

# **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](http://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>b.d.</b>	<b>-32 542 750</b>	<b>-11 281 076</b>	<b>11 047 644</b>
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>b.d.</b>	<b>-20 481 780</b>	<b>4 643 193</b>	<b>23 399 666</b>
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>b.d.</b>	<b>-35 868 050</b>	<b>-8 027 057</b>	<b>6 421 612</b>
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>b.d.</b>	<b>-25 421 111</b>	<b>74 846 189</b>	<b>10 284 241</b>
N	Zysk [ strata ] netto [ K-L-M ]	<b>b.d.</b>	<b>-25 270 333</b>	<b>74 828 357</b>	<b>10 989 791</b>

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

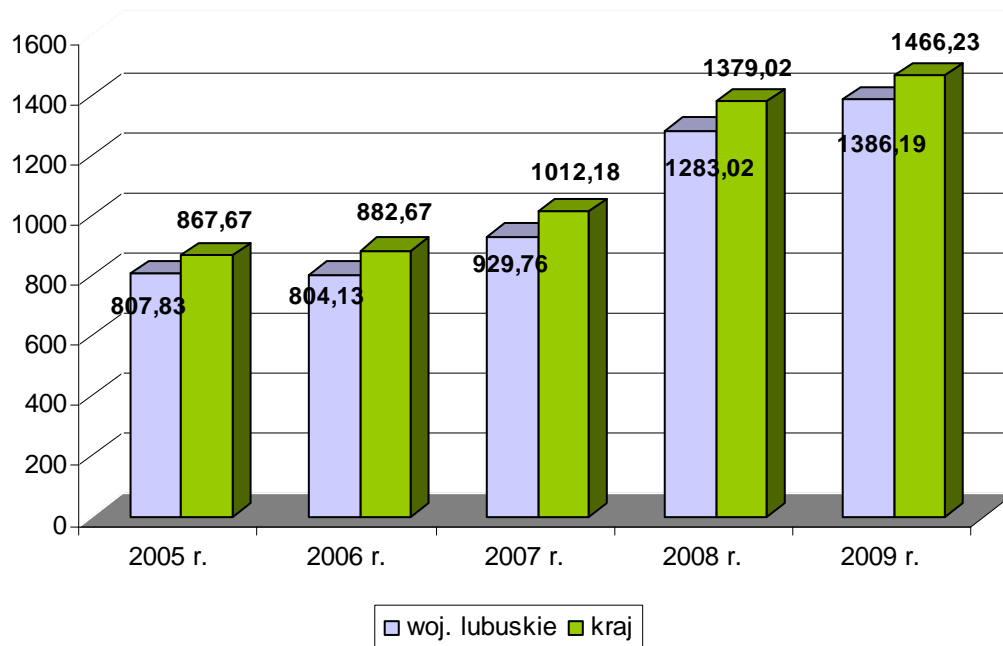
Główną pozycję należności stanowią pozostałe należności. Należności od NFZ stanowiły na koniec 2006 roku 46,64 % należności krótkoterminowych, a na koniec 2007 r. – 43,86 % należności krótkoterminowych ogółem.

**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

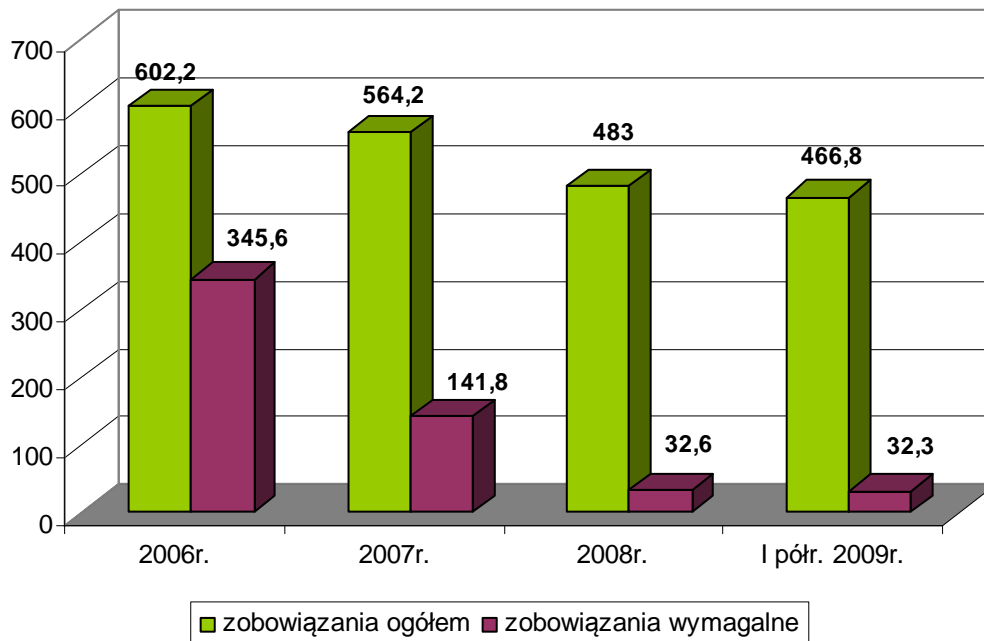
**Tabela nr 8: Migracje pacjentów – per saldo w woj. lubuskim w latach 2006-2009 (w tys. zł)**

	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 przeznaczane 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 Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu,
- Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno - Kardiologiczny SP ZOZ w Torzymiu,
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie 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
1	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.
1	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 ortoptopedyczny 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 populację 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.
1	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 skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w czasie urlopu, to omijałoby 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 małopolskie, czy łódzkie 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.<sup>1</sup>

### 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 intensywna terapia (ok. 20 specjalistów),
3. ortopedia i traumatologia narządów ruchu (ok. 15 lekarzy specjalistów),

---

<sup>1</sup> 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 (zmniejszenie 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 foniatryka (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 Dziecięcy 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 kardiomonitorów 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 zmiennościśnieniowych, 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 leczenia ambulatoryjnego).

Niedostateczna jest również dostępność w następujących dziedzinach:

1. badania w neonatologii w szpitalach I poziomu referencyjnego (ograniczony wymiar czasu),
2. diabetologia (niewystarczająca baza leczenia 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 stomatologiczna – 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 referencji).

### 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 zróżnicowania 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 gruperze ,
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 odpływów pęcherzowo – moczowych, pominięto niektóre procedury w katalogi – 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 wewnętrzną i zewnętrzną 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, geriatrici, 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 zróżnicowania 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 lecznictwa ambulatoryjnego.
2. Dostosowywanie profilu działania oddziałów szpitalnych do potrzeb (m.in. rozwój form opieki długoterminowej).
3. Długotrwanie 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”.