	306,8	315,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl).

W latach 2005 - 2008 spadła zachorowalność osób w wieku 19 lat i więcej. W 2008 roku zachorowało o 1.169 mniej osób niż w roku 2005, a wskaźnik zachorowalności w przeliczeniu na 10.000 ludności zmniejszył się o 21,8 osób. Strukturę zachorowalności osób w wieku 19 lat i więcej przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 14: Struktura zachorowalności osób w wieku 19 lat i więcej (osoby zakwalifikowane do opieki czynnej) w latach 2005-2008 – wskaźnik na 10 tys. osób

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Choroby układu krążenia [I00 - I99]	129,2	130,4	116,8	126,6
Choroby ukł. mięśn. - kostn. i tk. łączn. [M00 - M99]	42,9	41,6	35,1	36,0
Cukrzyca [E10 - E14]	31,9	34,2	31,6	36,0
Przewlekłe choroby układu trawiennego [K25 - K 93]	35,1	34,8	28,0	31,1
Choroby obwodowego układu nerwowego [G50 - G59]	34,8	35,8	32,4	28,3
Przewł. nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzel. [J40 - J47]	30,1	28,9	25,4	24,5
Choroby tarczycy [E00 - E07]	20,1	15,5	15,7	17,1
Niedokrwistość [D50 - D64]	15,4	15,4	17,1	15,3
Nowotwory [C00 - C97, D00 - D48]	15,0	16,8	17,1	20,0
Gruźlica [A15 - A19, B90]	1,3	1,4	0,9	0,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

W latach 2005 – 2008, pomijając gruźlicę, najbardziej zmniejszyła się zachorowalność na choroby obwodowego układu nerwowego (spadek o 18,68 %), przewlekły nieżyt oskrzeli i dychawicę oskrzelową (spadek o 18,60 %), choroby układu mięśniowo – kostnego i tkanki łącznej (spadek o 16,08 %) choroby tarczycy (spadek o 14,93 %) oraz przewlekłe choroby układu trawiennego (spadek o 11,40 %). W analizowanym okresie wzrosła natomiast zachorowalność na nowotwory (o 33,33 %) oraz cukrzycę (o 12,85 %).

Tabela nr 15: Zgony według przyczyny w województwie lubuskim w latach 2005-2007, wskaźnik na 1 tys. mieszkańców

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.
Województwo lubuskie – zgony ogółem	9,05	9,19	9,36
Nowotwory (C00.0-D49.9)	2,36	2,31	2,41
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (E00.0-E90)	0,22	0,16	0,15
Choroby układu nerwowego (G00.0-G99.8)	0,18	0,17	0,14
Choroby układu krążenia (I00-I99)	3,77	4,07	4,01
Choroby układu oddechowego (J00-J99.8)	0,45	0,38	0,41
Choroby układu trawiennego (K00.0-K93.8)	0,45	0,39	0,39
Objawy, cechy chorobowe gdzie indziej niesklasyfikowane (R00.0-R99)	0,63	0,73	0,82
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01.0-Y98)	0,62	0,63	0,68

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Najistotniejszymi przyczynami zgonów w latach 2005-2007 były choroby układu krążenia (w 2007 r. 4,01) oraz nowotwory (w 2007 r. 2,41). Przy czym należy zauważyć, że w obu przyczynach wskaźniki wykazują tendencje wzrostową.

3.3 CHOROBY ZAWODOWE

Choroba zawodowa to choroba, 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 2009 r., Nr 105, poz. 869). Liczbę i strukturę zachorowań na choroby zawodowe w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 16: Zachorowania na choroby zawodowe w latach 2005-2008

Nazwa choroby zawodowej	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Pylica płuc	2	2	1	1
Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli		3		
Astma oskrzelowa	3	2	3	4
Zewnętrzne alerg. zapal. pęcherzyków płucnych			1	
Alergiczny nieżyt nosa	4	4	3	4
Przewlekłe choroby narządu głosu	15	24	12	19
Nowotwory złośliwe	1			1
Choroby skóry	6	5	9	4
Przewlekłe choroby układu ruchu	4	1	1	3
Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	1	2	3	3
Obustronny trwały ubytek słuchu	5	6	4	3
Zespół wibracyjny			2	1
Choroby narządu wzroku	1	1	2	2
Choroby zakaźne lub pasożytnicze, w tym	12	19	9	16
- wirusowe zapalenie wątroby typu C	4	10	3	1
- wirusowe zapalenie wątroby typu B	3	2		
- borelioza	1	4	5	14
- brucelloza	3	2	1	1
- gruźlica	1			
- zapalenie ucha wywołane gronkowcem złocistym MRSA		1		
Ogółem	54	69	53	62

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl) i Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Gorzowie Wielkopolskim.

Liczba zachorowań na choroby zawodowe jest niewielka i utrzymuje się w przedziale od 50 do 70 zachorowań rocznie. Najczęstsze przypadki chorób zawodowych to: przewlekłe choroby narządu głosu choroby zakaźne lub pasożytnicze.

Niepokojący jest również wzrost stwierdzonych borelioz o etiologii zawodowej. Rośnie również liczba chorób spowodowanych niemierzalnymi czynnikami środowiska pracy (ruchy monotypowe, wymuszona pozycja ciała).

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.

4. STRUKTURA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Ostatnie pełne dane dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w Polsce pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego 2002³. Według zasad wyodrębniania zastosowanych w tym Spisie, osoba niepełnosprawna to osoba, która posiadała odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osoba, która takiego orzeczenia nie posiadała, lecz odczuwała ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (zabawa, nauka, praca, samoobsługa).

Zbiorowość osób niepełnosprawnych została podzielona na dwie podstawowe grupy:

1. Osoby niepełnosprawne prawnie – tj. takie, które posiadały odpowiednie aktualne orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony.
2. Osoby niepełnosprawne tylko biologicznie – tj. takie które nie posiadały orzeczenia ale miały (odczuwały) całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych.

Wg stanu na dzień 20 maja 2002 roku liczba osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim wynosiła łącznie 176.373, z tego:

1. Osoby niepełnosprawne prawnie – 151.727
2. Osoby niepełnosprawne tylko biologicznie – 24.646

Wśród osób niepełnosprawnych prawnie w 2002 roku w województwie lubuskim było:

1. 3.949 osoby w wieku od 0 do 15 lat (dzieci),
2. 147.778 osób w wieku 16 lat i więcej (dorośli), w tym:
 - a) 32.024 osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (I grupa inwalidztwa),
 - b) 50.308 osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (II grupa inwalidztwa),
 - c) 56.678 osób z lekkim stopniem niepełnosprawności (III grupa inwalidztwa),
 - d) 8.768 osoby z nieustalonym stopniem niepełnosprawności.

Wśród osób niepełnosprawnych tylko biologicznie w 2002 roku w województwie lubuskim było:

- a) 3.175 osób odczuwający całkowite ograniczenie sprawności,
- b) 21.471 osób odczuwające poważne ograniczenie sprawności.

Strukturę osób niepełnosprawnych zamieszkałych w województwie lubuskim wg wieku i płci przedstawia poniższa Tabela.

³ Źródło: Osoby Niepełnosprawne i ich gospodarstwa domowe 2002, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, październik 2003.

Tabela nr 17: Struktura wiekowa osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim (według Spisu z 2002 r.)

Osoby niepełnosprawne wg grup wiekowych	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
0 - 15 lat	6 102	3 498	2 604
16 - 24 lata	6 086	3 493	2 593
25 - 34 lata	6 342	3 749	2 593
35 - 44 lata	14 080	7 547	6 533
45 - 54 lata	44 908	22 155	22 753
55 - 64 lata	37 726	19 267	18 459
65 - 74 lata	36 709	14 494	22 215
75 lat i więcej	24 397	7 322	17 075
wiek nieustalony [w trakcie spisu]	23	13	10
Razem	176 373	81 538	94 835

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Osoby Niepełnosprawne i ich gospodarstwa domowe 2002*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, październik 2003.

W 2002 roku w województwie lubuskim 81,50 % osób niepełnosprawnych stanowiły osoby w wieku 45 lat i więcej. Kobiet niepełnosprawnych było o 13.297 więcej niż mężczyzn, przy czym w grupie wiekowej 65 – 74 lata kobiet niepełnosprawnych było o 53 % więcej niż mężczyzn, a w grupie wiekowej 75 lat i więcej kobiet niepełnosprawnych było aż o 133,20 % więcej niż mężczyzn.

Udział osób niepełnosprawnych w ogólnej liczbie mieszkańców województwa lubuskiego jest bardzo duży i na dodatek zwiększa się. W 2004 roku województwo lubuskie zamieszkiwało o 3,7 % więcej osób niepełnosprawnych niż średnio w Polsce. W okresie od 20 maja 2002 roku (Spis Powszechny) do 31.12.2004 roku liczba osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim wzrosła o 2,5 %, podczas gdy w całym kraju wzrost ten wyniósł średnio o 2 %. Odpowiednie dane zawiera poniższa Tabela.

Tabela nr 18: Udział osób niepełnosprawnych w przeliczeniu na 10.000 ludności

OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE OGÓŁEM	ROK 2002	ROK 2004
województwo lubuskie	17,5 %	20,0 %
Polska	14,3 %	16,3 %

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

5. OPIEKA NAD MATKĄ I DZIECKIEM

W 2008 roku na terenie województwa lubuskiego stacjonarną opiekę zdrowotną nad matką dzieckiem zabezpieczało ogółem 16 szpitali (3 szpitale II poziomu referencyjnego i 13 szpitali I poziomu referencyjnego), w tym 10 publicznych zakładów opieki zdrowotnej i 6 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W 2008 roku w porównaniu do roku 2007 liczba łóżek rzeczywistych w oddziałach ginekologiczno-położniczych zmalała o 8 (z 562 w 2007 r. do 544 w 2008 r.). Przeciętne wykorzystanie łóżek w 2008 roku wynosiło 60,4 %, a średni pobyt chorej 3,6 dnia. W 2007 roku wykorzystanie łóżek było wyższe (61,5%), natomiast średni pobyt chorej wyniósł 4 dni.

Tabela nr 19: Działalność oddziałów ginekologiczno-położniczych na terenie województwa lubuskiego w latach 2006-2008

	2006	2007	2008
Liczba oddziałów ginekologiczno-położniczych	17	16	16
Liczba łóżek (stan na 31.XII)	581	562	554
Liczba leczonych	29.801	31.479	34.596

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Na terenie województwa lubuskiego funkcjonowało w 2008 roku 16 Szkół Rodzenia (w roku 2007 również 16), w tym 15 usytuowanych na terenie szpitali. Szkoły te są dobrze wyposażone w sprzęt potrzebny do zajęć, mają bardzo dobre warunki lokalowe. Bezpłatnych Szkół Rodzenia jest 15 oraz 1 prywatna. W 2008 roku odbyły się 11.124 porody i urodziło się 11.226 noworodków (o 768 noworodków więcej niż w 2007 roku)

Tabela nr 20: Liczba porodów w szpitalach w latach 2005-2008

	2005	2006	2007	2008
Województwo lubuskie	9.685	10.076	10.359	11.124

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

W 2008 roku odnotowano 574 porody wcześniacze (w 2007 roku – 621), co stanowi 5,2 % ogólnej liczby porodów (w 2007 – 5,9 %). W porównaniu do roku 2007 było o 50 porodów wcześniaczych mniej.

6. ZDROWIE PSYCHICZNE

6.1 ZABURZENIA PSYCHICZNE (BEZ UZALEŻNIEŃ)

Liczbę osób leczonych w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008 z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 21: Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) w latach 2005 – 2008 – dotyczy leczenia ambulatoryjnego.

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Zaburzenia psychiczne [bez uzależnień], w tym:	35 021	33 604	33 054	34 155
- dzieci i młodzież w wieku od 0 do 18 lat	1 946	2 045	1 472	1 438
- osoby w wieku 19 lat i więcej	33 075	31 559	31 582	32 717
Objęci opieką czynną:	7 605	9 257	9 810	10 116
- dzieci i młodzież w wieku od 0 do 18 lat	331	802	557	391
- osoby w wieku 19 lat i więcej	7 274	8 455	9 253	9 725

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień), po spadku w latach 2005 – 2007, w roku 2008 wzrosła łącznie o 1.101 osób, przy czym w grupie dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat nieznacznie spadła (o 34 osoby), natomiast zwiększyła się w grupie osób w wieku 19 lat i więcej (o 1.135 osób).

Osoby leczone z powodu zaburzeń psychicznych to osoby cierpiące głównie na:

1. zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (10.886 osób w 2008 roku),
2. organiczne zaburzenia psychotyczne (4.847 osób w 2008 roku),
3. schizofrenię (3.833 osoby w 2008 roku),
4. organiczne zaburzenia niepsychotyczne (2.633 osoby w 2008 roku),
5. depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (2.612 osoby w 2008 roku),
6. epizody afektywne (2.279 osób w 2008 roku),
7. upośledzenie umysłowe (2.054 osoby w 2008 roku),
8. inne zaburzenia psychotyczne i urojeniowe (bez afektywnych i schizofrenii; 2.005 osób w 2008 roku).

Wzrasta liczba osób objętych opieką czynną. O ile w 2005 roku osoby te stanowiły 21,72 % osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) to w 2008 roku udział osób objętych opieką czynną wynosił już 29,62 %. Dane dotyczące udziału osób objętych opieką czynną przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 22: Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) objęci opieką czynną w latach 2005 – 2008 – dotyczy leczenia ambulatoryjnego.

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Leczeni objęci opieką czynną [udział w ogółem]	21,72%	27,55%	29,68%	29,62%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

W 2008 roku wzrosła również (o 164) liczba osób, które zgłosiły się po raz pierwszy w życiu do leczenia zaburzeń psychicznych. Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 23: Liczba nowych osób z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w latach 2005 – 2008 – dotyczy leczenia ambulatoryjnego.

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Zaburzenia psychiczne [bez uzależnień]	9 044	6 804	6 873	7 037
- dzieci i młodzież w wieku od 0 do 18 lat	696	637	525	614
- osoby w wieku 19 lat i więcej	8 348	6 167	6 348	6 423
Objęci opieką czynną:	1 275	1 098	1 508	1 574
- dzieci i młodzież w wieku od 0 do 18 lat	32	58	78	75
- osoby w wieku 19 lat i więcej	1 243	1 040	1 430	1 499

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Liczba nowych osób z zaburzeniami psychicznymi w stosunku do osób leczonych jest relatywnie wysoka. Do 2006 roku utrzymywała się na poziomie ok. 20 %. Należy zwrócić uwagę na fakt, że o ile wśród osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych dzieci i młodzież stanowiły od 4,21 % (w 2008 roku) do 6,09 % (w 2006 roku) to wśród osób, które zgłosiły się po raz pierwszy do leczenia udział ten był znacznie większy i wynosił od 7,64 % (w 2007 roku) do 9,36 % (w 2006 roku).

Udział osób objętych opieką czynną, spośród osób, które zgłosiły się po raz pierwszy w życiu do leczenia zaburzeń psychicznych z roku na rok wzrastała, lecz jest istotnie mniejszy od udziału osób objętych opieką czynną spośród osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 24: Nowe osoby z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) objęte opieką czynną w latach 2005 – 2008 – dotyczy leczenia ambulatoryjnego

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Nowi pacjenci objęci opieką czynną:	14,10%	16,14%	21,94%	22,37%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

6.2 ZABURZENIA SPOWODOWANE UŻYWANIEM ALKOHOLU

W latach 2005 – 2008 liczba osób leczonych w województwie lubuskim z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu zmieniała się w różnych kierunkach, lecz mieściła się w granicach 5.000 (+/- 10%). Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 25: Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w latach 2005 – 2008 – dotyczy leczenia ambulatoryjnego.

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Zaburzenia psychiczne spowodowane alkoholem	5 263	5 420	4 773	5 013
- dzieci i młodzież w wieku od 0 do 18 lat	34	47	77	71
- osoby w wieku 19 lat i więcej	5 229	5 373	4 696	4 942
Objęci opieką czynną:	2 716	3 231	2 832	2 696
- dzieci i młodzież w wieku od 0 do 18 lat	14	21	64	33
- osoby w wieku 19 lat i więcej	2 702	3 210	2 768	2 663
Zobowiązani do leczenia	695	728	837	1 340

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

W każdym roku ponad 50 % osób leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu było objętych opieką czynną. Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 26: Udział leczonych, objętych opieką czynną w latach 2005 – 2008 - dotyczy leczenia ambulatoryjnego.

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Leczeni objęci opieką czynną (udział w ogółem)	51,61 %	59,61%	59,33%	53,78%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Uwagę zwraca znaczny wzrost w latach 2005 – 2008 (o 92,81 %) liczby osób zobowiązanych do leczenia. Ich udział w ogólnej liczbie osób leczonych wzrósł z 13,21 % w 2005 roku do 26,73 % w 2008 roku. W 2008 roku wzrosła (o 146) liczba osób, które zgłosiły się po raz pierwszy w życiu do leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu. Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 27: Liczba nowych osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w latach 2005 – 2008 - dotyczy leczenia ambulatoryjnego

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Zaburzenia psychiczne spowodowane alkoholem	2 085	2 337	1 800	1 946
- dzieci i młodzież w wieku od 0 do 18 lat	27	26	38	35
- osoby w wieku 19 lat i więcej	2 058	2 311	1 762	1 911
Objęci opieką czynną:	1 267	1 584	1 273	1 136
- dzieci i młodzież w wieku od 0 do 18 lat	14	10	35	15
- osoby w wieku 19 lat i więcej	1 253	1 574	1 238	1 121
Zobowiązani do leczenia	381	502	645	1 026

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Udział osób objętych opieką czynną wśród nowych osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu również przekraczał 50 % ogólnej liczby nowych osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu. Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 28: Udział nowych osób, objętych opieką czynną w latach 2005 – 2008 - dotyczy leczenia ambulatoryjnego

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Leczeni objęci opieką czynną [udział w ogóle]	60,77%	67,78%	70,72%	58,38%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

6.3 ZABURZENIA SPOWODOWANE UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

W latach 2005-2007 liczba osób leczonych w województwie lubuskim z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych zmalała o 497 osób (35,25 %). W 2008 roku liczba ta wzrosła o 31 osób. Z roku na rok maleje liczba dzieci i młodzieży leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. O ile w 2005 roku w tej grupie wiekowej były leczone 252 osoby co stanowiło 17,87 % ogółu leczonych to w 2008 roku w tej grupie wiekowej było leczonych już tylko 76 osób (8,05% ogółu leczonych). Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 29: Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w latach 2005 – 2008 - dotyczy leczenia ambulatoryjnego.

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Zaburzenia psychiczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi	1 410	1 250	913	944
- dzieci i młodzież w wieku 0 do 18 lat	252	251	173	76
- osoby w wieku 19 lat i więcej	1 158	999	740	868
Z liczby ogółem				
- zobowiązani do leczenia	20	21	25	47
Leczeni przymusowo				19

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Z roku na rok wzrasta liczba osób zobowiązanych do leczenia, choć stanowią one niewielki udział w ogólnej liczbie osób leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. O ile w 2005 roku było to 20 osób (1,42 %), to w 2008 roku już 47 osób (4,98 %). Dodatkowo w 2008 roku 19 osób było leczonych przymusowo. W całym analizowanym okresie maleje liczba nowych osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych. O ile w 2005 roku 574 osoby były leczone po raz pierwszy w życiu, to w 2008 roku już tylko 319 osób. Zmniejszył się też udział dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat wśród osób leczonych po raz pierwszy. W 2005 roku ta grupa wiekowa stanowiła 23,17 % ogółu leczonych po raz pierwszy, natomiast w 2008 roku udział ten spadł do 15,36 %. Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 30: Liczba nowych osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w latach 2005 – 2008 - dotyczy leczenia ambulatoryjnego.

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Zaburzenia psychiczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi	574	606	472	319
- dzieci i młodzież w wieku od 0 do 18 lat	133	175	113	49
- osoby w wieku 19 lat i więcej	441	431	359	270

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

7. EPIDEMIOLOGIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH

W latach 2005 – 2008 ogólna liczba zachorowań na choroby zakaźne w sposób istotny zależała od liczby zachorowań na choroby grypopodobne. Wyliczony dla lat 2005–2008 współczynnik korelacji między liczbą zachorowań ogółem, a liczbą zachorowań na choroby grypopodobne wyniósł aż 99,93 %. Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 31: Liczba zachorowań na choroby zakaźne w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008.

Jednostka chorobowa	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Zachorowania ogółem, w tym:	24 999	9 097	17 903	10 468
Zachorowania grypopodobne	17 650	1 222	10 753	3 183
Zachorowania [bez grypopodobnych]	7 349	7 875	7 150	7 285

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WSSE w Gorzowie Wielkopolskim. (www.wsse.gorzow.pl)

Liczba zachorowań w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008 na choroby zakaźne (bez grypopodobnych) po wzroście w 2006 roku o 525 przypadków (7,16 %) i spadku w 2007 roku o 725 przypadków (9,21 %), w 2008 roku nieznacznie wzrosła – o 135 przypadków (1,89 %).

W 2008 roku najwięcej zachorowań odnotowano na ospę wietrzną (3.562 przypadki), wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe ogółem (644 przypadki) oraz szkarlatynę (414 przypadków). Zachorowania na te jednostki chorobowe stanowiły w latach 2005 – 2008 średnio 96,18 % zachorowań na choroby zakaźne w województwie lubuskim (bez zachorowań grypopodobnych). Dane dotyczące liczby zachorowań w latach 2005 – 2008 (w grupie jednostek chorobowych charakteryzujących się dużą liczbą zachorowań) przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 32: Liczba zachorowań na choroby zakaźne (struktura) w województwie lubuskim, w latach 2005 – 2008.

Jednostka chorobowa	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Salmonellozy - zatrucia pokarmowe	462	337	248	190
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe ogółem	27	83	110	141
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe	96	147	64	58
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe ogółem	83	254	478	644
- w tym dzieci do lat 2	37	131	232	321
Biegunka i zakażenie żołądkowo - jelitowe u dzieci do lat 2	14	34	211	271
Szkarlatyna	227	577	546	414
Choroba z Lyme	125	119	140	209
Pokąsanie osób przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę	99	136	140	131
Ospa wietrzna	4 395	4 494	3 591	3 562
Różyczka ogółem	143	275	170	239
Nowo wykryte HCV	b.d.	242	342	145
Świnka	248	171	88	89
Świerzb	250	161	123	135
Inne zatrucia	431	339	318	322
Gruźlica wg Rejestru WSSE	186	91	100	142
Posocznice ogółem:	185	157	237	341

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WSSE w Gorzowie Wielkopolskim. (www.wsse.gorzow.pl)

Największy wzrost liczby zachorowań w analizowanym okresie, w grupie jednostek chorobowych charakteryzujących się dużą liczbą zachorowań odnotowano w jednostce: biegunka i zakażenie żołądkowo – jelitowe u dzieci do lat 2 (o 1.835,71 %).

Bardzo wysokie wzrosty zachorowań wystąpiły też w latach 2005-2008 w przypadku jednostek: wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe ogółem (o 675,90 %), w tym dzieci do lat 2 (o 767,57 %), inne bakteryjne zakażenia jelitowe ogółem (o 422,22 %), posocznice ogółem (o 84,32 %) oraz szkarlatyna (o 82,38 %).

Bardzo wysoki wzrost wirusowych i innych zakażeń jelitowych ogółem, w tym u dzieci związany jest z poprawą diagnostyki wirusologicznej w kierunku zakażeń jelitowych oraz ze znacznie lepszą zgłaszalnością zachorowań ze strony lekarzy. Natomiast wzrost zachorowań na chorobę z Lyme związany jest z realizowanym programem badań serologicznych pracowników leśnych

W województwie lubuskim jest stosunkowo wysoka liczba osób pokąsanych przez zwierzęta podejrzane o zakażenie wścieklizną, u których podjęto szczepienia przeciwko wściekliznie, (przy prowadzonych od wielu lat szczepieniach przeciwko wściekliznie dzikich zwierząt). Problem stanowi nie wywiązywanie się właścicieli zwierząt z obowiązków wynikających z posiadania zwierzęcia.

Pełne zestawienie zachorowań na choroby zakaźne w województwie lubuskim, w latach 2005 – 2008 zawiera poniższa Tabela.

Tabela nr 33: Liczba zachorowań na choroby zakaźne w województwie lubuskim, w latach 2005 – 2008.

Jednostka chorobowa	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Cholera	-	-	-	-
Dur brzuszny	-	-	-	-
Dury rzekome ABC	-	-	-	-
Salmonellozy - zatrucia pokarmowe	462	337	248	190
Salmonellozy - zatrucia pozajelitowe	6	5	6	7
Czerwonka bakteryjna		1		1
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe ogółem	27	83	110	141
- w tym dzieci do lat 2	14	19	46	38
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe	96	147	64	58
- gronkowce	-	-	-	23
- jadem kielbasianym	-	-	-	1
- Clostridium perfringens	-	-	-	-
- inne określone	3	-	-	-
- nie określone	93	147	64	34

Załącznik Nr 1 - Diagnoza Stanu Zdrowia Mieszkańców Województwa Lubuskiego

Lamblioza	28	23	16	19
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe ogółem	83	254	478	644
- w tym dzieci do lat 2	37	131	232	321
Biegunka i zakażenie żołądkowo - jelitowe u dzieci do lat 2	14	34	211	271
Kampylobakterioza	3	26	28	21
Tularemia	-	-	-	-
Wąglik	-	-	-	-
Bruceloza nowe przypadki	-	-	-	-
Różyca	2	7	-	-
Leptospiroza	-	-	-	-
Trąd	-	-	-	-
Listerioza ogółem	1	-	-	2
Tężec ogółem	-	-	-	-
Błonica	-	-	-	-
Krztusiec	16	4	9	11
Toksokaroza	4	1	3	1
Szkarlatyna	227	577	546	414
Zapalenie opon mózgowych i / lub mózgu	62	41	63	46
- meningokokowe	3	8	4	6
- wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i>	1	2		1
- wywołane przez <i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	2	5	3
- inne bakteryjne, określone i nie określone	30	14	28	23
- wirusowe, określone i nie określone	12	11	21	7
- inne i nie określone	10	4	2	6
Zapalenie mózgu przenoszone przez kleszcze	-	-	-	-
Twardziel	-	-	-	-
Gorączka powrotna	-	-	-	-
Choroba z Lyme	125	119	140	209
Jersinioza pozajelitowa	-	1	2	-

Załącznik Nr 1 - Diagnoza Stanu Zdrowia Mieszkańców Województwa Lubuskiego

Listerioza ogółem	1	-	-	2
Ostre porażenie wiotkie u dzieci [0 - 14]	-	-	-	1
Choroba Creutzfeldta - Jacoba	1	-	-	-
Wścieklizna	-	-	-	-
Pokąsanie osób przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę	99	136	140	131
Żółta gorączka	-	-	-	-
Gorączka denga - klasyczna lub krwotoczna	-	-	-	-
Ospa wietrzna	4 395	4 494	3 591	3 562
Odra	-	-	-	-
Różyczka ogółem	143	275	170	239
Wirusowe zapalenie wątroby	155	48	42	43
- typu A	-	3	-	1
- typu B	37	17	13	12
- typu C	113	27	28	29
- typu B + C	4	1	1	1
- inne i nie określone	1	-	-	-
Nowo wykryte HCV	b.d.	242	342	145
Choroby wywołane przez ludzki wirus upośl. odp. HIV	2	1	8	12
Świnka	248	171	88	89
Monoukleoza zakaźna	23	21	17	16
Grzybice skóry	17	10	5	24
Zimnica ogółem	-	-	-	-
Toksoplazmoza ogółem	8	25	18	11
Tasiemczyce:	3	5	-	2
- bąblowica	2	-	-	-
- wągrzyca	-	-	-	-
- taenia saginata	-	3	-	-
- inna i nie określona	1	2	-	2
Włośnica	1	-	-	-

Świerzb	250	161	123	135
Zachorowania grypopodobne	17 650	1 222	10 753	3 183
Zatrucia naturalne toksycznym pokarmem:	15	3	1	9
- grzybami	14	3	1	7
- jagodami i innymi częściami roślin	1	-	-	2
Inne zatrucia	431	339	318	322
- alfa i mykotoksynami w produktach spożywczych	-	-	-	-
- pestycydami	4	3	1	1
- lekami i preparatami farmakologicznymi	259	221	176	182
- alkoholem	80	48	70	46
- innymi substancjami zazwyczaj nie stosowanymi w celach leczniczych	81	69	47	80
- efekt kontaktu z jadowitymi zwierzętami	1	1	6	5
- substancjami innymi i nie określonymi	6	3	18	5
Choroby weneryczne	30	36	26	24
Gruźlica wg Rejestru WSSE	186	91	100	142
Posocznice ogółem:	185	157	237	341
- gronkowcowe	53	60	74	99
- paciorkowcowe	3	5	2	12
- ente rokokowe	2	3	2	3
- meningokokowe	1	5	6	4
- wywołane przez bakterie G [-]	36	55	86	92
- wywołane przez Streptococcus pneumoniae	2	6	4	6
- inna określona i nie określona	88	83	63	125
Ogółem	24 999	9 097	17 903	10 468

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WSSE w Gorzowie Wielkopolskim. (www.wsse.gorzow.pl)

W grupie innych zatruc dużym problemem stanowią zatrucia lekami i preparatami farmakologicznymi, szczególnie w grupie dzieci i młodzieży, która nie potrafi poradzić sobie ze stresem i innymi problemami, szczególnie rodzinnymi i próbuje zwrócić na siebie uwagę

Zachorowania na posocznice wywołane najczęściej przez pałeczki Gram (-), gronkowce czy paciorkowce dotyczą głównie osób starszych, często z chorobami przewlekłymi leczonych w warunkach szpitalnych. Zakażenia te mogą mieć charakter endo- lub egzogeny.

Dane dotyczące zapadalności na choroby zakaźne w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 34: Zapadalność na wybrane choroby zakaźne w województwie lubuskim w latach 2005-2008.

Jednostka chorobowa	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Salmonellozy – zatrucia pokarmowe	45,80	33,39	24,59	18,84
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe ogółem	2,68	8,22	10,90	13,98
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe	9,50	14,57	6,35	5,75
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe ogółem	8,22	25,17	47,36	63,85
- w tym dzieci do lat 2	194,57	665,04	802,68	1 564,86
Biegunka i zakażenie żołądkowo-jelitowe u dzieci do lat 2	73,62	172,61	730,03	1 321,11
Szkarlatyna	22,50	57,17	54,14	41,05
Choroba z Lyme	12,39	11,79	13,88	20,72
Pokąsanie osób przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę	9,81	13,48	13,88	12,99
Ospa wietrzna	435,51	445,30	356,10	353,21
Różyczka ogółem	14,17	27,25	16,86	23,90
Nowo wykryte HCV	b.d.	23,98	33,91	14,38
Świnka	24,57	16,94	8,73	8,83
Świerzb	24,77	15,95	12,20	13,39
Inne zatrucia	42,70	33,59	31,53	31,93
Gruźlica wg Rejestru WSSE	18,43	9,02	9,92	14,08
Posocznice ogółem	18,33	15,55	23,50	33,81

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WSSE w Gorzowie Wielkopolskim. (www.wsse.gorzow.pl)

Zapadalność na wybrane choroby zakaźne w województwie lubuskim, w latach 2007-2008 była w większości przypadków niższa niż średnia wyliczona dla całej Polski (w niektórych przypadkach brak danych dla Polski uniemożliwił porównanie). Wyższą, niż średnia krajowa zapadalność na choroby zakaźne odnotowano w 2008 roku w przypadku: szkarlatyny, ospy wietrznej, nowo wykrytego HCV, świnki i innych zatruc.

Od kilku lat prowadzone są obowiązkowe szczepienia p/ko śwince odrze i różyczce, ich efektem w najbliższych latach powinna być zdecydowana poprawa sytuacji epidemiologicznej w tym zakresie.

Tabela nr 35: Zachorowania na choroby weneryczne w województwie lubuskim w latach 2005 - 2008

	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Zachorowania na choroby weneryczne ogółem, w tym:	62	54	65	68
Kiła	32	31	36	44

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

8. STAN SANITARNO – TECHNICZNY ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

8.1 ZAKŁADY OPIEKI ZDROWOTNEJ TYPU ZAMKNIĘTEGO

Stan sanitarno – techniczny w większości zakładów opieki zdrowotnej typu zamkniętego województwa lubuskiego w 2008 roku oceniono jako dostateczny. Dostosowanie tych zakładów do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 z późniejszymi zmianami) następuje bardzo powoli. Zakłady opieki zdrowotnej typu zamkniętego znajdują się w większości w starych budynkach, co negatywnie wpływa zarówno na ich funkcjonalność, jak i utrudnia utrzymanie właściwego stanu sanitarno – technicznego. Ponadto część tych obiektów posiada bariery architektoniczne, które ograniczają możliwość przystosowania ich do wymagań określonych w przepisach prawnych.

W 2008 roku poprawie uległ stan higieniczno – sanitarny Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze, który w 2007 roku został oceniony jako niedostateczny. Szpital ten intensywnie realizował nałożone na niego decyzje administracyjne. Natomiast SP ZOZ w Sulechowie w większości nie spełniał wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia i został oceniony jako zakład o niedostatecznym stanie sanitarno – technicznym. Drugim obiektem ocenionym jako niedostateczny pod względem sanitarno – technicznym jest Zakład Opiekuńczo – Lecznicy dla Dzieci z niedorozwojem fizycznym i psychicznym prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Kalenicy. Zakład został zlikwidowany z dniem 01 stycznia 2009 r.).

Stan sanitarno – porządkowy skontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej typu zamkniętego nie budził większych zastrzeżeń. Czystość bieżąca oddziałów, pomieszczeń i zagospodarowanie terenu wokół zakładów zostały ocenione jako zadowalające.

8.2 ZAKŁADY OPIEKI ZDROWOTNEJ TYPU OTWARTEGO

Spośród skontrolowanych w 2008 roku obiektów służby zdrowia typu otwartego nie stwierdzono obiektów złych. Najczęściej stwierdzano następujące nieprawidłowości: niewłaściwy stan sanitarno – techniczny pomieszczeń. Na podmioty, w których stwierdzono nieprawidłowości/uchybień wydano decyzje administracyjne, które w większości zostały wykonane. Obiekty, które nie spełniają wymagań technicznych zostaną do nich dostosowane zgodnie z opracowanymi programami dostosowawczymi. Czystość bieżąca na ogół była zachowana, łącznie z terenem wokół placówek.

9. ŚRODOWISKOWE UWARUNKOWANIA ZDROWIA

9.1 WSPÓŁCZYNNIK URBANIZACJI

Strukturę ludności województwa lubuskiego w podziale na miasto i wieś w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 36: Współczynnik urbanizacji województwa lubuskiego w latach 2005-2008.

Województwo lubuskie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Ludność ogółem, w tym:	1 009 198	1 008 520	1 008 481	1 008 962
Ludność w miastach	647 054	645 551	643 941	643 056
Ludność na wsi	362 144	362 969	364 540	365 906
% ludności w miastach	64,12%	64,01%	63,85%	63,73%
Polska [% ludności w miastach]	61,39%	61,29%	61,17%	61,07%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

Większość mieszkańców województwa lubuskiego mieszka w miastach. Tym niemniej z roku na rok współczynnik urbanizacji maleje w wyniku zwiększania się liczby ludności mieszkającej na wsi, przy równoczesnym zmniejszaniu się liczby ludności mieszkającej w miastach. Pod koniec 2008 roku liczba ludności mieszkającej na wsi była o 3.762 osób wyższa w porównaniu ze stanem na dzień 31.12.2005 roku W analogicznym okresie liczba ludności w miastach zmniejszyła się o 3.998 osób.

Współczynnik urbanizacji województwa lubuskiego w latach 2005 – 2008 był wyższy od współczynnika urbanizacji wyliczonego dla obszaru całej Polski. W 2005 roku różnica wynosiła 2,73 %, a w 2008 r. 2,66 %.

9.2 POZIOM WYKSZTAŁCENIA

Do określenia poziomu wykształcenia przyjęto liczbę osób kontynuujących naukę w szkołach wyższych w przeliczeniu na 10.000 ludności. Odpowiednie dane dla województwa lubuskiego i całej Polski przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 37: Liczba studentów szkół wyższych w przeliczeniu na 10.000 ludności w latach 2005-2008

	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Województwo lubuskie	393	361	340	295
Polska	508	506	504	501

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

Liczba studentów szkół wyższych w przeliczeniu na 10.000 ludności w województwie lubuskim w 2008 roku była o 41,12 % niższa niż analogiczny wskaźnik wyliczony dla całej Polski. Ponadto, o ile liczba studentów szkół wyższych w przeliczeniu na 10.000 ludności wyliczona dla całej Polski zmniejszyła się w latach 2005 – 2008 o 1,38 %, to w województwie lubuskim spadek ten wyniósł aż 24,94 %.

9.3 POZIOM DOCHODÓW

Przeciętny dochód rozporządzalny na 1 osobę w województwie lubuskim zbliża się do przeciętnego poziomu dochodów wyliczonego dla całej Polski. O ile w 2005 roku różnica w stosunku do wskaźnika dla całej Polski wynosiła 70,20 zł (9,22 %), to w 2007 roku różnica ta wynosiła już tylko 14,57 zł (1,57 %). Odpowiednie dane dla województwa lubuskiego i całej Polski przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 38: Przeciętny dochód (rozporządzalny) na 1 osobę w latach 2005-2007 (w zł).

	2005 r.	2006 r.	2007 r.
województwo lubuskie	691,25	842,29	914,30
Polska	761,46	834,68	928,87

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

W latach 2005 – 2008 mieszkańcy województwa lubuskiego przeznaczali z własnych dochodów na wydatki na zdrowie od 34,11 zł w 2005 roku do 37,17 zł w 2007 r. na 1 osobę. Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 39: Wydatki na zdrowie w przeliczeniu na 1 osobę w latach 2005-2007 (w zł).

	2005 r.	2006 r.	2007 r.
województwo lubuskie	34,11	37,61	37,17
Polska	34,72	36,57	40,02

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

Z porównania wydatków na zdrowie z przeciętnym dochodem na 1 osobę wynika, że udział wydatków na zdrowie z roku na rok maleje, przy czym w województwie lubuskim ten spadek jest znacznie szybszy niż średnia dla całej Polski. Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 40: Udział wydatków na zdrowie w dochodzie rozporządzalnym w latach 2005-2007 (w zł).

	2005 r.	2006 r.	2007 r.
województwo lubuskie	4,93%	4,47%	4,07%
Polska	4,56%	4,38%	4,31%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

9.3 POZIOM BEZROBOCIA

W latach 2005-2008 poziom bezrobocia w województwie lubuskim, mierzony stopą bezrobocia rejestrowanego był wyższy niż poziom bezrobocia wyliczony dla całej Polski. Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 41: Poziom bezrobocia rejestrowanego w latach 2005-2008.

	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Województwo lubuskie	23,00	19,00	14,00	12,40
Polska	17,60	14,80	11,20	9,50

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

W 2005 roku stopa bezrobocia rejestrowanego w województwie lubuskim była wyższa od analogicznej stopy bezrobocia wyliczonej dla całej Polski o 5,4 %. W 2008 roku różnica ta wynosiła już tylko 2,9 %.

10. TURYSTYKA I REKREACJA

Województwo lubuskie dysponuje bogatą ofertą atrakcji turystycznych, przede wszystkim dzięki swoim walorom naturalnym. Jest jednym z pięciu regionów o najniższym zanieczyszczeniu środowiska.

Atrakcyjność przyrodnicza województwa lubuskiego:

- lasy i grunty leśne zajmują prawie połowę obszaru województwa lubuskiego, co sprzyja rozwojowi coraz popularniejszych w Europie form turystyki indywidualnej i grupowej: turystyki krajoznawczej, przyrodniczej, aktywnej, kwalifikowanej oraz agroturystyki,
- na terenie województwa lubuskiego znajduje się: 52 rezerваты przyrody, 8 parków krajobrazowych i 2 parki narodowe,
- obszary chronione zwiększają atrakcyjność regionu,
- dostępność oraz udostępnienia turystyczne na terenach leśnych, w tym także chronionych, są zadowalające (ścieżki, trasy, szlaki, muzea, informacje),
- przyrodniczym wyróżnikiem i atrakcją województwa jest bogactwo oraz unikalność awifauny.

Lasy i grunty leśne zajmują prawie połowę obszaru województwa lubuskiego, łącznie ponad 702,4 tys. ha. Wyróżnia się 4 główne skupiska leśne – Puszcze Notecką, Puszcze Gorzowską, Puszcze Drawską i Lubuską, oraz bory: Zielonogórskie, Skwierzyńsko-Sulęcińskie i Dolnośląskie. Bogactwo obszarów leśnych daje szerokie możliwości tworzenia ofert dla wyselekcjonowanych grup odbiorców – miłośników przyrody (turystyka specjalistyczna), entuzjastów aktywnego, a jednocześnie ekologicznego wypoczynku, młodzieży szkolnej (turystyka edukacyjna), a także osób poszukujących odpoczynku na łonie nieskażonej natury (agroturystyka). Województwo lubuskie, to również idealne miejsce do uprawiania turystyki rowerowej. Obszar województwa lubuskiego zasługuje na wyjątkową uwagę z powodu występującej tu awifauny. Wiele gatunków ptaków występujących na dwóch ściśle chronionych obszarach (Drawieński Park Narodowy i Ujście Warty) oraz wiele miejsc żerowania i gniazdowania skupionych wokół jezior i terenów łąkowych (podmokłych) przyciągają coraz liczniejsze grupy miłośników i obserwatorów ptactwa oraz turystów (także zagranicznych). Na uwagę pod względem ochrony przyrody zasługuje Międzyrzecki Rejon Umocniony (MRU). W północnej części umocnień powstał rezerwat nietoperzy Nietoperek. Zimuje tu aż 12 gatunków tych ssaków. Jest to jedno z największych w Europie legowisk nietoperzy odwiedzane przez licznych przyrodników, pasjonatów nietoperzy z Polski i Europy. Obecnie ochroną objęto również część południową MRU - Pętlę Boryszyńską. Duży wpływ na poziom atrakcyjności turystycznej mają wody powierzchniowe – ich ilość i jakość, ale także stan zagospodarowania. Województwo lubuskie charakteryzuje się dużą liczbą rzek i zbiorników wodnych.

Dla ochrony tego obszaru, którego blisko połowę stanowią kompleksy leśne – co daje regionowi pierwsze miejsce w kraju - utworzone zostały liczne rezerваты, parki krajobrazowe i zespoły przyrodniczo-krajobrazowe, obejmujące 30% powierzchni województwa. Należą do nich m.in.: fragment Drawieńskiego Parku Narodowego, Park Narodowy „Ujście Warty”, osiem parków krajobrazowych, 55 rezerwatów i prawie 2000 pomników przyrody. Na obszarze Nadleśnictwa Lubsko utworzono - jeden z kilku w Polsce - Leśny Kompleks Promocyjny – obszar, gdzie następuje trwałe zachowanie lub odtwarzanie naturalnych walorów lasów.

Uchwałą nr XXXV/341/2009 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 11 maja 2009 roku został przyjęty Program Rozwoju Bazy Sportowej Województwa Lubuskiego na lata 2009-2011. Wśród nowozaplanowanych inwestycji znalazły się m.in.

- Sala widowiskowo-sportowa z zapleczem przy GP w Nowogrodzie Bobrzańskim (wartość: 6 902 tys. zł)
- Hala sportowa przy ZSz we Wschowie (wartość: 3 672 tys. zł)
- Stadion miejski w Kostrzynie nad Odrą – II etap – korty tenisowe (wartość 600 tys. zł)
- Sala gimnastyczna z zapleczem przy PSzP w Górkach Noteckich (wartość 5 500 tys. zł)
- Hala sportowa z zapleczem przy ZSz w Świdnicy (wartość: 6 496 tys. zł)
- Kompleks boisk piłkarskich – II etap-zaplecze (wartość: 470 tys. zł)

Na terenie województwa lubuskiego działają liczne kluby sportowe. Dane statystyczne na ich temat zawiera poniższa Tabela.

Tabela nr 42: Kluby sportowe łącznie z klubami wyznaniowymi i UKS na terenie woj. lubuskiego w latach 2002-2008

	2002 rok	2004 rok	2006 rok	2008 rok
Kluby	320	338	373	409
członkowie	25 306	24 623	24 750	26 304
ćwiczący ogółem	22 312	23 240	23 169	24 313
ćwiczący mężczyźni	17 073	17 711	17 809	18 915
ćwiczący kobiety	5 239	5 529	5 360	5 398
ćwiczący do lat 18 ogółem	17 587	17 730	16 659	16 933
sekcje sportowe	640	672	726	714
trenerzy	301	313	280	344
instruktorzy sportowi	539	595	616	658
Inne osoby prowadzące zajęcia sportowe	305	346	366	363

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

Liczba klubów sportowych sukcesywnie wzrasta. W 2008 roku była ona większa o 89 w stosunku do roku 2002. Wzrasta również liczna członków klubów (wzrost o 998 w stosunku do roku 2002), ćwiczących ogółem (wzrost o 2001). Zaskakująca jest jednak spadająca liczba ćwiczących do lat 18 ogółem. W roku 2008 było ich mniej o 654 w stosunku do roku 2002. Wykazuje to negatywną tendencję wśród dzieci i młodzieży.

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013

Część II: Diagnoza do Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013

Załącznik 2: Zasoby Ochrony Zdrowia



Zielona Góra - Styczeń 2010 roku

Zapraszamy na www.nizielskiborys.pl

SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI.....	2
1. ZATRUDNIENIE PERSONELU LEKARSKIEGO I PIEŁĘGNIARSKIEGO	3
1.1 KADRA MEDYCZNA.....	3
2. LECZNICTWO STACJONARNE	12
3. LECZNICTWO AMBULATORYJNE	22
4. WYPOSAŻENIE PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA	23

1. ZATRUDNIENIE PERSONELU LEKARSKIEGO I PIEŁĘGNIARSKIEGO

Przedstawione poniżej informacje na temat personelu medycznego dotyczą wszystkich publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich, pielęgniarskich i położniczych (bez aptek ogólnodostępnych i resortowej służby zdrowia). Dane przedstawiają zatrudnienie w osobach, według podstawowego miejsca pracy.

1.1 KADRA MEDYCZNA

Liczba personelu medycznego, zatrudnionego w województwie lubuskim, a w szczególności lekarzy, jest niższa niż średnia krajowa. W 2007 roku w województwie lubuskim przypadało o prawie 4 lekarzy mniej na 10.000 ludności niż średnio w kraju. Mniej było także farmaceutów, analityków medycznych, pielęgniarek i rehabilitantów. Więcej, niż średnio w kraju pracowało natomiast w województwie lubuskim lekarzy dentyści oraz położnych. Dane dotyczące liczby poszczególnych grup personelu medycznego w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 1: Kadra medyczna zatrudniona w placówkach służby zdrowia w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008.

	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Lekarze				
Województwo lubuskie	17,5	17,2	16,7	17,2
Polska	19,9	20,3	20,5	
Lekarze dentyści				
Województwo lubuskie	4,2	4,1	4,1	4,2
Polska	3,1	3,2	3,4	
Farmaceuci				
Województwo lubuskie	0,4	0,4	0,3	0,3
Polska	0,5	0,4	0,4	
Analitycy medyczni				
Województwo lubuskie	0,7	0,6	0,6	0,6
Polska	0,7	0,8	0,9	
Pielęgniarki				
Województwo lubuskie	46,3	46,0	44,5	44,4
Polska	46,9	47,0	47,9	
Położne				
Województwo lubuskie	6,0	6,2	5,8	5,9
Polska	5,5	5,5	5,6	
Rehabilitanci [z tytułem mgr]				
Województwo lubuskie	0,7	0,7	0,6	0,6
Polska	0,8	0,8	0,8	
Ratownicy medyczni				
Województwo lubuskie		1,1	1,4	2,0
Polska		1,4	1,8	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl).

Według ECHI (European Community Health Indicators)¹, w 2005 roku zatrudnienie lekarzy na 10.000 mieszkańców wynosiło w Unii Europejskiej 30,35 (średnia dla 27 krajów – w tym również Polski), a w roku 2006 – 31,71. W 2005 roku zatrudnienie pielęgniarek na 10.000 mieszkańców wynosiło w Unii Europejskiej 69,99 (średnia dla 27 krajów – w tym również Polski).

Po spadku (o 254 osoby) w latach 2005 – 2007 liczby personelu medycznego zatrudnionego w placówkach służby zdrowia w województwie lubuskim, w 2008 roku nastąpił wzrost liczby personelu medycznego aż o 141 osób. Szczególnie istotny dla systemu ochrony zdrowia jest wzrost liczby lekarzy w 2008 roku o 51 osób, po spadku w latach 2005 – 2007 o 78 osób.

Dane dotyczące zmian w kadrze medycznej zatrudnionej w placówkach służby zdrowia w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

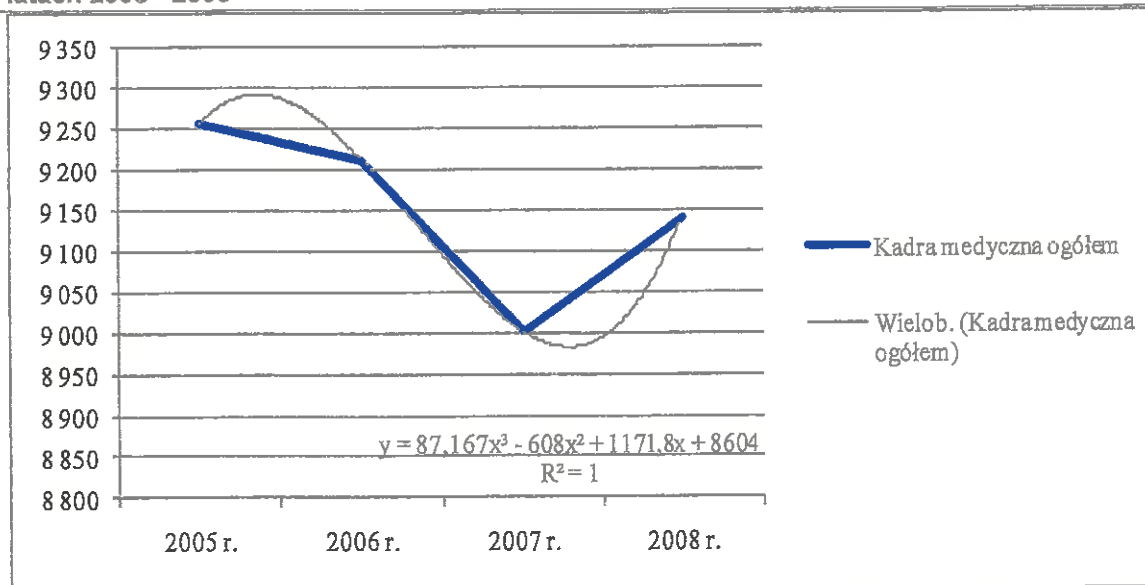
Tabela nr 2: Kadra medyczna zatrudniona w placówkach służby zdrowia w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008

	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Kadra medyczna ogółem, w tym:	9 255	9 213	9 001	9 142
Lekarze	1 763	1 731	1 685	1 736
Lekarze dentyści	419	418	413	423
Pielęgniarki	4 674	4 643	4 486	4 481
Położne	605	626	584	595
Pozostała kadra medyczna	1 794	1 795	1 833	1 907

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Zmiany w zatrudnieniu w poszczególnych grupach kadry medycznej, w formie graficznej przedstawiają poniższe wykresy.

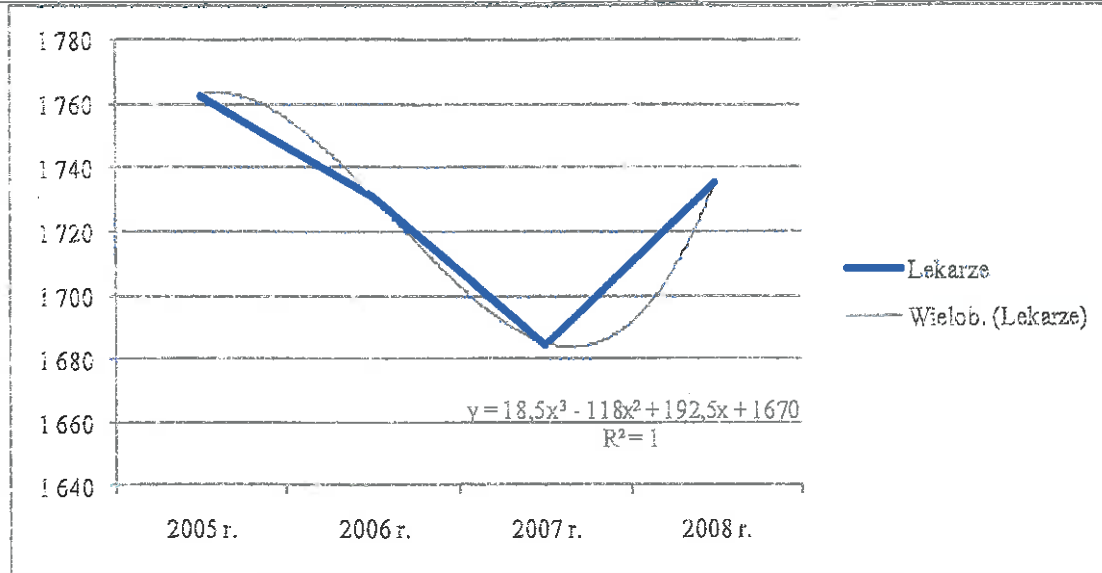
Wykres nr 1: Zmiany w zatrudnieniu kadry medycznej ogółem w województwie lubuskim w latach 2005 - 2008



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wlkp. (www.lczp-gorzow.home.pl)

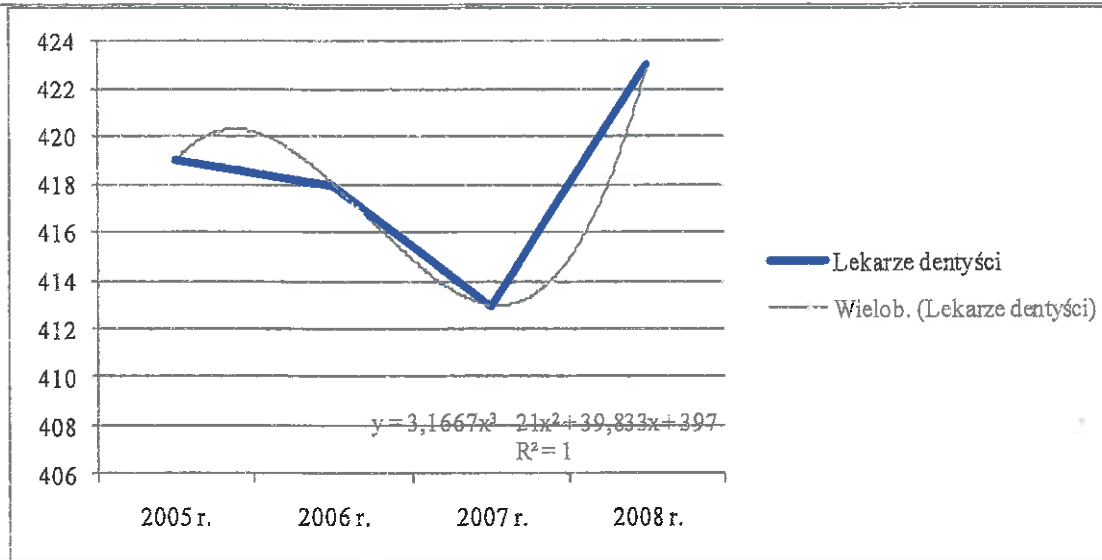
¹ Źródło: <http://europa.eu/pol/health/index-pl.htm>.

Wykres nr 2: Zmiany w zatrudnieniu lekarzy w województwie lubuskim w latach 2005 - 2008



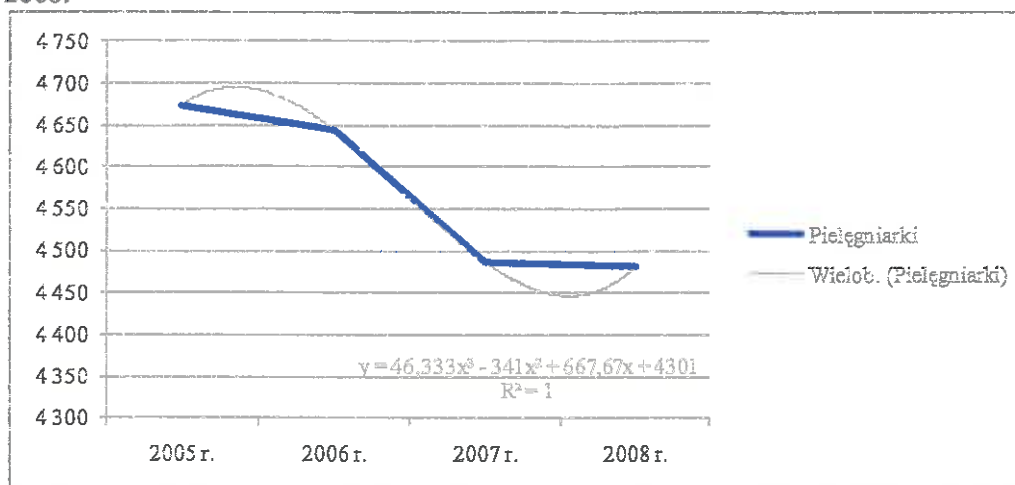
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Wykres nr 3: Zmiany w zatrudnieniu lekarzy dentyści w województwie lubuskim w latach 2005 - 2008



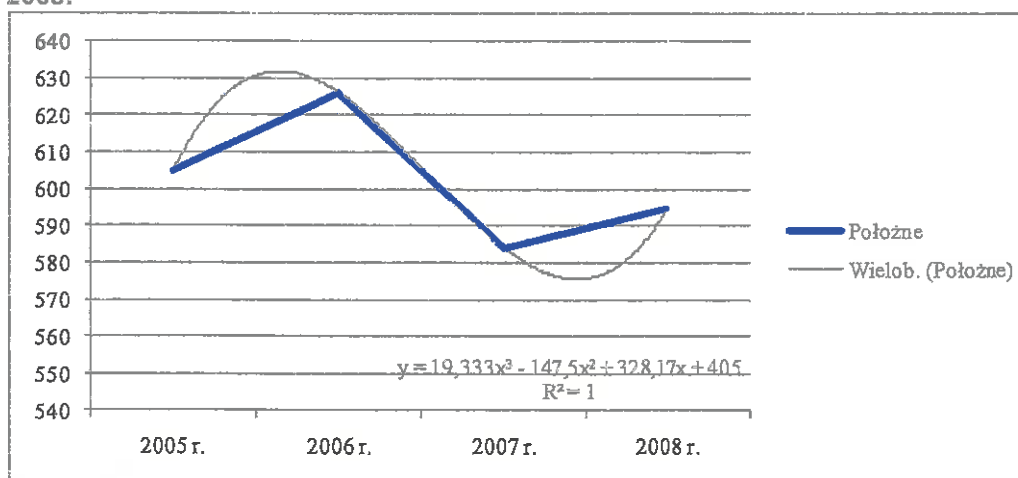
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Wykres nr 4: Zmiany w zatrudnieniu pielęgniarek w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Wykres nr 5: Zmiany w zatrudnieniu położnych w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wlkp. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Szczegółowe dane dotyczące zatrudnienia kadry medycznej w województwie lubuskim, w latach 2005 – 2008 zawiera poniższa Tabela.

Tabela nr 3: Kadra medyczna zatrudniona w placówkach służby zdrowia w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008 (wg podstawowego miejsca pracy, bez resortowej służby zdrowia i aptek ogólnodostępnych).

	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Kadra medyczna ogółem	9 255	9 213	9 001	9 142
Lekarze	1 763	1 731	1 685	1 736
Lekarze dentyści	419	418	413	423
Farmaceuci	38	36	32	30
Analitycy medyczni	67	61	61	59
Pracownicy zatrudnieni w pracowniach diagnostycznych	97	103	120	130
Rehabilitanci z wyższym wykształceniem, w tym:			86	78
- mgr rehabilitacji	71	66	60	63
Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem, w tym:			70	70
- mgr fizjoterapii	24	54	51	46
Technolodzy żywności i żywienia [dietetycy]	48	58	54	55
Psycholodzy	48	44	51	57
Logopedzi	11	14	14	17
Personel techniczny obsługujący aparaturę medyczną	32	22	19	15
Pielęgniarki ogółem, w tym:	4 674	4 643	4 486	4 481
- z wyższym wykształceniem	121	230	349	414
- ze średnim wykształceniem, w tym:	4 553	4 413	4 137	4 067
- o niepełnych kwalifikacjach	4	2	4	7
Położne ogółem, w tym:	605	626	584	595
- z wyższym wykształceniem		43	48	73
- ze średnim wykształceniem	605	583	536	522
Felczerzy	15	13	7	5
Technicy dentystyczni	10	22	17	10
Technicy farmaceutyczni	48	48	46	35
Technicy elektroniki medycznej	1	2	2	2
Technicy [laboranci] analityki medycznej	365	346	323	316
Technicy [laboranci] elektrokardiologii	225	223	216	227
Technicy fizjoterapii	255	248	237	236
Technicy biomechaniki				
Technicy masażyści, w tym	29	29	33	36
- niewidomi	13	12	13	14
Instruktorzy higieny	28	22	29	27
Instruktorzy terapii zajęciowej	61	45	49	54
Dietetycy [tylko z wykształceniem średnim]	24	21	21	16
Higienistki szkolne	22	19	21	21
Higienistki stomatologiczne	40	45	40	54
Asystentki stomatologiczne	91	81	100	112
Ortoptyści	6	6	5	5
Technicy ortopedzi	1			
Opiekunki dziecięce	53	56	39	39
Ratownicy medyczni	84	111	141	201

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wlkp. (www.lczp-gorzow.home.pl)

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 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. z 2005 r., Nr 213, poz. 1779 wraz z późn. zm.). Każdy lekarz specjalista uwzględniony został tylko w jednej specjalności. Osoby posiadające więcej niż jedną specjalizację wykazane zostały w specjalizacji wyższego stopnia, a w przypadku osób posiadających więcej niż jedną specjalizację tego samego stopnia, wykazano te osoby w specjalności odpowiadającej podstawowemu miejscu pracy.

W latach 2005 – 2008 wśród specjalistów zatrudnionych w placówkach służby zdrowia w województwie lubuskim można zauważyć podobną tendencję jak wśród całej kadry medycznej. Po spadku liczby specjalistów w latach 2005 – 2007 (o 147 osoby), w 2008 roku liczba specjalistów zatrudnionych w placówkach służby zdrowia w województwie lubuskim wzrosła o 72 osoby.

Dane dotyczące zatrudnienia specjalistów w placówkach służby zdrowia w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

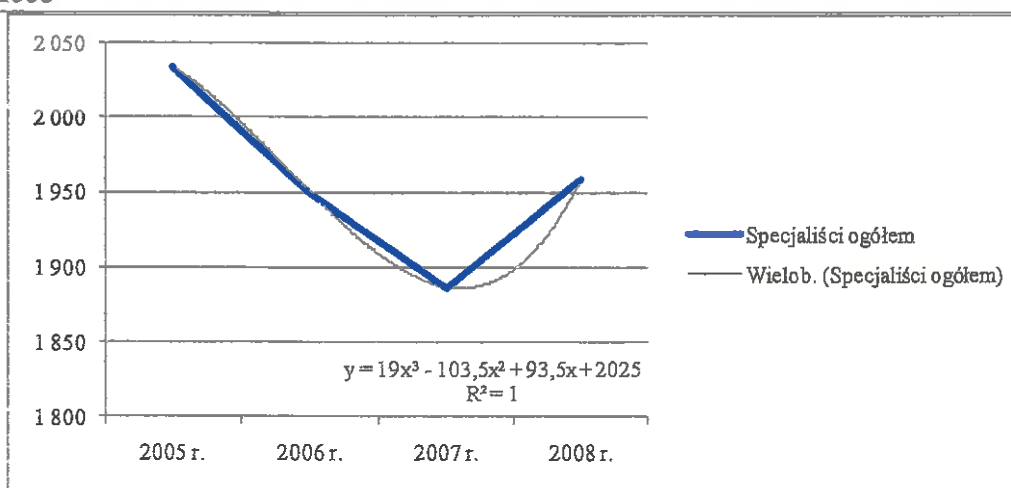
Tabela nr 4: Specjaliści zatrudnieni w placówkach służby zdrowia w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008².

	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Specjaliści ogółem	2 034	1 950	1 887	1 959
Lekarze - specjaliści	1530	1498	1435	1505
Lekarze dentyści	262	243	245	239
Mgr pielęgniarstwa	28	27	31	37
Farmaceuci, z tego w zakresie:	29	26	24	21
Diagności laboratoryjni, z tego w zakresie:	47	39	50	57
Inni specjaliści medyczni, z tego w zakresie:	138	117	102	100

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Zmiany w zatrudnieniu specjalistów ogółem i lekarzy specjalistów, w formie graficznej przedstawiają poniższe wykresy.

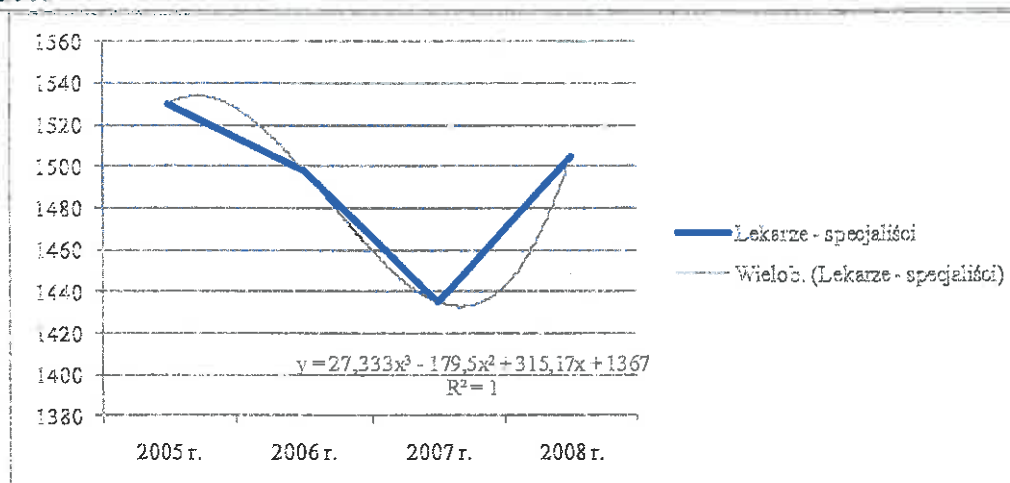
Wykres nr 6 : Zmiany w zatrudnieniu specjalistów ogółem w województwie lubuskim w latach 2005 - 2008



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

² W 2008 r. dane obejmują również filie zakładów opieki zdrowotnej wpisane do RZOZ innych wojewodów (nastąpiła zmiana systemu zbierania danych z uwagi na nowe narzędzie informatyczne).

Wykres nr 7: Zmiany w zatrudnieniu lekarzy specjalistów w województwie lubuskim w latach 2005 - 2008



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Szczegółowe dane dotyczące zatrudnienia specjalistów w województwie lubuskim, w latach 2005 – 2008 zawiera poniższa Tabela.

Tabela nr 5: Specjaliści zatrudnieni w placówkach służby zdrowia w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008 (wg podstawowego miejsca pracy, bez resortowej służby zdrowia i aptek ogólnodostępnych)

	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Specjaliści ogółem	2 034	1 950	1 887	1 959
Lekarze, z tego w zakresie	1 530	1 498	1 435	1 505
- alergologii	11	14	13	15
- anestezyjologii i intensywnej terapii	97	87	82	87
- audiologii	3	3	3	3
- balneoklimatologii i medycyny fizykalnej	1	1	2	2
- chemioterapii nowotworów	1	2	2	1
- chirurgii ogólnej	98	97	86	91
- chirurgii dziecięcej	15	10	17	14
- chirurgii klatki piersiowej	2	2	2	2
- chirurgii naczyniowej		1	1	2
- chirurgii onkologicznej	10	9	9	9
- chirurgii plastycznej	6	5	6	5
- chirurgii szczękowej			1	1
- chorób płuc	29	30	28	25
- chorób wewnętrznych	151	134	142	165
- chorób zakaźnych	12	14	14	14
- dermatologii i wenerologii	38	37	35	35
- diabetologii	4	5	5	6
- diagnostyki laboratoryjnej			1	
- epidemiologii	3	3	3	3
- endokrynologii	7	7	5	7
- foniatrii	2	2	2	2
- gastroenterologii	5	6	5	5
- hematologii	3	3	3	3
- higieny i epidemiologii	2	2	4	4
- hipertensjologii				1
- higieny pracy			1	

- kardiologii	25	29	25	30
- kardiologii dziecięcej	1			1
- kardiologii				2
- medycyny kolejowej				1
- medycyny nuklearnej	3	2	2	3
- medycyny ogólnej	16	19	16	14
- medycyny rodzinnej	212	225	234	230
- medycyny paliatywnej	1	1	1	1
- medycyny pracy	36	32	28	23
- medycyny przemysłowej	9	9	10	13
- medycyny ratunkowej	2	5	3	5
- medycyny sądowej	2	1	1	1
- medycyny społecznej			1	1
- medycyny szkolnej		1		
- nefrologii	7	6	6	9
- neonatologii	24	26	26	24
- neurochirurgii i neurotraumatologii	10	9	7	13
- neurologii	47	47	40	44
- neurologii dziecięcej	7	8	4	8
- okulistyki	70	63	61	61
- onkologii	1		1	5
- organizacji ochrony zdrowia	2	3	1	1
- ortopedii i traumatologii	35	36	26	38
- otolaryngologii	41	43	38	36
- otolaryngologii dziecięcej		2	1	1
- otorynolaryngologii	2	2	3	5
- patomorfologii	9	9	10	8
- pediatrii	160	146	136	136
- położnictwa i ginekologii	135	141	133	139
- psychiatrii	63	55	47	47
- psychiatrii dzieci i młodzieży	3	4	2	2
- radiodiagnostyki	43	41	39	40
- radioterapii onkologicznej	4	6	6	4
- rehabilitacji medycznej	19	19	19	15
- reumatologii	16	11	12	16
- seksuologii	1	1	1	1
- transfuzjologii	5	5	4	5
- urologii	15	16	16	18
- urologii dziecięcej				1
- zdrowia publicznego	1	1	1	1
- innych specjalności, nie wymienionych wyżej	3		2	
Lekarze dentyści, z tego w zakresie:	262	243	245	239
- chirurgii stomatologicznej	27	25	26	26
- chirurgii szczękowej	3	3	3	3
- organizacji ochrony zdrowia	1			
- ortodontji	17	16	16	17
- paradontologii	2	2	2	5
- protetyki stomatologicznej	12	13	11	13
- stomatologii ogólnej	177	162	160	152
- stomatologii dziecięcej	8	9	9	6
- stomatologii zachowawczej	14	11	16	16
- lekarze stomatolodzy o innych specjalnościach	1	2	2	1
Mgr pielęgniarstwa, z tego w zakresie:	28	27	31	37

- medycyny społecznej	10	9	5	5
- organizacji ochrony zdrowia	3	4	5	5
- pielęgniarstwa rodzinnego	3	1	3	1
- pielęgniarstwa psychiatrycznego			1	
- pielęgniarstwa operacyjnego		1		
- pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania				1
- pielęgniarstwa anestezjologii i intensywnej terapii				2
- pielęgniarstwa w dziedzinie promocji zdr. i eduk. zdr.		1		
- mgr pielęgniarstwa o innej specjalności	12	11	17	23
Farmaceuci, z tego w zakresie:	29	26	24	21
- analityki farmaceutycznej	2	2	2	2
- analityki klinicznej	7	9	5	5
- farmacji aptecznej			12	13
- farmacji klinicznej				1
- farmacji społecznej	2	1		
- medycyny społecznej	1			
- mikrobiologii	1	1	2	
- inni specjaliści farmaceuci	16	13	3	
Diagności laboratoryjni, z tego w zakresie:	47	39	50	57
- analityki klinicznej	38	26	30	35
- diagnostyki medycznej		9	16	13
- diagnostyki laboratoryjnej	9			
- higieny i epidemiologii		3		
- transfuzjologii medycznej			1	7
- inni specjaliści analityki medycznej		1	3	2
Inni specjaliści medyczni, z tego w zakresie:	138	117	102	100
- diagnostyki laboratoryjnej	1	1	2	1
- higieny i epidemiologii	8	9	14	14
- mikrobiologii	9	8	5	6
- rehabilitacji ruchowej	40	38	39	35
- psychologii klinicznej	21	17	21	18
- psychologii ogólnej	11	9	8	11
- inni psychologowie	1	1	1	1
- fizjoterapii	4	5	3	4
- neurologopedii		1	2	2
- inni	43	28	7	8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

2. LECZNICTWO STACJONARNE

Według stanu na dzień 31.12.2008 roku w województwie lubuskim funkcjonowało 30 zakładów opieki stacjonarnej (bez resortowej służby zdrowia), 19 publicznych i 11 niepublicznych, w tym:

5 szpitali II poziomu referencyjnego:

- Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim,
- Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze,
- Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno - Kardiologiczny Samodzielny - Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Torzymiu,
- Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno - Ortopedyczny SP ZOZ w Świebodzinie,
- Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli.

13 szpitali I poziomu referencyjnego :

- SP ZOZ w Drezdenku,
- SP ZOZ Szpital Powiatu Krośnieńskiego (szpital w Gubinie i Krośnie Odrzańskim),
- SP ZOZ w Międzyrzeczu,
- SP ZOZ w Słubicach,
- SP ZOZ w Sulechowie,
- SP ZOZ w Sulęciniu,
- Miejski SP ZOZ w Szprotawie,
- NZOZ Nowy Szpital w Świebodzinie,
- SP ZOZ w Żaganiu,
- NZOZ Nowy Szpital w Kostrzynie
- NZOZ Szpital na Wyspie w Żarach,
- NZOZ Szpital im. dr n. med. Radzimira Śmigielskiego w Skwierzynie,
- NZOZ „Nowy Szpital we Wschowie”.

5 szpitali i ośrodków psychiatrycznych:

- Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu,
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SP ZOZ w Ciborzu,
- Ośrodek dla Osób Uzależnionych w Nowym Dworcu,
- SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze,
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Katolicki Ośrodek Rehabilitacyjno – Readaptacyjny dla Młodzieży „Anastasis” w Goraju.

7 innych szpitali i ośrodków leczenia stacjonarnego:

- Szpital Rehabilitacyjno – Lecznicy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie,
- NZOZ „Video-Med” w Żarach,
- NZOZ Chirurgia Plastyczna w Słubicach,
- Zakład Opiekuńczo – Lecznicy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Klenicy,
- Hospicjum Św. Kamila w Gorzowie Wielkopolskim.,
- Publiczny ZOZ Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw w Zielonej Górze,
- NZOZ „MEDINET” Dolnośląskie Centrum Chorób Serca Filia w Nowej Soli.

Warunki przyznania poziomu referencyjnego zostały określone w uchylonym już Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 roku w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz.U. z 1998 r., Nr 164, poz. 1193). W Rozporządzeniu wyróżniono 3 poziomy referencyjne szpitali:

- I poziom referencyjny (zgodnie z § 2.1. Rozporządzenia) – obejmuje szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: chorób

wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, a także z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

- II poziom referencyjny (zgodnie z § 3.1. Rozporządzenia) – obejmuje szpitale wojewódzkie, udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, a także z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz co najmniej w czterech z następujących specjalności: kardiologii, neurologii, dermatologii, patologii ciąży i noworodka, okulistyki, laryngologii, chirurgii urazowej, urologii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej i chirurgii onkologicznej.
- III poziom referencyjny (zgodnie z § 4.1. Rozporządzenia) – obejmuje szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz jednostki badawczo - rozwojowe podległe Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej.

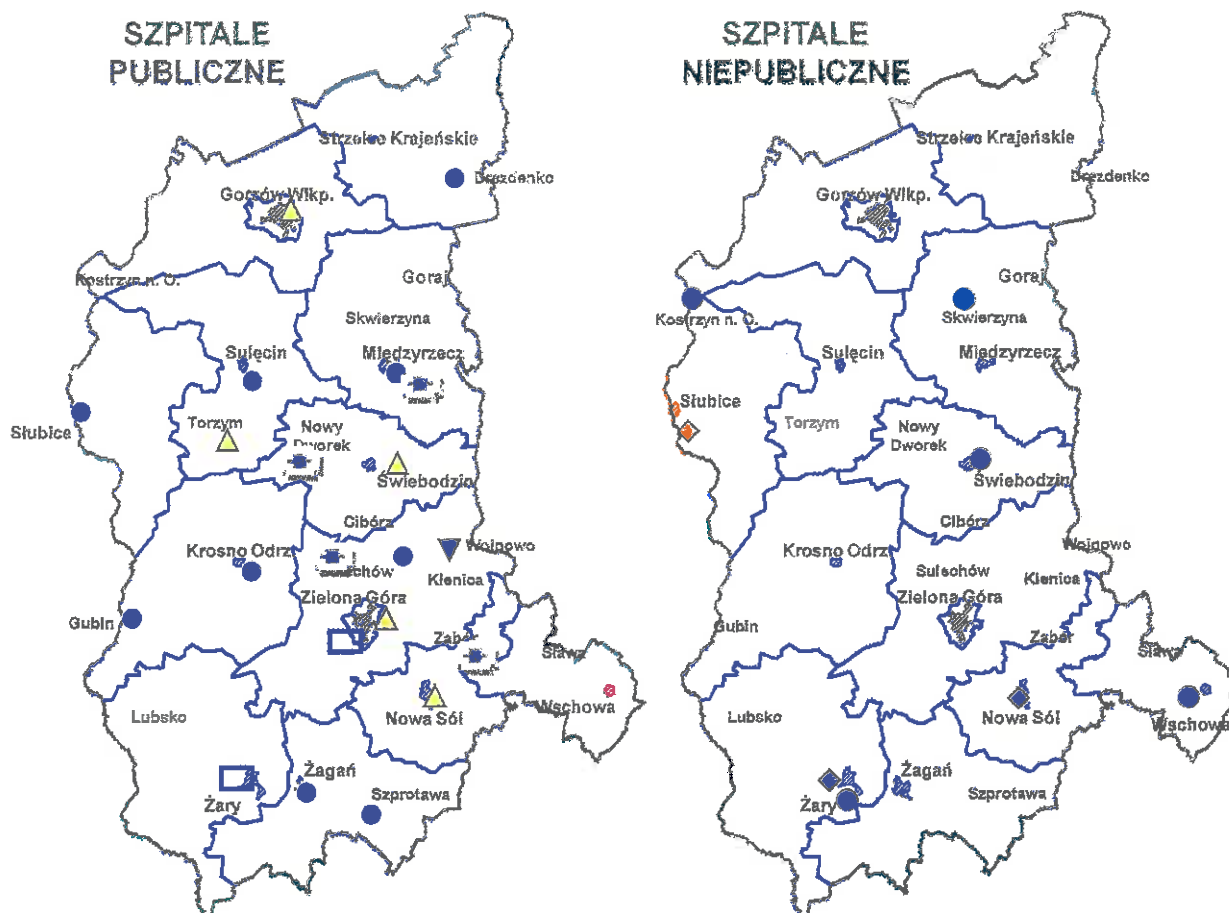
Według Rejestru ZOZ Wojewody Lubuskiego (stan na 8.10.2009 roku) na terenie województwa funkcjonuje 486 zakładów opieki zdrowotnej, w tym:

- 38 publicznych (w tym 18 szpitali i ośrodków),
- 448 niepublicznych (w tym 12 stacjonarnych obejmujące szpitale, ZOL, ZPO i hospicjum).

Organem założycielskim dla 33 zakładów opieki stacjonarnej są:

- Samorząd województwa - dla 8 SP ZOZ-ów
- Samorządy powiatowe - dla 9 SP ZOZ-ów
- Samorząd gminny (w tym 1 gmina miejska na prawach powiatu) - dla 2 SP ZOZ-ów (w tym hospicjum)
- Inne instytucje lub osoby - dla 12 N ZOZ-ów (niepublicznych)
- MSWiA, MON - dla 2 N ZOZ-ów

Mapa nr 1: Publiczne i niepubliczne szpitale województwa lubuskiego (stan na 31.12.2008 r.)

**Szpitaly publiczne**

●	I poziom referencji (1.037 łózek)	- 8
▲	II poziom referencji (2.415 łózek)	- 5
▼	ogólne inne (50 łózek)	- 1
□	Resortowe	- 2

Szpitaly niepubliczne

●	I poziom referencji (571 łózek)	- 5
◆	inne ośrodki szpitalne (42 łóżka)	- 3
🏠	Szpitaly psychiatryczne	- 4

Na koniec 2008 roku w oddziałach szpitali wpisanych do Rejestru ZOZ Wojewody Lubuskiego (łącznie z filiami) było 6.225 łóżek rzeczywistych (bez resortowej służby zdrowia, oddziałów dziennych i miejsc dla noworodków), co przekładało się na wskaźnik 61,7 łóżek 10.000 ludności. Dla porównania w 2005 roku analogiczny wskaźnik dla Unii Europejskiej (27 krajów) wynosił 59,04 łóżek na 10.000 ludności.³

Dane dotyczące liczby łóżek rzeczywistych na poszczególnych oddziałach w latach 2005 – 2008 w województwie lubuskim zostały przedstawione w poniższej Tabeli.

Tabela nr 6: Liczba łóżek rzeczywistych wg stanu na dzień 31.XII. (bez resortowej służby zdrowia, oddziałów dziennych i miejsc dla noworodków).

Oddziały	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Hostel dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	25	37	37	37
Szpitalne oddziały ratunkowe	11	3	8	8
Chorób wewnętrznych	716	699	713	687
Geriatryczny			25	25
Hematologiczny	26	26	26	26
Kardiologiczny	128	128	128	124
Nefrologiczny	26	26	21	22
Dermatologiczny	25	25	25	25
Neurologiczny	222	222	197	195
Neurologiczny dla dzieci	30	30		
Onkologiczny	34	34	57	81
Chemioterapii	15	15	37	50
Onkologii ginekologicznej	24	24	24	24
Anestezjologii i intensywnej terapii	89	89	79	78
Gruźlicy i chorób płuc	35	35	35	48
Pulmonologii	231	231	154	96
Reumatologiczny	16	16	16	16
Rehabilitacyjny	224	223	246	257
Rehabilitacyjny dla dzieci	50	50	50	50
Rehabilitacji narządów ruchu	55	55	55	55
Rehabilitacji neurologicznej	22	22	22	22
Rehabilitacji kardiologicznej	45	45	45	45
Chorób zakaźnych	34	34	34	37
Obserwacyjno - zakaźny	20	20	20	20
Pediatryczny	332	294	282	260
Położniczo - ginekologiczny	594	581	562	554
Chirurgiczny ogólny	593	557	566	560
Chirurgiczny dla dzieci	62	62	62	62
Chirurgii klatki piersiowej	24	24	24	24
Chirurgii plastycznej	19	19	19	19
Neurochirurgiczny	47	61	61	61
Chirurgii urazowo - ortopedycznej	193	193	225	225
Okulistyczny	84	84	82	60
Laryngologiczny	80	80	80	63
Urologiczny	82	82	72	72
Psychiatryczny ogólny	364	370	331	313
Psychiatryczny dla dzieci	40	40	40	40
Rehabilitacji psychiatrycznej	20	20	20	20
Psychiatryczny dla młodzieży	45	45	45	45
Leczenia zaburzeń nerwicowych	30	30	30	30

³ Źródło: <http://europa.eu/pol/health/index-pl.htm>.

Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży		20	20	20
Psychiatryczny dla chorych somatycznie	53	45	18	
Psychogeriatryczny	30	30	40	58
Psychiatryczny dla chorych na gruźlicę	20			
Psychiatrii sądowej o wzmożonym zabezp. dla m i k.	52	52	56	85
Psychiatrii sądowej o wzmożonym zabezp. dla młodz.			20	25
Detoksykacji [alkoholowy]	71	71	71	76
Terapii uzależnienia od alkoholu	87	87	87	87
Terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	277	45	45	60
Detoksykacji od substancji psychoaktywnych	20	20	20	10
Rehabilitacji dla uzależnionych od subst. psychoakt.		200	207	190
Rehabil. dla dzieci i młodz. uzależn. od subst. psychoakt.	30	30	30	30
Rehabil. dla uzależn. od subst. psychoakt. z zaburz. psych.		12	8	25
Zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze	35	42	35	35
Zakłady opiekuńczo - leczn. [w tym poudarowy rehab.]	334	346	350	320
Zakład opiekuńczo - leczniczy dla dzieci	33	33	33	33
Zakłady opiekuńczo - lecznicze psychiatryczne	815	761	730	667
Hospicja stacjonarne	35	33	32	35
Pododdział obserwacyjny wzmożonej opieki	15			
Razem	6 619	6 458	6 357	6 192
Oddziały filii szpitali zlok. za terenie innych województw				
Rehabilitacji narządów ruchu	127	127	127	
Kardiologiczne		33	33	33
Razem	127	160	160	33
Ogółem	6 746	6 618	6 517	6 225

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Średnie procentowe wykorzystanie łóżek szpitalnych w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008 było zbliżone do 80 % (wskaźnik przyjęty jako pożądany w opracowaniu pt. *Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności*).⁴

Dane dotyczące wykorzystania łóżek szpitalnych w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 7: Średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych w województwie lubuskim w latach 2005 – 2008.

Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych	76,8%	77,3%	75,0%	78,8%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Przyjmując za optymalny wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych na poziomie 85 %, w 2008 roku tylko w 14 typach oddziałów szpitalnych (na 55), tj. w 25,45 % wskaźnik wykorzystania łóżek mieścił się w granicach od 80% do 90 %. Wykaz tych oddziałów przedstawia poniższa Tabela.

⁴ Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, grudzień 2006 r.

Tabela nr 8: Oddziały, na których średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych w 2008 r. wyniosło od 80% do 90%.

Oddziały	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Hematologiczny	77,0 %	74,94%	78,20%	84,26%
Kardiologiczny	84,50%	79,58%	79,07%	83,0 %
Nefrologiczny	84,83%	80,25%	82,0 %	87,35%
Dermatologiczny	71,9 %.	77,97%	76,34%	82,42%
Gruźlicy i chorób płuc	65,24%	56,28%	57,30%	83,19%
Reumatologiczny	76,06%	85,67%	80,53%	83,58%
Rehabilitacyjny dla dzieci	90,35%	91,77%	82,74%	80,83%
Psychiatryczny dla dzieci	85,68%	98,69%	91,27%	86,64%
Psychiatryczny dla młodzieży	118,58%	98,02%	95,99%	87,22%
Leczenia zaburzeń nerwicowych	89,82%	91,37%	88,34%	81,29%
Psychogeriatryczny	89,74%	91,00%	89,14%	99,5 %
Detoksykacji (alkoholowy)	73,44%	77,60%	83,80%	85,75%
Terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	104,12%	134,41%	142,81%	89,37%
Hospicja stacjonarne	83,3 %	94,64%	88,05%	82,94%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Oddziały obciążone bardziej niż optymalnie (16) stanowiły w 2008 roku 29,09 %, a oddziały obciążone mniej niż optymalnie (25) stanowiły 45,45 % ogółu oddziałów. Wykaz oddziałów, na których w 2008 roku wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych nie przekraczał 60 % przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 9: Oddziały, na których w 2008 r. wskaźnik wykorzystania łóżek nie przekraczał 60 %.

Oddziały	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Chemioterapii	103,67%	46,61%	40,4 %	50,50%
Anestezjologii i intensywnej terapii	53,33%	50,28%	54,0%	55,74%
Chorób zakaźnych	56,95%	58,15%	58,93%	55,92%
Pediatryczny	52,2 %	60,6 %	60,5 %	59,84%
Chirurgiczny ogólny	63,2 %	63,0 %	56,53%	56,10%
Chirurgiczny dla dzieci	49,58%	44,67%	44,84%	50,00%
Chirurgii klatki piersiowej	68,56%	56,68%	54,16%	55,17%
Chirurgii plastycznej	51,72%	50,66%	54,16%	55,17%
Okulistyczny	48,8 %	48,09%	41,6 %	42,7 %
Kardiochirurgiczny (filia)		20,59%	25,63%	27,69%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Wskaźniki wykorzystania łóżek na wszystkich oddziałach w latach 2005 – 2008, w województwie lubuskim zostały przedstawione w poniższej Tabeli.

Tabela nr 10: Wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych na wszystkich oddziałach w latach 2005-2008.

Oddziały	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Hostel dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	94,38%	66,80%	79,96%	94,94%
Szpitalne oddziały ratunkowe	102,27%	91,2 %	128,25%	155,86%
Chorób wewnętrznych	74,0 %	75,5 %	70,19%	75,07%
Geriatryczny			89,05%	90,88%
Hematologiczny	77,0 %	74,94%	78,20%	84,26%
Kardiologiczny	84,50%	79,58%	79,07%	83,0 %
Nefrologiczny	84,83%	80,25%	82,0 %	87,35%
Dermatologiczny	71,9 %	77,97%	76,34%	82,42%
Neurologiczny	82,91%	77,62%	75,8 %	77,5 %
Neurologiczny dla dzieci	56,60%	49,56%	35,9 %	
Onkologiczny	87,23%	87,37%	65,05%	73,6 %
Chemioterapii	103,67%	46,61%	40,4 %	50,50%
Onkologii ginekologicznej	77,56%	80,17%	82,96%	77,97%
Anestezjologii i intensywnej terapii	53,33%	50,28%	54,0%	55,74%
Gruźlicy i chorób płuc	65,24%	56,28%	57,30%	83,19%
Pulmonologii	71,68%	71,47%	69,3 %	71,92%
Reumatologiczny	76,06%	85,67%	80,53%	83,58%
Rehabilitacyjny	101,7 %	99,83%	94,4 %	98,60%
Rehabilitacyjny dla dzieci	90,35%	91,77%	82,74%	80,83%
Rehabilitacji narządów ruchu	88,9 %	108,98%	110,76%	93,04%
Rehabilitacji neurologicznej	81,23%	97,06%	89,10%	108,17%
Rehabilitacji kardiologicznej	89,13%	100,41%	103,13%	96,92%
Chorób zakaźnych	56,95%	58,15%	58,93%	55,92%
Obserwacyjno - zakaźny	45,1 %	56,21%	48,11%	60,14%
Pediatryczny	52,2 %	60,6 %	60,5 %	59,84%
Położniczo - ginekologiczny	56,7%	59,4%	61,52%	60,4 %

Chirurgiczny ogólny	63,2 %	63,0 %	56,53%	56,10%
Chirurgiczny dla dzieci	49,58%	44,67%	44,84%	50,00%
Chirurgii klatki piersiowej	68,56%	56,68%	54,16%	55,17%
Chirurgii plastycznej	51,72%	50,66%	51,39%	47,51%
Neurochirurgiczny	70,52%	72,6 %	68,81%	67,62%
Chirurgii urazowo - ortopedycznej	72,7 %	78,64%	67,9 %	74,43%
Okulistyczny	48,8 %	48,09%	41,6 %	42,7 %
Laryngologiczny	59,2 %	56,54%	51,68%	63,1 %
Urologiczny	71,4 %	72,35%	61,8 %	69,65%
Psychiatryczny ogólny	101,64%	101,11%	91,8 %	100,48%
Psychiatryczny dla dzieci	85,68%	98,69%	91,27%	86,64%
Rehabilitacji psychiatrycznej	89,59%	91,89%	95,84%	97,96%
Psychiatryczny dla młodzieży	118,58%	98,02%	95,99%	87,22%
Leczenia zaburzeń nerwicowych	89,82%	91,37%	88,34%	81,29%
Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży		101,05%	102,34%	97,77%
Psychiatryczny dla chorych somatycznie	89,48%	92,9 %	74,1 %	81,0 %
Psychogeriatryczny	89,74%	91,00%	89,14%	99,5 %
Psychogeriatryczny	76,97%			
Psychiatryczny dla chorych na gruźlicę	87,19%	95,36%	88,6 %	92,23%
Psychiatrii sądowej o wzmożonym zabezp. dla m i k.			26,5 %	77,8 %
Psychiatrii sądowej o wzmożonym zabezp. dla młodz.				
Detoksykacji (alkoholowy)	73,44%	77,60%	83,80%	85,75%
Terapii uzależnienia od alkoholu	81,67%	95,82%	94,85%	96,80%
Terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	104,12%	134,41%	142,81%	89,37%
Detoksykacji od substancji psychoaktywnych	42,82%	33,99%	53,14%	126,08%
Rehabilitacji dla uzależnionych od subst. psychoakt.		95,03%	94,29%	91,1 %
Rehabil. dla dzieci i młodz. uzależn. od subst. psychoakt.	70,88%	72,61%	72,47%	63,04%
Rehabil. dla uzależn. od subst. psychoakt. z zaburz. psych.		45,48%	68,63%	183,9%
Zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze	95,76%	84,23%	99,78%	99,97%
Zakłady opiekuńczo - leczn. (w tym poudarowy rehab.)	95,10%	88,8 %	90,5 %	99,36%
Zakład opiekuńczo - leczniczy dla dzieci	93,76%	95,62%	99,49%	78,35%
Zakłady opiekuńczo - lecznicze psychiatryczne	93,3 %	97,8 %	94,40%	98,1 %
Hospicja stacjonarne	83,3 %	94,64%	88,05%	82,94%
Pododdział obserwacyjny	103,20%			
Razem	78,1 %	79,39%	77,18%	79,18%

Oddziały filii szpitali zlokalizowane na terenie innych województw					
Rehabilitacji narządów ruchu	12,2%	8,41%	17,98%		
Kardiochirurgiczne		20,59%	25,63%	27,69%	
Razem	12,25%	10,92%	19,56%	27,69%	
Ogółem	76,8 %	77,3 %	75,0 %	78,8 %	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim.
(www.lczp-gorzow.home.pl)

Tabela nr 11: Wybrane wskaźnik działalności zakładów opieki stacjonarnej w latach 2006-2008 (szpitale ogólne, psychiatryczne, ZOL, ZPO i hospicjum)

Wyszczególnienie	2006r.	2007r.	2008r.
Leczeni	177.243	173.994	178.116
Łóżka rzeczywiste (31.Xii.)	6 618	6 517	6 225
Łóżka na 10 tys. ludności	65,6	64,6	61,7
Leczeni na 1 łóżko	26,6	26,4	28,6
Przeciętny pobyt chorego (w dniach)	10,6	10,4	10,1
Średnie wykorzystanie łóżka (w%)	77,3	75,0	78,8

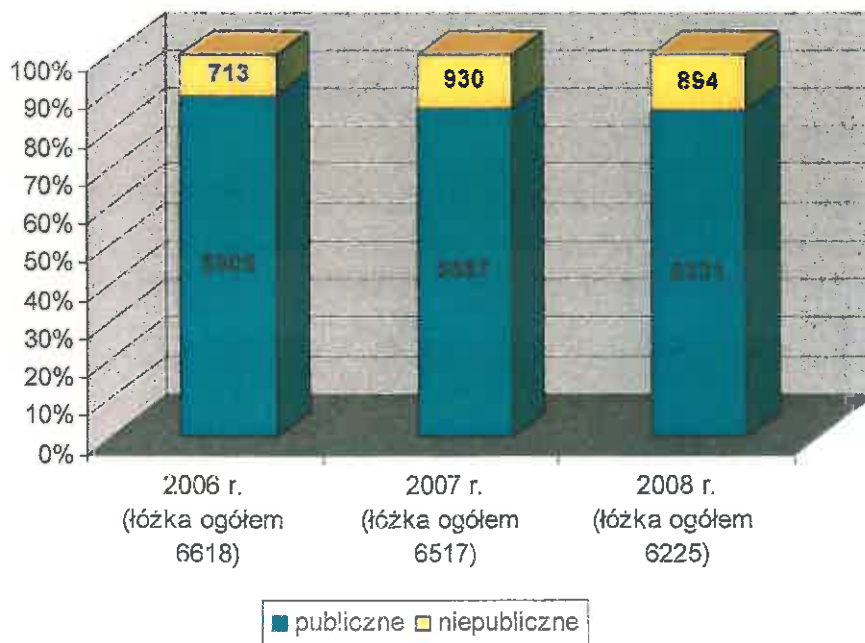
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Tabela nr 12: Zmiany ilości łóżek opieki stacjonarnej w latach 2006-2008

	łóżka ogółem	publiczne	niepubliczne
2006 r.	6618	5905	713
2007 r.	6517	5587	930
2008 r.	6225	5331	894

Źródło: Dane Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wlkp. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Wykres nr 8: Zmiany ilości łóżek opieki stacjonarnej w latach 2006-2008



Źródło: Dane Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wlkp. (www.lczp-gorzow.home.pl)

3. LECZNICTWO AMBULATORYJNE

Ambulatoryjna opieka zdrowotna obejmuje udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Zmiany liczby placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (bez poradni związanych z chorobami psychicznymi oraz terapią uzależnień od alkoholu i środków psychoaktywnych) w latach 2006 – 2008 w województwie lubuskim przedstawia poniższa Tabela. Dane dotyczą specjalistycznego lecznictwa ambulatoryjnego nie obejmują poradni podstawowej opieki zdrowotnej.

Tabela nr 13: Liczba placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w województwie lubuskim, w latach 2005 – 2008.

Poradnia	2006 r.*	2007 r.*	2008 r.*
Chorób wewnętrznych, w tym:	113	115	121
- Alergologiczna	17	17	18
- Diabetologiczna	9	8	9
- Nefrologiczna	9	8	10
- Kardiologiczna	27	25	26
Innych specjalności zachowawczych, w tym:	134	141	146
- Dermatologiczna	32	32	33
- Neurologiczna	41	42	44
- Onkologiczna	11	10	11
- Rehabilitacyjna	9	9	10
- Chorób zakaźnych	7	7	5
Opieki nad matką i dzieckiem, w tym:	90	100	102
- Pediatryczna	2	2	1
- Neonatologiczna	4	5	5
- Ginekologiczno-położnicza	84	91	96
Zabiegowe, w tym:	214	226	228
- Chirurgia ogólna	40	38	43
- Chirurgia onkologiczna	5	5	5
- Urazowo-ortopedyczna	32	38	37
- Okulistyczna	48	52	52
- Otolaryngologiczna	46	52	51
- Urologiczna	24	21	20
Stomatologiczne, w tym:	285	295	302
- Ortodontyczna	16	17	19
- Protetyki stomatologicznej	21	18	21
- Chirurgii stomatologicznej	10	10	12
Razem	836	877	899

* bez indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich i dentystycznych, które nie zawarły kontraktów z LOW NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

W ciągu dwóch lat liczba takich placówek zwiększyła się o 63 placówki, w tym: chorób wewnętrznych – 8, innych specjalności zachowawczych – 12, opieki nad matką i dzieckiem – 12, zabiegowych – 14 i stomatologicznych – 17.

4. WYPOSAŻENIE PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA

Placówki służby zdrowia w województwie lubuskim są coraz lepiej wyposażone w nowoczesny sprzęt medyczny. Jednakże wyposażenie to jest w większości przypadków gorsze niż w pozostałych regionach Polski. Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela (w 2005 roku Sprawozdanie Mz-29 nie obejmowało informacji o mammografach, urządzeniach do angiografii i aparatach RTG).

Tabela nr 14: Wyposażenie szpitali ogólnych w województwie lubuskim w nowoczesny sprzęt medyczny.

	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
Aparat do echokardiografii	12	15	18	24
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]	1,2	1,5	1,8	2,37
Polska [na 100.000 ludności]	2,7	7,5	2,2	
Aparat do elektroencefalografii	3	3	3	4
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]	0,3	0,3	0,3	0,39
Polska [na 100.000 ludności]	0,8	0,9	0,9	
Aparat do elektromiografii	0	0	0	0
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]	0,0	0,0	0,0	0,00
Polska [na 100.000 ludności]	0,0	0,2	0,2	
Analizator biochemiczny	16	20	18	22
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]	1,6	2,0	1,8	2,18
Polska [na 100.000 ludności]	2,8	2,3	2,2	
Gammakamera	2	2	2	2
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]	0,2	0,2	0,2	0,19
Polska [na 100.000 ludności]	0,2	0,2	0,2	
Litotryper	0	1	1	2
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]	0,0	0,1	0,1	0,19
Polska [na 100.000 ludności]	0,3	0,3	0,3	
Akcelerator liniowy	0	1	2	2
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]	0,0	0,1	0,2	0,19
Polska [na 100.000 ludności]	0,2	0,2	0,2	
Aparat RTG z torem wizyjnym	23	28	28	32
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]	2,3	2,8	2,8	3,17
Polska [na 100.000 ludności]	2,5	2,5	2,5	
Tomograf komputerowy	6	7	7	7
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]	0,6	0,7	0,7	0,69
Polska [na 100.000 ludności]	0,6	0,6	0,7	
Rezonans magnetyczny	1	1	1	1
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]	0,1	0,1	0,1	0,09
Polska [na 100.000 ludności]	0,1	0,1	0,1	
Mammograf	b.d.	8	7	8
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]		0,8	0,7	0,79
Polska [na 100.000 ludności]				
Urządzenie do angiografii	b.d.	4	4	3
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]		0,4	0,4	0,3
Polska [na 100.000 ludności]				
Aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	b.d.	1	1	3
Województwo lubuskie [na 100.000 ludności]		0,1	0,1	0,3
Polska [na 100.000 ludności]				

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl), Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Jak wynika z Tabeli jedynie w przypadku aparatów RTG z torem wizyjnym wyposażenie szpitali ogólnych w województwie lubuskim było na poziomie wyższym, niż wynosi średnia dla całej Polski. Na poziomie średniej krajowej szpitale ogólne w województwie lubuskim wyposażone są w: gammakamery, akceleratory liniowe, tomografy komputerowe i rezonans magnetyczny. Znacznie gorzej niż w pozostałych regionach Polski wygląda sytuacja wyposażenia szpitali ogólnych w województwie lubuskim, w aparaty do echokardiografii, aparaty do elektroencefalografii, analizatory biochemiczne i litotrypery.

547

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013

Część II: Diagnoza do Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013

Załącznik 3: Ogólna Sytuacja Finansowa Zakładów Opieki Zdrowotnej w Województwie Lubuskim



Zielona Góra - Styczeń 2010 roku

Zapraszamy na www.nizielskiborys.pl

SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI.....	2
1. SYTUACJA FINANSOWA W PUBLICZNEJ SŁUŻBIE ZDROWIA	3
2. STRATEGIA KONTRAKTOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LOW NFZ	9
3. ZASOBY SYSTEMU A POTRZEBY ZDROWOTNE.....	11
4. WPŁYW MIGRACJI NA DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZEŃ DLA MIESZKAŃCÓW.....	13
5. OPINIE KONSULTANTÓW WOJEWÓDZKICH	15
5.1 OPINIE W ZAKRESIE ZASOBÓW KADROWYCH	15
5.2 OPINIE W ZAKRESIE INFRASTRUKTURY	16
5.3 OPINIE W ZAKRESIE APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	17
5.4 OPINIE W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI I POZIOMU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ	18
5.4.1 <i>dostępność świadczeń</i>	18
5.4.2 <i>poziom udzielanych świadczeń</i>	18
5.4.3 <i>kontraktacja świadczeń</i>	19
PODSUMOWANIE.....	20

1. SYTUACJA FINANSOWA W PUBLICZNEJ SŁUŻBIE ZDROWIA

Analiza obejmuje samodzielne zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez wojewódzką, powiatową lub gminną jednostkę samorządu terytorialnego oraz gminę miejską na prawach powiatu. W roku 2006 i 2007 były to 32 jednostki. Zbiorcze przychody i koszty samorządowych SP ZOZ działających na terenie województwa lubuskiego przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 1: Zbiorczy rachunek zysków i strat (wersja skrócona) dla publicznych placówek opieki zdrowotnej w latach 2005 – 2008.

	31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	31.12.2007 r.	31.12.2008 r.
A Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym:	b.d.	473 641 515	539 822 796	650 959 451
I Przychody netto ze sprzedaży produktów	b.d.	474 162 364	527 704 933	673 569 105
B Koszty działalności operacyjnej	b.d.	506 184 265	551 103 872	639 911 806
I Amortyzacja	b.d.	19 301 129	22 395 741	27 011 035
II Zużycie materiałów i energii	b.d.	126 055 802	128 455 332	153 699 382
III Usługi obce	b.d.	68 560 058	77 046 978	117 425 719
IV Podatki i opłaty, w tym	b.d.	4 599 551	4 938 463	4 946 426
- podatek akcyzowy	b.d.			
V Wynagrodzenia	b.d.	236 683 756	261 663 789	281 645 005
VI Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	b.d.	46 779 700	52 249 603	50 931 745
VII Pozostałe koszty rodzajowe	b.d.	3 049 479	3 273 872	3 563 843
VIII Wartość sprzedanych towarów i materiałów	b.d.	1 154 790	1 080 094	688 652
C Zysk [strata] ze sprzedaży [A-B]	b.d.	-32 542 750	-11 281 076	11 047 644
D Pozostałe przychody operacyjne	b.d.	29 488 918	30 353 957	25 428 743
E Pozostałe koszty operacyjne	b.d.	17 427 948	14 429 688	13 076 721
F Zysk [strata] z działalności operacyjnej [C+D-E]	b.d.	-20 481 780	4 643 193	23 399 666
G Przychody finansowe	b.d.	13 177 388	4 642 792	4 384 095
H Koszty finansowe	b.d.	28 563 658	17 313 042	21 362 148
I Zysk [strata] z działalności gospodarczej [F+G-H]	b.d.	-35 868 050	-8 027 057	6 421 612
J Wynik zdarzeń nadzwyczajnych [J.I-J.II]	b.d.	10 446 939	82 873 246	3 862 629
K Zysk [strata] brutto [I+/-J]	b.d.	-25 421 111	74 846 189	10 284 241
N Zysk [strata] netto [K-L-M]	b.d.	-25 270 333	74 828 357	10 989 791

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ i Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Efektywność funkcjonowania samorządowych SP ZOZ (mierzona na poziomie działalności podstawowej) poprawia się z roku na rok w bardzo szybkim tempie. O ile w 2006 roku strata ze sprzedaży wynosiła aż 32.542.750 zł, to w następnym roku zmniejszyła się o 21.261.674 zł, a w 2008 roku samorządowe SPOZ osiągnęły (łącznie) zysk na sprzedaży w wysokości 11.047.644 zł, czyli poprawiły wynik z poprzedniego roku o 22.328.720 zł. Należy jednak zwrócić uwagę na wzrost straty na działalności finansowej samorządowych SP ZOZ. O ile w 2006 roku koszty finansowe były wyższe od przychodów finansowych o 15.386.270 zł, to w 2008 roku strata na działalności finansowej wynosiła już 16.978.053 zł.

Głównym źródłem przychodów samorządowych SP ZOZ są przychody ze sprzedaży usług Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Ponadto udział usług sprzedanych NFZ w przychodach ogółem wzrasta z roku na rok. Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 2: Struktura przychodów ze sprzedaży produktów przez samorządowe SP ZOZ w latach 2006 – 2008.

		31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	31.12.2007 r.	31.12.2008 r.
I	Przychody netto ze sprzedaży produktów, w tym:	b.d.	474 162 364	527 704 933	673 569 105
	- sprzedanych NFZ [Kasom Chorych]	b.d.	441 065 531	503 999 579	646 681 006
	- sprzedanych pracodawcom	b.d.		2 572 154	3 500 643
	- pozostałych	b.d.	33 096 833	21 133 200	23 387 456

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ i Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Przychody z usług sprzedanych NFZ stanowiły w 2006 roku 93,02 %, w 2007 roku – 95,51 %, a w 2008 roku – 96,01 % przychodów ze sprzedaży produktów w samorządowych SP ZOZ. Znacznie gorzej wygląda sytuacja majątkowa samorządowych SPOZ. Łączny kapitał własny samorządowych SPOZ jest ujemny (na koniec 2007 roku jego wartość wynosiła -201.072.742 zł) co oznacza, że majątek samorządowych SPOZ faktycznie jest majątkiem wierzycieli, a wszystkie aktywa tych jednostek nie zabezpieczą spłaty zobowiązań. Odpowiednie dane przedstawiają poniższe Tabele.

Tabela nr 3: Zbiorczy bilans (pasywa – wersja skrócona) samorządowych SP ZOZ w latach 2006 – 2008.

	Pasywa	31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	31.12.2007 r.	31.12.2008 r.
A	Kapitał [fundusz] własny	b.d.	-264 394 903	-201 072 742	b.d.
B	Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	b.d.	649 870 040	606 840 173	504 001 116
I	Rezerwy na zobowiązania	b.d.	34 325 763	20 346 375	47 351 204
II	Zobowiązania długoterminowe	b.d.	162 333 976	335 338 705	291 261 890
III	Zobowiązania krótkoterminowe	b.d.	444 551 049	245 902 389	157 454 336
IV	Rozliczenia międzyokresowe	b.d.	8 659 252	5 252 704	7 933 686
	Pasywa razem	b.d.	385 475 137	405 767 431	b.d.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ i Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Samorządowe SP ZOZ sukcesywnie zmniejszają swoje zobowiązania. W 2008 roku kwota zobowiązań i rezerw na zobowiązania była niższa o 145.868.924 zł (tj. o 22,45 %) w stosunku do stanu zobowiązań na koniec 2005 roku. Strukturę zobowiązań samorządowych SP ZOZ przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 4: Struktura zobowiązań samorządowych SP ZOZ w latach 2006 – 2008.

		31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	31.12.2007 r.	31.12.2008 r.
	Zobowiązania ogółem, w tym:	b.d.	606 885 025	581 241 094	b.d.
	ZUS	b.d.	250 762 962	120 872 702	21 556 115
	PFRON	b.d.	3 652 337	1 703 810	291 263
	Energia, gaz, woda, inne media	b.d.	12 195 926	13 772 621	b.d.
	Pracownicy	b.d.	23 220 673	40 618 163	b.d.
	Pozostałe	b.d.	317 053 127	404 273 798	b.d.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ i Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim. (www.lczp-gorzow.home.pl)

Największą pozycję w strukturze zobowiązań w latach 2006 i 2007 stanowiły pozostałe zobowiązania (w tym zobowiązania z tytułu dostaw i usług), które w przeciwieństwie do spadku zobowiązań ogółem wzrosły w 2007 roku o 87.220.671 zł. W latach 2007 i 2008 samorządowe SP ZOZ zmniejszyły natomiast znacznie swoje zobowiązania wobec ZUS i PFRON. Strukturę aktywów samorządowych SP ZOZ w wersji skróconej przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 5: Zbiorczy bilans (aktywa – wersja skrócona) samorządowych SP ZOZ w latach 2006 – 2008.

	Aktywa	31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	31.12.2007 r.	31.12.2008 r.
A	Aktywa trwałe	b.d.	242 344 264	245 637 281	b.d.
B	Aktywa obrotowe	b.d.	143 130 873	160 130 150	b.d.
I	Zapasy	b.d.	10 193 222	9 391 499	11 542 903
II	Należności krótkoterminowe	b.d.	103 165 826	115 191 081	88 039 468
III	Inwestycje krótkoterminowe	b.d.	22 794 072	28 447 113	51 008 231
IV	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	b.d.	6 977 753	7 100 457	24 441 755
	Aktywa razem	b.d.	385 475 137	405 767 431	b.d.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ i Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim (www.lczp-gorzow.home.pl)

W 2008 roku samorządowym SP ZOZ udało się ściągnąć znaczną część swoich należności, co znalazło odbicie we wzroście inwestycji krótkoterminowych. Strukturę należności krótkoterminowych samorządowych SP ZOZ przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 6: Struktura należności krótkoterminowych samorządowych SP ZOZ w latach 2006 – 2008.

		31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	31.12.2007 r.	31.12.2008 r.
	Należności ogółem, w tym:	b.d.	103 165 826	115 191 081	b.d.
	Narodowy Fundusz Zdrowia	b.d.	48 112 021	50 525 546	b.d.
	Ministerstwo Zdrowia	b.d.	246 501	174 013	b.d.
	Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej	b.d.	1 863 978	436 341	b.d.
	Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej	b.d.	1 018 515	800 974	b.d.
	Pozostałe	b.d.	51 924 811	63 254 207	b.d.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ

Główną pozycję należności stanowią pozostałe należności. Należności od NFZ stanowiły na koniec 2006 roku 46,64 % należności krótkoterminowych, a na koniec 2007 r. – 43,86 % należności krótkoterminowych ogółem.

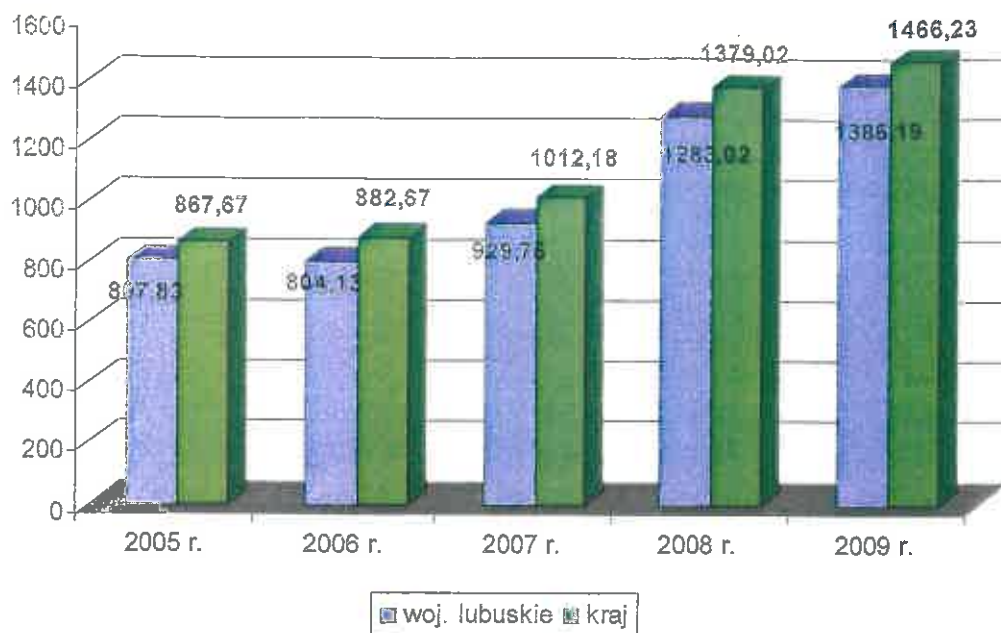
Tabela nr 7: Kwota przeznaczona na świadczenia zdrowotne na 1 osobę w woj. lubuskim na tle kraju w latach 2005-2009 (w zł).

	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
woj. lubuskie	807,83	804,13	929,76	1283,02	1386,19
kraj	867,67	882,67	1012,18	1379,02	1466,23

Źródło: Dane LOW NFZ

W województwie lubuskim kwota przeznaczona na świadczenia zdrowotne na 1 osobę należała do najniższych w kraju.

Wykres nr 1: Kwota przeznaczona na świadczenia zdrowotne na 1 osobę w woj. lubuskim na tle kraju w latach 2005-2009 (w zł).



Źródło: Dane LOW NFZ

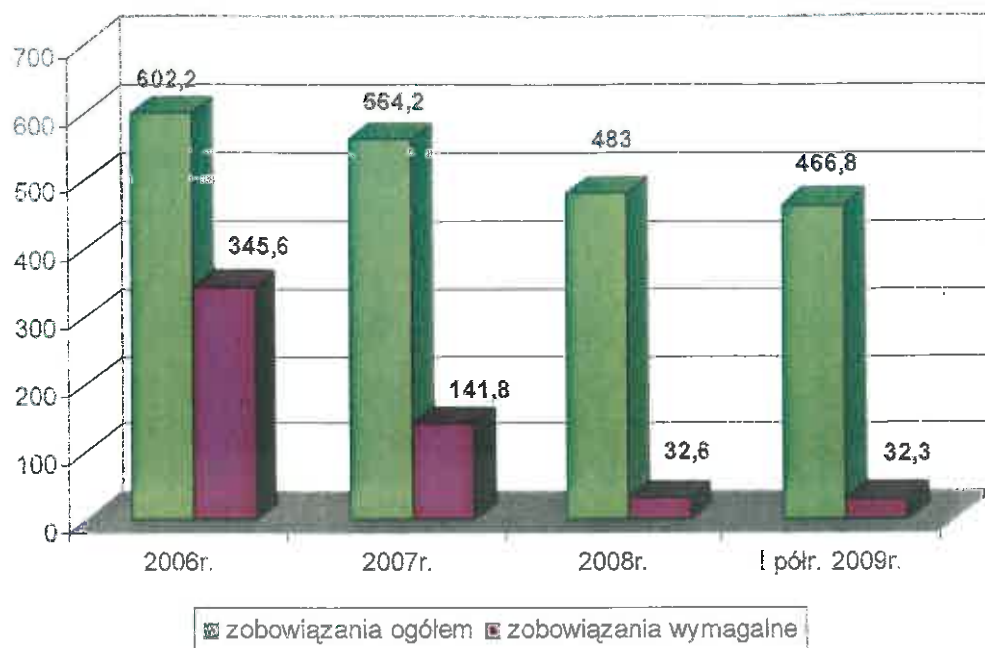
Tabela nr 8: Migracje pacjentów – per saldo w woj. lubuskim w latach 2006-2009 (w tys. zł)

	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Migracje pacjentów – per saldo	- 36.293	- 55.874	- 46.500	- 50.301

Źródło: Dane LOW NFZ

W województwie lubuskim, w analizowanym okresie występowało ujemne saldo migracji pacjentów

Wykres nr 2: Zobowiązania ogółem i wymagalne szpitali publicznych w latach 2006-2008 (w mln zł) – bez resortowej służby zdrowia.



Źródło: Opracowanie LCZP na podstawie ankiet zbieranych od dyrektorów szpitali na potrzeby MZ

Województwo lubuskie pod względem wysokości zobowiązań ogółem SP ZOZ-ów na koniec 2008 roku i na koniec pierwszego półrocza 2009 roku znalazło się na VIII miejscu w kraju (2007r. - VI m-ce).

Zysk / strata szpitali publicznych (bez resortowej służby zdrowia):

Stratę na działalności gospodarczej poniosło:

- w 2007 roku - 7 / 18 szpitali,
- w 2008 roku - 6 / 18 szpitali,
- w I półr. 2009 roku - 8 / 18 szpitali,

natomiast po uwzględnieniu wyniku zdarzeń nadzwyczajnych (strata i zyski nadzwyczajne) **stratę netto** wykazały:

- w 2007 roku - 2 / 18 szpitali,
- w 2008 roku - 5 / 18 szpitali,
- w I półr. 2009r. - 8 / 18 szpitali.

Opracowanie LCZP na podstawie Modułu Statystyki Finansowej.

Z monitorowania sytuacji finansowej szpitali w województwie lubuskim wynika, że niepubliczne szpitale na ogół mają dodatnie wyniki finansowe i nie generują strat (przy porównywalnych przychodach z NFZ).

Osiągane zyski przeznaczone są na modernizację bazy oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.

Mimo od lat prowadzonej restrukturyzacji bazy szpitalnej istnieje nadal konieczność podejmowania działań mających na celu zapobieganie wzrostowi zadłużenia.

Sprawniejsze, bardziej efektywne zarządzanie umożliwiają zmiany funkcjonowania szpitali w formie np. spółek bądź poprzez konsolidację zasobów kadrowych, sprzętu i aparatury oraz bazy lokalowej.

Realizacja Programu wieloletniego „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” na terenie województwa lubuskiego

Do likwidacji z jednoczesnym utworzeniem spółki kapitałowej planowanych jest **dziewięć** samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej:

- SP Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim.,
- Szpital Wojewódzki SP ZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze,
- SP Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu,
- Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno - Kardiologiczny SP ZOZ w Torzymiu,
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SP ZOZ w Ciborzu,
- SP ZOZ Drezdenko,
- SP ZOZ Międzyrzecz,
- SP MZOZ Słubice,
- Powiatowy SP ZOZ w Żarach (po wykreśleniu z KRS).

Do likwidacji bez utworzenia spółki kapitałowej *(ze względu na możliwość zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w innym zakładzie opieki zdrowotnej - wskazanym zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej)*

planowane są **cztery** samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej:

- SP ZOZ w Żaganiu,
- SP ZOZ Szpital Powiatu Krośnieńskiego,
- SP ZOZ w Kostrzynie (po wykreśleniu z KRS),
- Miejski SP ZOZ Szprotawa.

2. STRATEGIA KONTRAKTOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LOW NFZ

Strategia kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez LOW NFZ wynika z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008 r., Nr 81, poz. 484) oraz ogólnych kierunków zmian przewidywanych przez Zarząd Funduszu.

Poziom zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych latach 2005 – 2008 był zbliżony do poziomu pozyskanej składki z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, która w latach 2005 – 2008 szybko rosła (w 2008 roku przychody LOW NFZ ze składek oraz pozostałe przychody były o 49,00 % wyższe niż w 2005 roku). Należy jednak zauważyć, że z roku na rok zmniejsza się udział kwoty przeznaczonej na zakup świadczeń zdrowotnych w składce otrzymanej przez LOW NFZ (sytuacja z 2008 roku wynika prawdopodobnie z przeszacowania przychodów przez LOW NFZ). Odpowiednie dane przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 9: % składek przeznaczonych przez LOW NFZ na zakup świadczeń zdrowotnych w latach 2005 – 2008.

		2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
I	Przychody ze składek oraz pozost. przychody tytułu puz	820 114,0	875 989,2	977 048,7	1 221 992,7
I	Koszty świadczeń zdrowotnych, w tym:	809 961,4	861 137,5	956 479,9	1 244 379,8
	% składek przeznacz. na zakup świadczeń zdrowotnych	98,76%	98,30%	97,89%	101,83%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Strukturę świadczeń zdrowotnych zakupionych przez LOW NFZ w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 10: Struktura zakupionych świadczeń zdrowotnych przez LOW NFZ w latach 2005 – 2008.

		2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.
I	Koszty świadczeń zdrowotnych, w tym:	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	a) podstawowa opieka zdrowotna	11,96%	12,36%	12,82%	12,43%
	b) ambulatoryjna opieka specjalistyczna	6,33%	6,73%	7,19%	7,19%
	c) leczenie szpitalne	41,77%	40,45%	43,65%	48,94%
	d) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	6,21%	5,99%	6,42%	4,88%
	e) rehabilitacja lecznicza	3,11%	3,17%	3,43%	3,20%
	f) opieka długoterminowa	1,38%	1,37%	1,51%	1,45%
	g) leczenie stomatologiczne	2,58%	2,62%	2,91%	3,17%
	h) lecznictwo uzdrowiskowe	0,00%	0,80%	0,79%	0,70%
	i) pomoc doraźna i transport sanitarny	3,77%	3,72%	0,19%	0,17%
	j) koszty profilaktycznych programów zdrowotnych	0,19%	0,33%	0,42%	0,22%
	k) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	2,67%	2,45%	2,53%	2,31%
	l) zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny itp..	1,52%	1,36%	1,45%	1,16%
	ł) refundacja cen leków	18,52%	18,65%	16,69%	14,19%
	m) koszty wynikające z przepisów o koordynacji	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%
	n) inne koszty związane ze świadczeniami zdrowotnymi	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

W latach 2005 – 2008 najbardziej zwiększył się udział zakupionych przez LOW NFZ świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego. W 2008 roku LOW NFZ przeznaczył na ten cel prawie połowę

(48,94 %) środków finansowych przeznaczonych na zakup świadczeń zdrowotnych. Z roku na rok rośnie także udział środków przeznaczonych na leczenie stomatologiczne (z 2,58 % w 2005 roku do 3,17 % w roku 2008). W latach 2005 – 2007 rósł także udział kwot przeznaczonych na zakup świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lecz w 2008 r. udział zakupionych świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej zmniejszył się o 0,39 %, a ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pozostał na poziomie z 2007 roku. W latach 2005 – 2008 najbardziej zmniejszył się udział środków przeznaczonych na refundację cen leków (z 18,52 % w 2005 roku do 14,19 % w roku 2008) i na zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i in. (z 1,52 % w 2005 roku do 1,16 % w roku 2008).

Według informacji zawartych w Sprawozdaniu z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 rok, (Warszawa, czerwiec 2009 r.) w roku 2009 i w latach kolejnych prace Funduszu skupią się na dopracowaniu procesu planowania zakupu świadczeń. W szczególności Fundusz zamierza dążyć do:

1. wprowadzenia do planowania zakupów świadczeń wskaźników o charakterze epidemiologicznym i społecznym, mających wpływ na częstość korzystania ze świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach przez populacje świadczeniobiorców zarejestrowanych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu (w pierwszej kolejności dotyczyć to będzie obszarów związanych z leczeniem cukrzycy i chorób układu krążenia),
2. zwiększenia roli informacji uzyskiwanych z systemu kolejek oczekujących na potrzeby planowania,
3. sukcesywnego poszerzania w umowach katalogu świadczeń z wyodrębnionym poziomem finansowania w celu skracania kolejek oczekujących na świadczenia,
4. dalszego wyrównywania poziomu cen oczekiwanych jednostek rozliczeniowych w umowach zawieranych ze świadczeniodawcami przez poszczególne oddziały wojewódzkie.

Przewidywane zmiany zasad kontraktowania obejmować będą:

1. rozwój systemu jednorodnych grup pacjentów (JGP) w leczeniu szpitalnym poprzez doskonalenie metodyki ustalania taryf, w szczególności poprzez wykorzystanie informacji o faktycznie ponoszonych kosztach (projekt zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - sprawozdania o kosztach przekazywane do Funduszu),
2. wprowadzenie systemu JGP do finansowania świadczeń ambulatoryjnych (porad specjalistycznych i badań kosztochłonnych) na 2009 r.,
3. opracowanie projektu adaptacji systemu JGP dla leczenia psychiatrycznego i rehabilitacji leczniczej w zakresie leczenia stacjonarnego oraz przedstawienie projektu do konsultacji zewnętrznej,
4. wyodrębnienie z podstawowej opieki zdrowotnej świadczeń wykonywanych w porze nocnej oraz w dni świąteczne – przeniesienie przedmiotowych świadczeń do rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny (projekt zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) – 2009 r.,
5. dostosowanie wysokości współczynników korygujących kawitacyjną stawkę roczną do faktycznego obciążenia pracą świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej w zależności od struktury wiekowej podopiecznych, a także innych parametrów wpływających na częstość korzystania ze świadczeń, np. występowanie chorób przewlekłych (pierwsze rozwiązania tego typu dotyczące lekarzy POZ nad osobami chorymi przewlekle wprowadzono w październiku 2008 r.).

3. ZASOBY SYSTEMU A POTRZEBY ZDROWOTNE

Kolejki oczekujących na świadczenia zdrowotne – prowadzone stosownie do art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – stanowią dowód na niedostosowanie zasobów (finansowych, kadrowych, organizacyjnych i innych) do potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubuskiego. Dane dotyczące liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania na koniec 2007 i 2008 roku przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 11: Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania w roku 2007 i 2008 w województwie lubuskim.

Wyszczególnienie	31.12.2007 r.	31.12.2008 r.
Liczba osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”	1 407	2 020
Średni czas oczekiwania	93	74
Liczba osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”	66 470	73 988
Średni czas oczekiwania	152	112
Liczba oczekujących ogółem	67 877	76 008
Średni czas oczekiwania	151	111

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Liczba oczekujących w kolejkach na świadczenia zdrowotne na koniec 2008 roku zwiększyła się w stosunku do końca roku 2007 o 8.131 pacjentów, w tym na zabiegi posiadające status „pilne” o 613 osób. Jednocześnie dane NFZ wskazują na skrócenie średniego czasu oczekiwania z 151 dni na koniec 2007 roku do 111 dni na koniec 2008 roku.

Najdłuższy (średni) czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne posiadające status „pilne” na dzień 31.12.2008 roku wraz z liczbą oczekujących przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 12: Najdłuższy czas oczekiwania i liczba oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” na dzień 31.12.2008 (dni)

			Czas	Liczba
1	Endoprotezoplastyka	Świebodzin	540	173
2	Leczenie protetyczne	Kostrzyń	360	51
3	Endoprotezoplastyka	Zielona Góra	180	28
4	Rewizja po endoprotezoplastyce	Zielona Góra	180	6
5	Oddział psychiatryczny dla młodzieży	Zabór	137	b.d.
6	Oddział okulistyczny	Zielona Góra	90	10
7	Poradnia WZW - leczenie przewlekłe	Zielona Góra	72	22
8	Oddział okulistyczny [zaćma]	Zielona Góra	60	53
9	Oddział Rehabilitacyjny	Nowa Sól	59	26
10	Endoprotezoplastyka	Żary	53	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Tabela nr 13: Największa liczba oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” i czas oczekiwania na świadczenia na dzień 31.12.2008 (dni).

			Liczba	Czas
1	Poradnia Neurologiczna	Sulechów	215	20
2	Chirurgia Urazowo - Ortopedyczna	Świebodzin	173	540
3	Poradnia Endokrynologiczna	Gorzów Wlkp.	150	2
4	Poradnia Medycyny Sportowej	Gorzów Wlkp.	120	30
5	Poradnia Okulistyczna	Zielona Góra	80	1
6	Poradnia Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej	Zielona Góra	70	5
7	Oddział Onkologiczny	Zielona Góra	69	43
8	Oddział Rehabilitacyjny	Sulechów	67	49
9	Poradnia Chirurgii Ogólnej	Gorzów Wlkp.	60	14
10	Oddział Okulistyczny	Zielona Góra	53	60

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Najdłużej (według stanu na dzień 31.12.2008 roku) trzeba było czekać na endoprotezoplastykę w Świebodzinie, gdzie 173 zarejestrowanych na ten dzień pacjentów, zakwalifikowanych do kategorii „przypadek pilny”, musi czekać na świadczenie do czerwca 2010 roku. Natomiast najwięcej – 215 pacjentów było zarejestrowanych w dniu 31.12.2008 roku w kolejce do Poradni Neurologicznej w Sulechowie, gdzie na ten dzień, średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne wynosił 20 dni. Należy również zwrócić uwagę na fakt, że obok oddziałów, w których istnieją kolejki osób zakwalifikowanych do kategorii „przypadek pilny”, są w województwie lubuskim oddziały udzielające podobnych świadczeń, w których nie ma kolejek. Należałoby zatem przeanalizować, czy kolejki na świadczenia „pilne” wynikają z oczekiwania na udzielenie świadczenia przez wybranego specjalistę, czy z niedostosowania kontraktów do potrzeb w danym zakresie, czy też wreszcie ze złej organizacji kontraktowania lub udzielania świadczeń zdrowotnych.

4. WPŁYW MIGRACJI NA DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZEŃ DLA MIESZKAŃCÓW

Województwo lubuskie jest województwem o wyjątkowych walorach turystycznych, dlatego w sezonie turystycznym następuje napływ turystów którzy niekiedy zmuszeni są skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w województwie lubuskim. Jednak skala świadczeń zdrowotnych, refundowanych z innych wojewódzkich oddziałów NFZ wskazuje raczej na „turystykę zdrowotną” do województwa lubuskiego.

Tabela nr 14: Wartość świadczeń zdrowotnych udzielonych w województwie lubuskim, a pokrywanych z innych Oddziałów NFZ.

tys. zł					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	
Należności	55 052 694	74 078 425	132 464 932	189 374 664	
Zobowiązania	27	985 866	1 073 140	19 050 744	
Saldo	55 052 666	73 092 560	131 391 792	170 323 920	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Udział salda należności z innych oddziałów wojewódzkich NFZ w kosztach świadczeń zdrowotnych zakupionych przez LOW NFZ w latach 2005 – 2008 przedstawia poniższa Tabela.

Tabela nr 15: % udział należności z innych wojewódzkich oddziałów NFZ w kosztach świadczeń zdrowotnych zakupionych przez LOW NFZ w latach 2005 – 2008.

tys. zł					
Wyszczególnienie	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	
Koszty świadczeń zdrowotnych, w tym:	809 961,4	861 137,5	956 479,9	1 244 379,8	
Saldo należności z innych oddziałów wojewódzkich NFZ	55 052,7	73 092,6	131 391,8	170 323,9	
% udział należności z innych OW NFZ w kosztach	6,80%	8,49%	13,74%	13,69%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zakładając, że mieszkańcy innych województw korzystali w zakładach opieki zdrowotnej na terenie województwa lubuskiego ze świadczeń o średniej wartości zbliżonej do świadczeń zdrowotnych, z których korzystają mieszkańcy województwa (a nie z wyjątkowo drogich procedur), to można przyjąć, że ok. 14 % pacjentów zakładów opieki zdrowotnej, które w 2007 i 2008 roku miały podpisane kontrakty z LOW NFZ to mieszkańcy innych województw. Przyjmując, że są to turyści przyjeżdżający w okresie czerwiec – wrzesień, to w tym okresie stanowiliby aż 42 % wszystkich pacjentów zakładów opieki zdrowotnej. Te fakty potwierdzają tezę o „turystyce zdrowotnej” do województwa lubuskiego – gdyby tyle zwykłych turystów musiało korzystać ze świadczeń zdrowotnych w czasie urlopu, to omijaliby województwo lubuskie z daleka.

Potwierdza to również Raport Zarządu NFZ za 2008 roku wskazujący województwo lubuskie jako udzielające najwięcej świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców innych województw. O ile jednak migrację zdrowotną do takich województw jak mazowieckie, czy małopolskie Raport tłumaczy wysoko wyspecjalizowaną kadrą medyczną i doskonałą bazą w tych województwach, to migrację do województwa lubuskiego pomija milczeniem.

Poniżej podano (z ww. Raportu) udział kosztów świadczeń udzielanych ubezpieczonym spoza LOW NFZ. Dla dodatkowego potwierdzenia tezy o turystyce zdrowotnej do województwa lubuskiego podano również analogiczne wielkości dla województwa warmińsko mazurskiego, w którym liczba przyjezdnych była w 2008 roku o 28,78 % wyższa niż w województwie lubuskim.

W 2008 roku liczba osób korzystających z noclegów ogółem (styczeń – grudzień) w obiektach zbiorowego zakwaterowania wynosiła odpowiednio:

1. Województwo lubuskie – 703.590.
2. Województwo warmińsko – mazurskie – 906.053.

Udział kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza LOW NFZ:

1. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 25,42 % kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza oddziału (LOW NFZ) – najwięcej w Polsce (warmińsko – mazurskie – 9,60 %).
2. Opieka długoterminowa – 9,22 % świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza Oddziału - najwięcej w Polsce (warmińsko – mazurskie – 5,24).
3. Rehabilitacja lecznicza – 8,50 % kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza Oddziału – trzecie miejsce w Polsce (warmińsko – mazurskie – 6,88 %).
4. Świadczenia odrębnie kontraktowane (hemodializoterapia, dializoterapia otrzewnowa, terapia hiperbaryczna, tlenoterapia domowa, żywienie pozajelitowe i dojelitowe w warunkach domowych, dializoterapia wątrobowa, badania zgodności tkankowej, badania genetyczne, terapia izotopowa, badania izotopowe, zaopatrzenie protetyczne, pozytonowa tomografia emisyjna) – 11,11 % kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza Oddziału - trzecie miejsce w Polsce (warmińsko – mazurskie – 8,70 %).

Ponieważ zasoby województwa lubuskiego służące do realizacji świadczeń zdrowotnych są ograniczone, udzielanie przez zakłady opieki zdrowotnej mające podpisane kontrakty z LOW NFZ świadczeń zdrowotnych na tak dużą skalę ubezpieczonym spoza Oddziału, ogranicza dostępność do tych świadczeń mieszkańcom województwa.

5. OPINIE KONSULTANTÓW WOJEWÓDZKICH

Zgodnie z Art. 10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 wraz z późn. zm.) do zadań konsultantów wojewódzkich należy w szczególności:

1. Przeprowadzanie kontroli podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych dotyczących realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w zakresie wynikającym z programów kształcenia.
2. Kontrola dostępności świadczeń zdrowotnych.
3. Kontrola wyposażenia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych i kontrola ich efektywnego wykorzystania w realizacji zadań dydaktycznych.
4. Informowanie organów administracji rządowej, podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta o uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli.
5. Sporządzanie opinii dotyczącej oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w dziedzinie medycyny, farmacji oraz w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia reprezentowanej przez właściwego konsultanta.
6. Wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym, w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków.
7. Sporządzanie rocznego raportu dokumentującego wykonywanie zadań w zakresie obejmującym reprezentowaną przez właściwego konsultanta dziedzinę medycyny, farmacji lub inną dziedzinę mającą zastosowanie w ochronie zdrowia.

W województwie lubuskim, w ocenie za 2008 roku wykorzystany został schemat raportu, o którym mowa w Art. 10 ust. 7 powołanej wyżej ustawy, oceniający następujące elementy:

1. dostępność świadczeń,
2. poziom udzielanych świadczeń,
3. kadra medyczna,
4. szkolenia kadry medycznej,
5. infrastruktura,
6. sprzęt i aparatura medyczna,
7. kontrakty zawierane przez NFZ,
8. organizacja udzielanych świadczeń,
9. szczególne problemy,
10. najważniejsze osiągnięcia.

W 2008 roku funkcję konsultantów wojewódzkich na potrzeby województwa lubuskiego pełniło 66 specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny. W 2009 r. powołano nowego konsultanta w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

5.1 OPINIE W ZAKRESIE ZASOBÓW KADROWYCH

Zasoby kadry medycznej oceniło 37 z 66 konsultantów wojewódzkich, którzy w zdecydowanej większości podkreślili braki i niedobory kadrowe. Tylko w 5 specjalnościach (kardiologia, kardiochirurgia, radioterapia, neurochirurgia oraz medycyna pracy) liczbę kadry uznano za wystarczającą. Najpoważniejsze problemy kadrowe są w następujących dziedzinach:

1. medycyna ratunkowa (najgorszy wskaźnik w kraju),
2. anestezjologia i intensywne terapię (ok. 20 specjalistów),
3. ortopedia i traumatologia narządów ruchu (ok. 15 lekarzy specjalistów),

¹ Konsultantów wojewódzkich powołuje na okres 5 lat Wojewoda w porozumieniu z konsultantem krajowym.

4. neurologia (brak 8 specjalistów),
5. chirurgia ogólna,
6. pediatria i specjalistyczne leczenie dziecięce (endokrynologia, nefrologia, kardiologia, neurologia, otolaryngologia oraz psychiatria),
7. choroby wewnętrzne (zmniejszanie się liczby lekarzy),
8. diagnostyka laboratoryjna (brak ok. 50 specjalistów).

Podkreślono również niedobory kadrowe w takich dziedzinach jak:

1. choroby zakaźne i epidemiologia,
2. mikrobiologia lekarska,
3. diabetologia,
4. gastroenterologia,
5. hematologia (zwłaszcza leczenie otwarte),
6. otolaryngologia,
7. endokrynologia ginekologiczna,
8. fizjoterapia (specjaliści i fizjoterapeuci po kursach, zwłaszcza neurorehabilitacji),
9. geriatryka,
10. rehabilitacja medyczna,
11. medycyna sądowa,
12. audiologia i foniatria (brak 2 specjalistów).

Stwierdzono również brak 60 pielęgniarek i 16 położnych w szpitalach (zwłaszcza na oddziałach psychiatrycznych, neurologicznych, pediatrycznych i noworodkowych) oraz w małych szpitalach powiatowych i zakładach opieki długoterminowej. Na oddziałach zabiegowych (chirurgia, OIOM, hematologia) sygnalizowane są braki pielęgniarek i instrumentariuszek.

Poprawa sytuacji kadrowej nastąpiła w następujących dziedzinach:

1. onkologia kliniczna, radioterapia onkologiczna, urologia (wzrost liczby specjalistów),
2. opieka nad przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi (wzrost zatrudnienia terapeutów zajęciowych, logopedów, psychologów, pracowników socjalnych i fizjoterapeutów).

5.2 OPINIE W ZAKRESIE INFRASTRUKTURY

W 11 (na 64) raportach konsultanci wskazali na potrzeby dotyczące wykonania pilnych remontów i modernizacji w celu poprawy standardów lokalowych. Zgłoszone uwagi to:

1. fizjoterapia (konieczny remont pomieszczeń w których wykonuje się zabiegi w SP ZOZ WSzSpNiPCh w Ciborzu),
2. chirurgia klatki piersiowej (Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej w Zielonej Górze wymaga kapitalnego remontu. Ponadto Oddział nie posiada własnego zaplecza anestezyjologicznego – pilne operacje wykonywane są na Centralnym Bloku Operacyjnym),
3. choroby zakaźne (konieczny jest remont Oddziału Obserwacyjno – Zakaźnego w Gorzowie Wielkopolskim.),
4. mikrobiologia lekarska (konieczny jest generalny remont pomieszczeń Zakładu Mikrobiologii w Gorzowie Wlkp., które nie spełniają wymagań dla laboratoriów mikrobiologicznych),
5. neurochirurgia (zakończenie remontu Oddziału w Nowej Soli – planowane zwiększenie łóżek neurochirurgicznych z 14 na 22),
6. patomorfologia (w Zakładzie Patomorfologii w Gorzowie Wielkopolskim konieczna jest wymiana okien i montaż dodatkowego digestorium. W Nowej Soli potrzebny jest remont i wyposażenie Prosektorium),
7. pediatria (Oddział Dzieciąt w Gorzowie Wielkopolskim wymaga remontu),
8. pielęgniarstwo pediatryczne (w Gorzowie Wielkopolskim potrzebna jest dodatkowa powierzchnia w celu zwiększenia liczby łóżek i zmniejszenia zagęszczenia),
9. hematologia (pilnego remontu i doposażenia wymaga Pododdział hematologii w szpitalu w Zielonej Górze).

5.3 OPINIE W ZAKRESIE APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO

Stwierdzone braki w zakresie aparatury i sprzętu medycznego:

1. audiologia i foniatria – konieczne wyposażenie każdej poradni foniatrycznej w laryngostroboskop lupowy do oceny stanu narządu głosu.
2. chirurgia dziecięca – brak podstawowego sprzętu (łóżka, stoliki przyłóżkowe, wyposażenie świetlicy w Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej w Gorzowie Wielkopolskim.),
3. chirurgia klatki piersiowej – Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej w Zielonej Górze wymaga doposażenia w zakresie monitoringu pooperacyjnego i aparat do znieczulenia,
4. kardiologia – potrzebny zakup stołu do badań hemodynamicznych w Zielonej Górze,
5. medycyna ratunkowa – należy wymóc obowiązek instalacji modułów GPS we wszystkich ambulansach, należy przeprowadzić homologacje tych ambulansów, które jej nie posiadają,
6. mikrobiologia lekarska – niezbędne jest wyposażenie laboratoriów w wirówki z chłodzeniem, półautomatyczne i automatyczne systemy identyfikacji drobnoustrojów i antybiogramów, czytnik testów serologicznych, automatyczny system do hodowli prątków, mikroskop fluorescencyjny, komputer z dostępem do Internetu, komputerowy program mikrobiologiczny,
7. neonatologia – w Oddziale II poziomu referencji zbyt mała liczba respiratorów, nCPAP, pomp infuzyjnych, pulsoksymetrów, lamp do fototerapii. Inkubatory zamknięte są stare i niesprawne. W oddziałach I poziomu brak kardiomonitörów i pulsoksymetrów.
8. neurochirurgia – występują braki w wyposażeniu odcinków pooperacyjnych w sprzęt monitorujący czynności życiowe. Narzędzia neurochirurgiczne na bloku operacyjnym są mocno zużyte,
9. neurologia – wskazany zakup nowego aparatu MRI – Gorzów Wielkopolski, oraz aparatów EEG, w tym 24 godzinne monitorowanie – Zielona Góra, Gorzów Wielkopolski., Nowa Sól, Żary,
10. ortopedia i traumatologia narządu ruchu – szpital, w którym funkcjonuje oddział urazowo – ortopedyczny powinien być wyposażony w tomograf komputerowy, a w dwóch największych ośrodkach – NMR ,
11. patomorfologia – potrzebny zakup nowoczesnego sprzętu laboratoryjnego, brak szafy na szkiełka mikroskopowe, centrum do zatapiania, 2 aparatów do barwienia preparatów histologicznych – Gorzów Wielkopolski, w Zielonej Górze potrzebny jest zakup próżniowego aparatu do obróbki tkankowej, próżniowego aparatu do barwienia preparatów, automatu do wykonywania metod immunohistochemicznych, stołów sekcyjnych z wyciągami, aparatu do automatycznego naklejania szkiełek, parafianki z mrożakami, stanowiska do wstępnej obróbki materiału biopsyjnego,
12. pielęgniarstwo – brak materacy zmiennociśnieniowych, podnośników, mat poślizgowych, rolek, różnego rodzaju wózków, pomp infuzyjnych,
13. pielęgniarstwo ginekologiczno – położnicze – potrzebny zakup 4 łóżek porodowych, pH-metru, stanowiska do reanimacji noworodka, 3 lamp bezcieniowych, stołu operacyjnego, 6 pomp infuzyjnych, stolika zabiegowego,
14. transfuzjologia kliniczna – potrzebny zakup wirówki i cieplarki, brak paszportów technicznych do urządzeń służących do przechowywania krwi,
15. nefrologia – w Gorzowie Wielkopolskim potrzebny zakup co najmniej 2 dodatkowych aparatów do hemodializy, w Zielonej Górze potrzebne jest odnowienie sprzętu,
16. urologia dziecięca – szybkiego uzupełnienia i wymiany wymaga sprzęt do endoskopii, badań urodynamicznych, USG, laparoskopii.

5.4 OPINIE W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI I POZIOMU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

W zakresie dostępności świadczeń oceny przedstawiło 37 z 66 konsultantów wojewódzkich z poszczególnych specjalności. Poziom udzielanych świadczeń w województwie lubuskim (w 2008 roku) oceniło 27 z 66 konsultantów wojewódzkich.

5.4.1 DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Negatywnie oceniono dostępność świadczeń w następujących dziedzinach:

1. chirurgia klatki piersiowej,
2. kardiologia dziecięca,
3. ortopedia i traumatologia narządu ruchu (północna część województwa),
4. neurologia (północna część województwa) i neurologia dziecięca,
5. neurochirurgia (Oddział w Zielonej Górze),
6. dermatologia i wenerologia (północna część województwa),
7. pediatria (lecznictwo specjalistyczne dla dzieci i lecznictwo stacjonarne),
8. rehabilitacja,
9. geriatryka,
10. psychiatria dziecięca (brak oddziałów dziennych i lecznictwa ambulatoryjnego).

Niedostateczna jest również dostępność w następujących dziedzinach:

1. badania w neonatologii w szpitalach I poziomu referencyjnego (ograniczony wymiar czasu),
2. diabetologia (niewystarczająca baza lecznictwa zamkniętego, zbyt mało poradni zwłaszcza w północnej części województwa),
3. hematologia,
4. urologia dziecięca (baza szpitalna i oddziały jednodniowe),
5. okulistyka (zabezpieczenie pomocy doraźnej dla dzieci i dorosłych),
6. endokrynologia (lecznictwo ambulatoryjne),
7. chirurgia stomatologiczna,
8. foniatria (północna część województwa),
9. chirurgia szczękowo – twarzowa (brak oddziału/pododdziału w południowej części województwa, brak kontraktu na świadczenia szpitalne w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej),
10. medycyna paliatywna (3 powiaty bez zabezpieczenia),
11. pielęgniarstwo i usługi opiekuńcze.

Pogorszenie dostępności nastąpiło w następujących dziedzinach:

1. kardiologia dziecięca – likwidacja Wojewódzkiej Poradni Kardiologii Dziecięcej,
2. chirurgia stomatologicznej – mniej lekarzy realizujących kontrakty z NFZ,
3. dermatologia i wenerologia – zamknięcie oddziału w Gorzowie Wielkopolskim,
4. pediatria – zmniejszenie ilości oddziałów, nierównomierne rozmieszczenie oddziałów, brak oddziałów pediatrycznych w środkowej części województwa.

5.4.2 POZIOM UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

Negatywnie oceniono poziom świadczeń w takich dziedzinach jak:

1. anestezjologia i intensywne leczenie (brak kadry specjalistycznej),
2. pediatria,
3. hematologia,
4. transfuzjologia (niedostateczne wyposażenie),
5. neonatologia (wysoki poziom wcześniactwa i mała liczba porodów w wielu szpitalach I poziomu referencyjnego).

5.4.3 KONTRAKTACJA ŚWIADCZEŃ

Konsultanci wojewódzcy zgłosili następujące uwagi nt. poziomu i zakresu kontraktowania oraz wyceny świadczeń przez Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ:

1. chirurgia stomatologiczna – zapotrzebowanie pacjentów na świadczenia jest większe niż ilość i zakres zakontraktowanych przez NFZ świadczeń.
2. protetyka stomatologiczna – bezpłatne świadczenia stomatologiczne mają ograniczony wymiar wynikający z zakresu refundowania ich przez NFZ.
3. stomatologia zachowawcza z endodoncją – w związku z brakiem refundacji z NFZ obserwuje się mniej leczenia kanałowego zębów przedtrzonowych i trzonowych u dorosłych,
4. chirurgia klatki piersiowej – kontrakt nie zabezpiecza potrzeb,
5. choroby wewnętrzne – zbyt niskie kontrakty z NFZ, brak różnicowania cen za punkt akredytacyjny w szpitalach w zależności od poziomu referencji,
6. choroby zakaźne – zbyt mała liczba punktów na świadczenie usług szpitalnych,
7. dermatologia i wenerologia – zaniżona wycena usług w oddziale,
8. medycyna ratunkowa – dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania SOR należy wspólnie z NFZ dokonać weryfikacji ilości SOR i przekształcić te, które nie świadczą wystarczającej ilości procedur ratunkowych lub nie mają stałego zabezpieczenia szpitalnego w szerokim zapleczu wieloprofilowym (przekształcenie w izby przyjęć z ambulatorium chirurgicznym i POZ).
9. medycyna rodzinna – propozycja finansowania przez NFZ w ramach POZ badań do wstępnej diagnostyki tarczycy: USG, FT3, FT4 we krwi oraz HbA1c,
10. neurologia – nakłady na opiekę zdrowotną, w tym neurologiczną są zbyt małe w stosunku do oczekiwań społecznych, zbyt niska wycena punktu przez NFZ, aby utrzymać poziom świadczeń zbliżony do średniej UE,
11. okulistyka – kontraktacja usług medycznych i ich finansowanie jest niedostateczna (za małą ilość procedur w porównaniu do potrzeb i możliwości co powoduje wydłużanie czasu oczekiwania na zabiegi operacyjne),
12. otolaryngologia – limity z NFZ ograniczają dostępność, wyceny procedur poniżej kosztów opłacalności, szeregu schorzeń nie można znaleźć w grupach,
13. pielęgniarstwo rodzinne – zbyt nisko kontraktowana pielęgniarska opieka długoterminowa w porównaniu do pielęgniarskiej opieki środowiskowej, co może doprowadzić do braku chętnych do kontraktowania pielęgniarskiej opieki długoterminowej,
14. położnictwo i ginekologia – występuje niedoszacowanie lub nieprawidłowe zdefiniowanie i oszacowanie pewnych usług położniczo – ginekologicznych,
15. psychiatria – wskazane jest podniesienie stawki za osobodzień,
16. rehabilitacja medyczna – niskie kontrakty oddziałów, niska wartość punktu zabiegowego, zbyt mała ilość zabiegów rehabilitacyjnych,
17. urologia – niewystarczająca ilość procedur kontraktowanych przez NFZ, oddziały mogą wykonać ich więcej,
18. diabetologia – niewystarczające finansowanie przez NFZ zarówno procedur realizowanych w warunkach szpitalnych jak i w lecznictwie ambulatoryjnym,
19. geriatryka – niepodpisywanie przez NFZ kontraktów geriatrycznych wynika z braku lekarzy specjalistów,
20. hematologia – usprawnienia wymaga oparty na JGP system rozliczania świadczeń hematologicznych z NFZ,
21. medycyna paliatywna – stawki oferowane przez LOW NFZ są najniższe w kraju. Jednostki opieki paliatywnej są na granicy opłacalności finansowej. Do opieki domowej, w celu zmniejszenia „białych plam” przyjmowani są pacjenci z miejscowości odległych o 60 km od siedziby jednostek paliatywnych – wskazane byłoby w takich sytuacjach zwiększenie wyceny świadczeń ze względu na koszt paliwa,
22. nefrologia – zbyt niska refundacja kosztów przez NFZ,
23. urologia dziecięca – ograniczona wysokość kontraktu z NFZ, niedoszacowanie procedur z urologii dziecięcej będzie skutkowało stopniowym ograniczaniem możliwości leczenia dzieci – np. leczenia endoskopowo odplywów pęcherzowo – moczowych, pominięto niektóre procedury w katalogu – np. leczenie urazu nerki, brak możliwości sumowania procedur, które dla dobra chorego można wykonywać jednocześnie podczas pobytu na oddziale – konieczność wydłużania pobytu dziecka na oddziale w celu spełnienia warunków procedury NFZ, brak możliwości wspólnego kontraktowania urologii dziecięcej z chirurgią dziecięcą.

PODSUMOWANIE

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2010-2013 stanowi rozwinięcie Strategii Rozwoju Województwa Lubuskiego oraz wpisuje się w Narodowy Program Zdrowia na lata 2006 – 2015. Jest również zgodna z obowiązującymi dokumentami Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej. Przygotowanie Strategii zostało poprzedzone wnikliwą analizą wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań ochrony zdrowia.

Uznano, że Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2009-2013 będzie koncentrować się na osiągnięciu celu strategicznego jakim jest: **Poprawa zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa lubuskiego jako czynnika rozwoju społeczno-ekonomicznego.**

Sformułowano 4 cele strategiczne, kładąc nacisk na poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych oraz promocję zdrowia.

Należy podkreślić, że osiągnięcie założonych w Strategii celów strategicznych i operacyjnych wymagać będzie współdziałania instytucji odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną w województwie lubuskim. Stąd duże znaczenie dla realizacji zapisów Strategii będzie miało funkcjonowanie powołanego przez Marszałka Województwa Lubuskiego Zespołu ds. operacyjnego zarządzania Lubuską Strategią Ochrony Zdrowia.

Ocena efektywności wdrażania prowadzona będzie w oparciu o monitoring. Celem monitoringu będzie ciągła i bieżąca ocena postępów w realizacji Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013, w taki sposób aby zagwarantować realizację celów strategicznych i operacyjnych określonych w Strategii.

Realizacja Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010-2013 powinna przyczynić się przede wszystkim do poprawy wskaźników zdrowotnych i dostępności do świadczeń zdrowotnych, a także poprawy infrastruktury zakładów opieki zdrowotnej oraz zwiększenia efektywności wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia.

I. GŁÓWNE PROBLEMY OCHRONY ZDROWIA W WOJEWÓDZTWIE LUBUSKIM:

1. „Braki kadrowe – największe w dziedzinie medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii, chirurgii ogólnej, pediatrii, chorób wewnętrznych, diagnostyki laboratoryjnej.
2. Brak chętnych do specjalizowania się, a także brak jednostek akredytacyjnych na terenie woj. lubuskiego (luka pokoleniowa).
3. Niedobory kadrowe wśród kardy pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych oraz instrumentariuszek.
4. Atrakcyjniejsza oferta finansowa dla kadry medycznej za granicą.
5. Pogorszenie dostępności do świadczeń zdrowotnych (np. chirurgia stomatologiczna, kardiologia dziecięca, dermatologia, wenerologia, pediatria)
6. Nierównomierna dostępność do niektórych rodzajów i zakresów świadczeń (szczególnie w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej)
7. Ograniczona dostępność do świadczeń z zakresu: chirurgii klatki piersiowej, pediatrii i specjalistki dziecięcej (głównie neurologii, kardiologii, urologii, psychiatrii), rehabilitacji, diabetologii, hematologii, okulistyki, geriatry, endokrynologii, chirurgii stomatologicznej, chirurgii szczękowo-twarzowej, pielęgniarstwa i usług opiekuńczych, a także badań w neonatologii, ortopedia i traumatologia narządu ruchu.
8. Niski poziom finansowania ochrony zdrowia.
9. Zbyt niskie kontrakty z NFZ w odniesieniu do zapotrzebowania – zarówno pod względem liczby świadczeń jak i wyceny punktowej.
10. Zmniejszenie wpływu składek do NFZ może skutkować: niższymi kontraktami, odpływem specjalistów, ograniczeniem dostępności i wydłużeniem kolejek oczekujących na świadczenia, zwiększeniem migracji pacjentów, zagrożeniem akcjami strajkowymi.

11. Wzrost zobowiązań niektórych szpitali.
12. Pozostałe problemy związane z kontraktowaniem świadczeń: brak szeregu schorzeń w grupach JPG, nieuwzględnienie specyfiki usług świadczonych dzieciom, konieczność weryfikacji finansowania SOR, brak możliwości sumowania procedur, brak różnicowania kontraktów w zależności od poziomu referencyjnego szpitala.
13. Konieczność zapewnienia prawidłowego funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego. Brak środków na dostosowanie struktur SOR-ów do wymogów. Problem prawidłowego zabezpieczenia kadry medycznej.
14. Potrzeba wprowadzenia zmian organizacyjnych – głównie w SP Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolski.
15. Konieczność przeprowadzenia remontów w obiektach szpitalnych (głównie Cibórz, Zielona Góra, Gorzów Wielkopolski, Nowa Sól)
16. Konieczność doposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny lub wymiany na sprzęt nowszej generacji.
17. Brak ośrodków klinicznych.

II. MOCNE STRONY OCHRONY ZDROWIA W WOJEWÓDZTWIE LUBUSKIM:

1. Lider w procesie przekształceń szpitali i leczenia ambulatoryjnego.
2. Dostosowywanie profilu działania oddziałów szpitalnych do potrzeb (m.in. rozwój form opieki długoterminowej).
3. Długotrwale i sprawnie działający RUM.
4. Poprawa zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz remonty i modernizacje infrastruktury z wykorzystaniem m.in. środków unijnych.
5. Nowatorskie terapie i zabiegi operacyjne.
6. Migracja pacjentów z innych województw do szpitali lubuskich, głównie w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień oraz w neurochirurgii, ortopedii ostrej, kardiologii i in.
7. Względnie stabilna sytuacja w szpitalach (codzienne monitorowanie) – zmiany w zatrudnieniu dotyczą głównie zmian formy zatrudnienia.
8. Zwiększająca się liczba podmiotów posiadających akredytację oraz certyfikat jakości".

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013

Część II: Diagnoza do Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013

Załącznik 4: Raport zespołu ds. Opracowania strategii psychiatrii dla województwa lubuskiego



Zielona Góra - Styczeń 2010 roku

Zadaniem Zespołu było przeanalizowanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubuskiego w zakresie zdrowia psychospołecznego, zarówno w odniesieniu do osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży, pod kątem tworzenia i prowadzenia zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zgodnie z potrzebami wynikającymi, w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa.

Opracowanie wykonano w oparciu o następujące akty prawne i materiały:

- (1) Projekt Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego opracowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, 10.10.2006 r. przez Zespół pod kierunkiem Jacka Wciórki, Marka Jaremy;
- (2) Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz. U. Nr 111, poz. 535);
- (3) Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.);
- (4) Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. (Dz. U. 2002 Nr 147, poz. 1231);
- (5) Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. Nr 179, poz. 1485);
- (6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających z dnia 10 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.);
- (7) Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej z dnia 20 kwietnia 2005 r. (Dz. U. Nr 79, poz. 692);
- (8) „Opinia na temat sytuacji i dostosowania organizacji psychiatrycznej służby zdrowia w województwie lubuskim do projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego” Konsultanta Wojewódzkiego prof. Dr hab. Andrzeja Rajewskiego z dnia 10.12.2007 r.;
- (9) „Psychiatryczna i neurologiczna opieka zdrowotna na terenie województwa lubuskiego w latach 2004 – 2005”, Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wlkp., listopad 2006 r.;
- (10) „Choroby psychiczne na terenie województwa lubuskiego w porównaniu z krajem” Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wlkp., czerwiec 2007 r.
- (11) Dane ze szpitali psychiatrycznych województwa lubuskiego.
- (12) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009r. w sprawie priorytetów zdrowotnych;
- (13) Rozporządzenia koszykowe z dnia 31 sierpnia 2009r.

Zespół dokonał oceny w zakresie psychiatrycznego leczenia zamkniętego, ambulatoryjnego i form pośrednich. W tym celu posłużył się danymi GUS dotyczącymi zaludnienia poszczególnych powiatów województwa lubuskiego, danymi ze szpitali psychiatrycznych uwzględniającymi migrację pacjentów leczonych z innych województw, danymi z NFZ, Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wlkp. oraz wytycznymi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i ustalił, co następuje:

I. Województwo lubuskie stanowi 12 powiatów oraz 2 miasta na prawach powiatu o następującym zaludnieniu (dane GUS z dnia 01.01.2008 r.):

- (1) **powiat gorzowski** – 66 172 mieszkańców – 54 osoby / km²,
- (2) **powiat krośnieński** – 56 297 mieszkańców – 40 osób / km²,
- (3) **powiat międzyrzecki** – 58 279 mieszkańców – 42 osoby / km²,
- (4) **powiat nowosolski** – 86 882 mieszkańców – 112 osób / km²,
- (5) **powiat słubicki** – 46 551 mieszkańców – 47 osób / km²,
- (6) **powiat strzelecko – drezdenecki** – 50 072 mieszkańców – 40 osób / km²,
- (7) **powiat sulęciński** – 35 349 mieszkańców – 30 osób / km²,
- (8) **powiat świebodziński** – 56 094 mieszkańców – 60 osób / km²,
- (9) **powiat wschowski** – 38 906 mieszkańców – 62 osoby / km²,
- (10) **powiat zielonogórski** – 90 389 mieszkańców – 62 osoby / km²,
- (11) **powiat żagański** – 81 946 mieszkańców – 72 osoby / km²,

- (12) powiat żarski – 98 610 mieszkańców – 71 osób / km²,
 (13) Gorzów Wlkp. – 125 411 mieszkańców,
 (14) Zielona Góra – 117 523 mieszkańców.

II. Według danych uzyskanych ze szpitali psychiatrycznych województwa lubuskiego wynika, że liczba osobodni wykorzystanych przez mieszkańców województwa lubuskiego w okresie od 01.01.2007 r. do 30.09.2008 r. jest znacznie mniejsza niż wskazują na to statystyki, które nie uwzględniają migracji pacjentów z innych województw i w przeliczeniu na łóżka przedstawia się następująco:

Psychiatria ogólna:

Szpital	% osobodni woj. lubuskie	łóżka rzeczywiste	łóżka dla woj. lubuskiego
Gorzów Wlkp.	93	101	94
Międzyrzecz	63	201	127
Cibórz	97,5	125	122
Żary	97,5	44	43

Województwo lubuskie dysponuje łącznie około **386** łózkami „psychiatrycznymi ogólnymi” dla potrzeb swoich mieszkańców.

Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych:

Szpital	% osobodni woj. lubuskie	łóżka rzeczywiste	łóżka dla woj. lubuskiego
Gorzów Wlkp.	92	22	20
Międzyrzecz	61	24	15
Cibórz	95	30	29

Województwo lubuskie dysponuje łącznie około **64** łózkami „detoksykacji alkoholowej” dla potrzeb swoich mieszkańców.

Terapia alkoholowa:

Szpital	% osobodni woj. lubuskie	łóżka rzeczywiste	łóżka dla woj. lubuskiego
Międzyrzecz	79	42	33
Cibórz	90,5	45	41

Województwo lubuskie dysponuje łącznie około **74** łózkami „terapii alkoholowej” dla potrzeb swoich mieszkańców.

Terapia i rehabilitacja narkotykowa:

Szpital	% osobodni woj. lubuskie	łóżka rzeczywiste	łóżka dla woj. lubuskiego
Cibórz	73	60	44
Nowy Dworek	24	215	52
Strychy	32	30	10

Województwo lubuskie dysponuje łącznie około **106** łózkami „terapii narkotykowej” dla potrzeb swoich mieszkańców.

Psychiatria dzieci i młodzieży:

Szpital	% osobodni woj. lubuskie	łóżka rzeczywiste	łóżka dla woj. lubuskiego
Zabór	48	105	50

Województwo lubuskie dysponuje łącznie około **50** łózkami dla dzieci i młodzieży dla potrzeb swoich mieszkańców.

ZOL:

Szpital	% osobodni woj. lubuskie	łóżka rzeczywiste	łóżka dla woj. lubuskiego*
Gorzów Wlkp.	70	128	94
Międzyrzecz	80	186	127
Cibórz	92	229	92

* łóżka zostały pomniejszone o liczbę chorych z innych województw umieszczonych w lubuskich Zakładach Opiekuńczo – Leczniczych w okresie powojennym i zarejestrowanych w województwie lubuskim w 1999 r. z powodów formalnych

Województwo lubuskie dysponuje łącznie około **313** łózkami w ZOL dla potrzeb swoich mieszkańców.

III. Istnieją pewne rozbieżności pomiędzy danymi znajdującymi się w posiadaniu Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego, a danymi przekazanymi przez poszczególne jednostki lecznictwa psychiatrycznego podległe Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Lubuskiego. Różnice te wynikają z faktu podania przez poszczególne szpitale faktycznego wykorzystania wszystkich łóżek, w tym tzw. „łóżek dostawkowych”, niezbędnych w sytuacjach wymagających bezwzględnego leczenia pacjentów chorych psychicznie w poszczególnych oddziałach przy 100% wykorzystaniu łóżek zarejestrowanych. Powyższa sytuacja jest odzwierciedlona w danych statystycznych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w postaci przeciętnego wykorzystania łóżek w niektórych oddziałach przekraczającego 100%. Natomiast mniejsza liczba łóżek podana przez dany szpital niż wynikająca z danych LCZP wymaga stosownych weryfikacji.

IV. Analiza obecnych zasobów województwa lubuskiego w odniesieniu do psychiatrycznego lecznictwa zamkniętego przeznaczonego dla Lubuszan przedstawia się następująco:

oddziały	obecna liczba łóżek	wymagana liczba łóżek wg NPOZP	braki
Psychiatria ogólna	386	403	- 17
Detoksykacja alkoholowa	64	30	+ 34
Terapia alkoholowa	74	121	- 47
Terapia / rehabilitacja narkotykowa	106	71	+ 35
Psychiatria dzieci i młodzieży	50	40	+ 10
ZOL	313	202	+ 111
Detoksykacja narkotykowa	8	10	-2
Hotele dla osób uzależnionych od narkotyków	22	20	+2
Hotele dla dorosłych z zaburzeniami psych.	0	20	-20
Hotele dla dzieci i młodz. z zaburzeniami psych.	0	1 hostel	- 1 hostel
Hotele dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych	0	1 hostel	- 1 hostel

V. Na podstawie danych LCZP za 2007 r. przeanalizowano sytuację leczenia ambulatoryjnego i form pośrednich na terenie województwa lubuskiego i stwierdzono, co następuje:

Rodzaj opieki	Stan w woj. lub. w roku	Wymagane normy wg	Braki / nadmiar
---------------	-------------------------	-------------------	-----------------

ambulatoryjnej lub pośredniej	2007 (zarówno z, jak i bez kontraktu z NFZ)	NPOZP	uwagi
PZP dla dorosłych	34 poradnie, w tym 1 psychogeriatryczna	20	brak poradni w powiecie gorzowskim i słubickim
Oddziały dzienne psychiatryczne dla dorosłych	68 miejsc (48 w Zielonej Górze i 20 w Gorzowie Wlkp.)	303 miejsca łącznie w Zielonej Górze i Gorzowie Wlkp.	Brak łącznie 235 miejsc
ZLŚ dla dorosłych	2 zespoły	20	-18
PZP dla dzieci i młodzieży	3 poradnie, w tym jedna dla uzależnionych od alkoholu	7	-5
Oddziały dzienne dla dzieci i młodzieży	brak	101 miejsc	-101
ZLŚ dla dzieci i młodzieży	brak	7 zespołów	-7
Poradnia Pomocy Rodzinie	brak	1 w województwie	-1
Poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	14	5	+ 9, nierównomierne rozmieszczenie, brak w powiatach gorzowskim, strzelecko-drezdeneckim, słubickim, zielonogórskim
Oddziały dzienne terapii uzależnienia od alkoholu	2	2	-
Poradnie dla uzależnionych od środków psychoaktywnych	9	6	+3
Oddziały dzienne terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych	brak	1 oddział	-1
Dostęp do leczenia substytucyjnego dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych	1 poradnia	2 poradnie	- 1 poradnia w powiecie świebodzińskim

W województwie lubuskim istnieją znaczne deficyty w odniesieniu do opieki niestacjonarnej, zwłaszcza dotyczy to opieki nad dziećmi i młodzieżą, oddziałów dziennych oraz zespołów leczenia środowiskowego. Istnieje wprawdzie nadmiar poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych oraz dla uzależnionych od środków psychoaktywnych, ale podkreślić należy, że nie wszystkie z nich mają kontrakt z NFZ i są czynne codziennie, a dodatkowo rozmieszczone są nierównomiernie, istnieją powiaty posiadające ograniczoną dostępność do nich. Ponadto na uwagę zasługuje fakt, że województwo lubuskie od wielu lat zajmuje pierwsze miejsce w kraju jeśli chodzi o występowanie zaburzeń nerwicowych, dotyczy to zarówno chorobowości, zapadalności, jak i leczenia. Z danych LCZP wynika, że dostępność do psychoterapii w warunkach ambulatoryjnych jest ograniczona (w 2007 r. z psychoterapii indywidualnej skorzystało zaledwie 8 176 osób, z grupowej lub rodzinnej - 2 116, przy wskaźniku leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń nerwicowych 1 236,2 na 100 tys. ludności w 2006 r.!).

VI. Analiza zasobów kadrowych psychiatrycznej opieki Województwa lubuskiego wykazuje znaczne niedobory. Według LCZP faktyczne i oczekiwane zatrudnienie w wybranych zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej przedstawia się następująco:

zawód	liczba zatrudnionych	potrzeby wg NPOZP	braki
psychiatrzy	82	101	- 19
psychiatrzy dzieci i młodzieży	3	10	-7
psycholodzy kliniczni	47	96	-49
pracownicy socjalni	16	101	-85
pielęgniarki	509	353	+156
terapeuci zajęciowi	57	81	-24
psychoterapeuci	4	20	-16
specjaliści i instruktorzy terapii odwykowej	94	30	+64

W większości zawodów województwo posiada znaczne niedobory, by sprostać wymaganiom NPOZP. Zaskakujący wydaje się być nadmiar pielęgniarek, ale należy pamiętać, że w województwie występuje znaczne przesunięcie opieki psychiatrycznej w kierunku leczenia stacjonarnego. Podobna sytuacja dotyczy zawodów zajmujących się leczeniem uzależnień.

VII. Przy ocenie potrzeb mieszkańców województwa lubuskiego w zakresie leczenia psychiatrycznego i uzależnień nie sposób pominąć migracji naszych pacjentów poza województwo, zwłaszcza w odniesieniu do leczenia stacjonarnego przy najbardziej rozwiniętej w kraju bazie szpitalnej. Lubuszanie, wg. danych LOW NFZ za pierwsze półrocze 2008 r., najczęściej leczą się w:

- (1) oddziałach psychiatrycznych,
- (2) oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych,
- (3) oddziałach rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych,
- (4) oddziale leczenia uzależnień,
- (5) oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży,
- (6) oddziałach psychiatrycznych o wzmocnionym zabezpieczeniu,
- (7) oddziałach terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Wydaje się być zrozumiałą migracją poza miejsce zamieszkania jeśli chodzi o leczenie zaburzeń psychicznych. Należałoby się jednak zastanowić, czy nie można jej ograniczyć. Na podkreślenie zasługuje fakt, że na pierwszym miejscu widnieją oddziały psychiatryczne. Największą migracją poza województwo obserwuje się ponadto w powiecie wschowskim, co jest zrozumiałe ze względu na zdecydowanie większą odległość do oddziałów psychiatrycznych na terenie województwa niż do Szpitala Psychiatrycznego w Kościanie. Przy wykazanym wcześniej niedoborze łóżek psychiatrycznych dla potrzeb mieszkańców województwa i nierównomiernym ich rozmieszczeniu jest to dodatkowy argument za stworzeniem oddziału psychiatrycznego przy szpitalu ogólnym na terenie

Nowej Soli, Zielonej Góry, czy Żagania. Także zwiększenie dostępności do leczenia zaburzeń nerwicowych w warunkach ambulatoryjnych, zwłaszcza do psychoterapii, powinno zmniejszyć zapotrzebowanie na leczenie tego rodzaju zaburzeń w warunkach stacjonarnych. W końcu należy podkreślić dwa z pewnością decydujące o migracji na zewnątrz Lubuszan czynniki, a mianowicie: znaczne niedobory specjalistycznej kadry oraz wymagające poprawy warunki pobytu w większości jednostek leczenia szpitalnego, dla których organem założycielskim jest Województwo Lubuskie.

Wnioski końcowe:

- (1) Psychiatria ogólna, do której zaliczono tzw. „psychiatrię ostrą” (całodobowe oddziały psychiatryczne ogólne), psychogeriatricę, oddziały psychosomatyczne, oddziały leczenia nerwic oraz rehabilitację psychiatryczną, posiada nieznaczny niedobór łóżek dla potrzeb województwa lubuskiego. Mając na względzie wytyczne NPOZP należałoby w najbliższych latach ograniczyć powstawanie oddziałów przy dużych szpitalach psychiatrycznych, a dążyć do ich powstawania przy szpitalach ogólnych, głównie w powiatach o większym zaludnieniu (Zielona Góra, Nowa Sól, Żagań). Równocześnie istniejące już oddziały przy dużych szpitalach psychiatrycznych powinny być w dalszym ciągu przekształcane w oddziały wysokospecjalistyczne (część takich oddziałów już istnieje – oddziały psychogeriatriczne, rehabilitacji psychiatrycznej, leczenia zaburzeń nerwicowych; inne możliwe do utworzenia, to oddział leczenia zaburzeń afektywnych, czy też oddział leczenia pierwszego epizodu i pierwszego nawrotu schizofrenii).
- (2) Ograniczenie dostępności do oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu (niedobór 27 łóżek) spowodował zwiększone zapotrzebowanie w województwie na oddziały detoksykacji alkoholowej (nadmiar 34 łóżek), stąd wydaje się, że zwiększenie liczby łóżek „terapeutycznych” będzie skutkowało stopniowym zmniejszaniem zapotrzebowania na „detoksykację”. Do rozważenia jest utworzenie oddziału terapii dla osób z postanowieniem sądowym na przymusowe leczenie odwykowe (średni czas oczekiwania na przymusowe leczenie odwykowe obecnie wynosi kilka lat, zaś postanowienie Sądu ważne jest 2 lata).
- (3) Liczba łóżek szpitalnych dla dzieci i młodzieży jest w województwie wystarczająca, ale skoncentrowana w dużym szpitalu psychiatrycznym. Taką sytuację zrównoważyłoby rozśrodkowanie usług dla dzieci i młodzieży jeśli chodzi o leczenie ambulatoryjne, oddziały dzienne, opiekę środowiskową. Niepokojąca jest także zła dostępność do usług ambulatoryjnych dla tej grupy populacji wynikająca z niedoboru specjalistów psychiatrów dzieci i młodzieży. Nagłą potrzebą w tym zakresie jest zwiększenie liczby poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz pozyskanie specjalistów.
- (4) Województwo posiada pewien nadmiar łóżek dla osób uzależnionych od narkotyków, ale należy wziąć pod uwagę, że województwo lubuskie jest jednym z najbardziej narażonych województw w kraju na rozprzestrzenianie się narkomanii, stąd nadmiar ten jest uzasadniony (wg danych LCZP woj. lubuskie w 2005 r. w zakresie chorobowości na zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych znajdowało się na drugim miejscu w kraju). Niemniej jednak w przyszłości liczba łóżek stacjonarnych powinna być stopniowo ograniczana na rzecz leczenia ambulatoryjnego i form pośrednich.
- (5) W chwili obecnej istnieje nadmiar łóżek w Zakładach Leczniczo – Opiekuńczych dla mieszkańców województwa lubuskiego (111 łóżek). Stan ten powinien ulec stopniowej normalizacji w najbliższych latach poprzez częściowe przejęcie opieki nad przewlekłe choremi przez profilowane domy pomocy społecznej, rozwój opieki środowiskowej, powstawanie oddziałów dziennej. Mając na względzie istniejącą już bazę szpitalną, łóżka opiekuńczo – lecznicze powinny znajdować się przy dużych szpitalach psychiatrycznych, takich jak Międzyrzecz i Cibórz.
- (6) W województwie lubuskim brak jest hosteli zarówno dla osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.
- (7) Biorąc powyższe pod uwagę faktycznie województwo lubuskie nie posiada nadmiaru łóżek stacjonarnych leczenia psychiatrycznego na potrzeby swoich mieszkańców, jednostki podległe Zarządowi Województwa Lubuskiego w różnym stopniu świadczą usługi dla innych

województw, czy całego kraju. Biorąc pod uwagę fakt zmiany zasad rozliczania przez NFZ pacjentów leczonych z innych województw na zdecydowanie korzystniejsze dla województwa lubuskiego na chwilę obecną należałoby powstrzymać decyzję o zmniejszaniu zasobów psychiatrycznych. Dopiero dokładna analiza kosztów i zysków w najbliższych latach powinna dać odpowiedź, czy województwu lubuskiemu opłaca się świadczyć usługi dla innych województw.

- (8) Zmniejszenie liczby leczenia stacjonarnego przy znacznych niedoborach leczenia ambulatoryjnego i środowiskowego na dzień dzisiejszy stanowić może poważne zagrożenie dla mieszkańców województwa.
- (9) Priorytetem dla opieki psychiatrycznej województwa lubuskiego powinno być rozwijanie opieki środowiskowej, oddziałów dziennych, niestacjonarnej opieki dla dzieci, młodzieży i ich rodzin oraz dążenie do poprawy warunków bytowych w oddziałach szpitalnych.
- (10) Istnieje konieczność tworzenia przez samorzady powiatów i gmin lokalnych ośrodków pomocy kryzysowej oferujących poradnictwo i pomoc w stanach kryzysu zagrażającego zdrowiu psychicznemu oraz lokalnych centrów zdrowia psychicznego zapewniających mieszkańcom powiatu lub gminy kompleksową, środowiskową, stacjonarną i niestacjonarną opiekę w zakresie zdrowia psychicznego. Centra takie mają być tworzone na obszarze zamieszkałym przez co najmniej ok. 50 tys. mieszkańców (wg stanu na koniec 2008r. w 10 powiatach woj. lubuskiego mieszkało powyżej 50 tys. ludności, tj. gorzowskim, krośnieńskim, międzyrzeckim, nowosolskim, świebodzińskim, zielonogórskim, żagańskim, żarskim oraz takich miastach, jak Gorzów Wlkp. i Zielona Góra).
- (11) Nagłącą potrzebą województwa lubuskiego jest pozyskanie specjalistycznej kadry świadczącej usługi psychiatryczne!!! Biorąc pod uwagę fakt, że nasze województwo przoduje w ilości świadczonych usług psychiatrycznych, zaś pod względem zasobów kadrowych jest na jednym z ostatnich miejsc w kraju, nasuwa się wątpliwość dotycząca jakości tych usług.

