

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2010 - 2013

Część I – Priorytetowe Cele i Działania



Zielona Góra - Styczeń 2010 roku

Zapraszamy na www.nizielskiborys.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 Cele operacyjne dla celu strategicznego A.....	12
1.2.2 Cele operacyjne dla celu strategicznego B.....	14
1.2.3 Cele operacyjne dla celu strategicznego C.....	15
1.2.4 Cele operacyjne dla celu strategicznego D.....	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

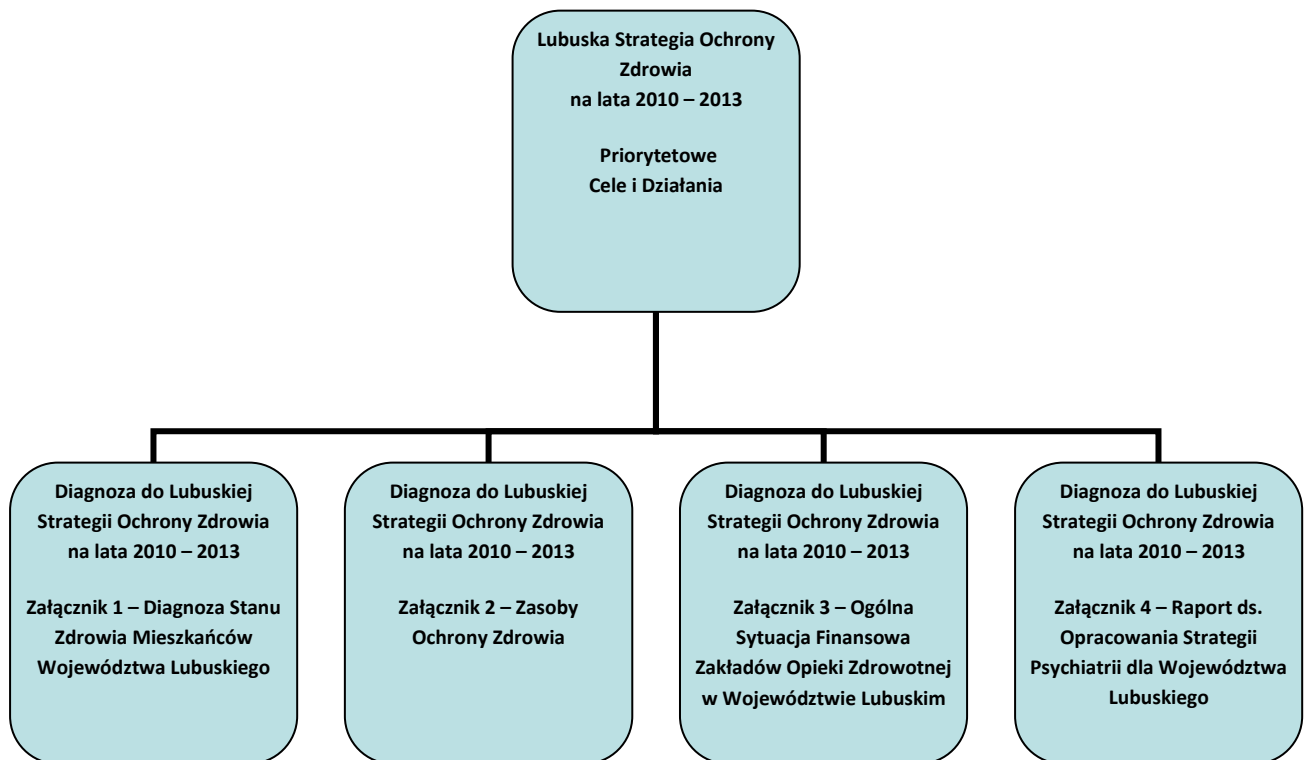
WSTĘP

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, restrukturyzację 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;*
przewodzenie 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 marginalizowanymi*”. 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 osiągnięcie 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 przyczynowoskutkowych 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 narażenie 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.

C.	Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych
-----------	---

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 równolegle 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.

Cel operacyjny 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 dokształcania 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 C.1.	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 przedkoncepcyjnym jak i w czasie ciąży.
Cel operacyjny C.2.	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 C.3.	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 C.4.	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
Działanie:	<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;
- Samorządy powiatowe i miasta na prawach powiatu;
- Samorządy gminne, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które pełnią funkcję organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- Środowiska powołane do kreowania rozwoju poszczególnych dziedzin medycyny (grupy ekspertów, towarzystwa naukowe, zarządzający zakładami opieki zdrowotnej, zwłaszcza szpitalami, itp.);
- Samorządy 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 Strategię 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 wcześnie 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 zmienią 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: <i>zgodnie z ustawą o statystyce publicznej</i>

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: <i>zgodnie z ustawą o statystyce publicznej</i>

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

WSKAŹNIKI/MIERNIKI	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
Syntetyczny 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 budżetów 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.

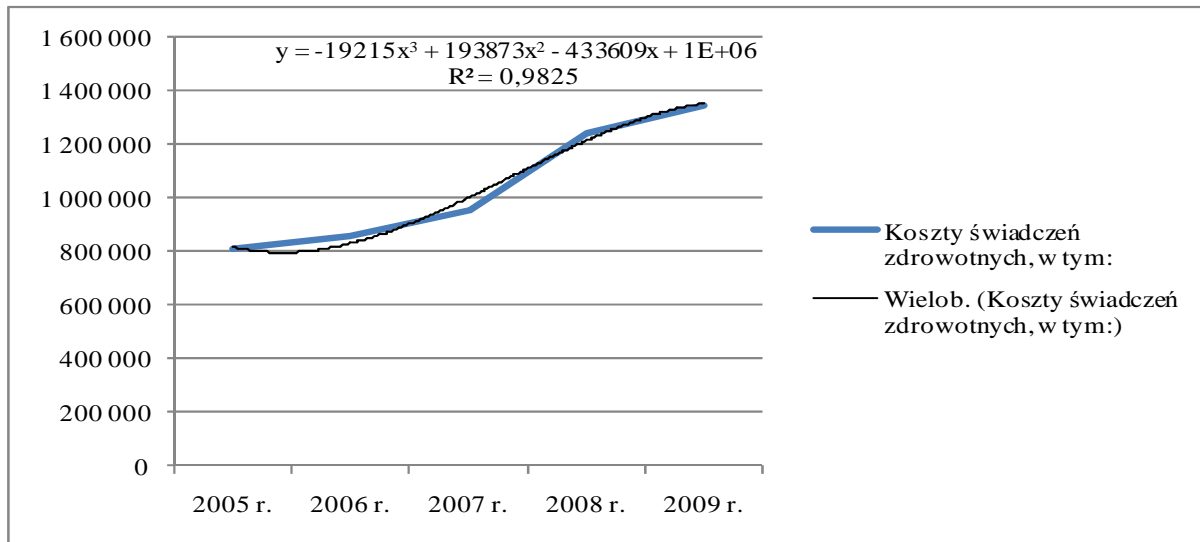
4.1 ŚRODKI FINANSOWE LUBUSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NFZ

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 GORZOWSKI					
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 KROŚNIĘSKI					
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	59 407,52	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 Indykatywnym 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 samorządy 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.