



Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Zielona Góra, 7 kwietnia 2014 r.

Spis treści

1.	Wstęp	4
2.	Spójność Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 z regionalnymi, krajowymi i europejskimi dokumentami strategicznymi	7
3.	Charakterystyka populacji.....	15
3.1	Ludność województwa lubuskiego	15
3.2	Urodzenia żywe	17
3.3	Przyrost naturalny.....	18
3.4	Przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia	19
3.5	Zgony ogółem.....	20
3.6	Zgony niemowląt.....	23
3.7	Prognoza zmian stanów ludności w województwie lubuskim	24
3.8	Sytuacja zdrowotna.....	26
3.8.1	Chorobowość i zachorowalność	26
3.8.2	Choroby zawodowe.....	31
3.8.3	Struktura niepełnosprawności	32
3.8.4	Zdrowie psychiczne.....	34
3.8.5	Opieka nad matką i dzieckiem	45
3.8.6	Epidemiologia chorób zakaźnych w latach 2008-2012	49
4.	Stan sanitarno-techniczny zakładów opieki zdrowotnej	60
4.1	Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	60
4.2	Podmioty wykonujące działalność leczniczą polegającą na udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych oraz praktyki zawodowe	64
5.	Środowiskowe uwarunkowania zdrowia.....	66
5.1	Współczynnik urbanizacji	66
5.2	Poziom wykształcenia	66
5.3	Poziom dochodów	67
5.4	Poziom bezrobocia	68
5.5	Turystyka.....	69
5.6	Sport i rekreacja.....	70
6.	Zasoby ochrony zdrowia.....	73
6.1	Kadra medyczna	73
6.1.1	Kierunek lekarski	76
6.1.2	Specjaliści w zawodach medycznych.....	77
6.1.3	Podstawowa Opieka Zdrowotna.....	81
6.2	Lecznictwo stacjonarne	83
6.2.1	Łóżka rzeczywiste i ich wykorzystanie	84
6.3	Lecznictwo ambulatoryjne.....	89
6.4	Wyposażenie placówek ochrony zdrowia.....	91
6.5	Programy profilaktyczne	92
6.5.1	Program Profilaktyki Raka Piersi.....	92
6.5.2	Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy	93
6.5.3	Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia	95
6.5.4	Program Profilaktyki Chorób Odytoniowych (w tym POCHP)	96
6.5.5	Program Badań Prenatalnych	96
6.5.6	Program Profilaktyki Gruźlicy	97
6.5.7	Programy profilaktyczne finansowane z innych źródeł niż LOW NFZ	97
7.	Sytuacja finansowa w publicznej służbie zdrowia	98
7.1	Finanse samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej	100
7.2	Restrukturyzacja lubuskich jednostek ochrony zdrowia.....	102
7.2.1	Program rządowy – Plan B.....	103
7.2.2	Ustawa o działalności leczniczej	104
7.2.3	Zmiany formy organizacyjno-prawnej jednostek ochrony zdrowia, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa lubuskiego	107
8.	Strategia kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.....	108
8.1	Długość oczekiwania na świadczenie zdrowotne	110
8.2	Wpływ migracji na dostępność świadczeń dla mieszkańców.....	112

9.	Opinie konsultantów wojewódzkich	114
9.1	Opinie w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych	115
9.2	Opinie w zakresie poziomu udzielanych świadczeń.....	116
9.3	Opinie w zakresie kadry medycznej	117
9.4	Opinie w zakresie infrastruktury.....	117
9.5	Opinie w zakresie sprzętu i aparatury medycznej.....	118
9.6	Opinie w zakresie kontraktów zawieranych z NFZ	119
10.	Podsumowanie diagnozy lubuskiego systemu ochrony zdrowia	121
11.	Priorytetowe cele i działania	124
12.	Wdrażanie i ocena wyników realizacji Strategii	136
12.1	Podmioty wdrażające.....	136
12.2	Zarządzanie procesem wdrażania Strategii.....	136
12.3	Monitoring Strategii	137
12.3.1	Wskaźniki poziomu wdrażania Strategii.....	138
12.3.2	Wskaźniki oceny efektów realizacji Strategii	140
12.3.3	Mierniki realizacji Strategii	143
12.4	Źródła finansowania	144
12.4.1	Środki finansowe Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia	144
12.4.2	Środki budżetowe samorządu województwa lubuskiego	145
12.4.3	Własne środki finansowe samorządów powiatowych.....	146
12.4.3	Środki pochodzące z Unii Europejskiej	149
12.4.4	Finansowanie inwestycji z Funduszy Europejskich w perspektywie 2014-2020.....	152
	Spis tabel.....	155
	Spis wykresów	158

1. Wstęp

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 stanowi rozwinięcie Strategii Rozwoju Województwa Lubuskiego 2020 i określa cele oraz działania związane z ochroną zdrowia. Realizacja zapisów zawartych w niniejszym dokumencie ma się przyczynić do osiągnięcia zaplanowanego celu nadrzędnego jakim jest **Wzmocnienie jakości życia poprzez poprawę zdrowia mieszkańców Województwa Lubuskiego i zmniejszanie nierówności w zdrowiu.**

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 2014-2020 jest kontynuacją wyznaczonych kierunków działań w zakresie ochrony i promocji zdrowia w Województwie Lubuskim, zawartych w Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2010-2013 przyjętej Uchwałą nr XLVI/443/2010 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 1 lutego 2010 roku.

Aktualnie opracowany dokument jest rezultatem analizy danych i informacji, prac eksperckich, szerokich konsultacji społecznych oraz zaangażowania podmiotów funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia. Określa priorytetowe cele i kierunki w polityce promocji i ochrony zdrowia w regionie lubuskim w kolejnych latach. Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 jest wyrazem dążenia Województwa Lubuskiego do zapewnienia wszystkim jego mieszkańcom swobodnego i równego dostępu do opieki medycznej o możliwie najwyższym standardzie.

Podstawę opracowania niniejszego dokumentu stanowią postanowienia ustaw: z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa art. 14 ust.1 pkt 2 (Dz. U. z 2013 r. poz. 596, 645) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 9 pkt 1 (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Mając na uwadze powyższe postanowienia, Sejmik Województwa Lubuskiego w dniu 18 marca 2013 roku, podjął uchwałę w sprawie przystąpienia do prac nad opracowaniem Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 oraz przyjęcia zasad, trybu i harmonogramu tych prac.

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

- podmiotów leczniczych,
- potencjału kadry medycznej,
- stanu technicznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną jednostek ochrony zdrowia,
- badania kondycji finansowej podmiotów leczniczych,
- 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, wskazujący propozycje rozwiązań określonych problemów

z tego zakresu oraz obszary wymagające naprawy bądź uregulowania w perspektywie kilku najbliższych lat.

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

W celu wdrożenia efektywnego systemu zarządzania rozwojem kraju, zapisy ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju zakładają opracowanie hierarchii dokumentów strategicznych. Zgodnie z „Załoženiami systemu zarządzania rozwojem Polski”, przyjętymi przez Radę Ministrów w dniu 27 kwietnia 2009 r., diagnoza oraz cele i planowane kierunki interwencji w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej oraz zdrowia publicznego nie są w Polsce przedmiotem wyodrębnionej strategii. Najważniejsze założenia polityki zdrowotnej Polski zawarte są w następujących dokumentach strategicznych: Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju Polska 2030, Trzecia fala nowoczesności. (Uchwała Rady Ministrów nr 16 z dnia 5 lutego 2013 r. MP z 1 marca 2013r. poz. 121) oraz Średniookresowej Strategii Rozwoju Kraju Polska 2020 (Uchwała Rady Ministrów nr 157 z dnia 25 września 2012 r. MP z 22 listopada 2012 r. poz. 882), tj. dokumentach o charakterze kompleksowym i horyzontalnym określających podstawowe uwarunkowania, cele i kierunki rozwoju kraju w wymiarze społeczno-gospodarczym oraz w poszczególnych strategiach zintegrowanych, które mają charakter problemowy i służą realizacji celów rozwojowych określonych w Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju Polska 2030 oraz Strategii Rozwoju Kraju Polska 2020.

Do głównych strategii zintegrowanych wytyczających priorytety w obszarze zdrowia należy przyjęta w dniu 12 lutego 2013 r. Strategia Sprawne Państwo (Uchwała Rady Ministrów nr 17 z dnia 12.02.2013 r. MP z 07.03.2013 r. poz.136) oraz finalizowany obecnie projekt Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego (*projekt został przyjęty przez Stały Komitet Rady Ministrów w dniu 23.05.2013 r.*). Uzupełnieniem strategicznych ram polityki zdrowotnej Polski są akty prawne dotyczące ochrony zdrowia określające „ramy ustrojowe” funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz projekty aktów prawnych wdrażające cele i kierunki interwencji zapisane w ww. dokumentach strategicznych.

Dokumentami implementującymi cele i kierunki interwencji w zakresie ochrony zdrowia będą także takie dokumenty jak np. *Plan działań do Strategii Sprawne Państwo*, dokument implementacyjny Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego: *„Narzędzia realizacji Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego”* oraz przygotowywany obecnie przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020: Nowy Wymiar Aktywnej Integracji*. Dokument ten stanowić będzie uszczegółowienie i uzupełnienie dokumentów strategicznych, w szczególności w odniesieniu do celu tematycznego pn. *„Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem”* w zakresie objętym warunkiem 9.3 warunkowości ex-ante dla Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego,

dotyczących „Istnienia krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowia w ramach ograniczeń artykułu 168 TFUE zapewniających trwałość ekonomiczną”.

Zgodnie z Załoženiami Umowy Partnerstwa zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia zostały uwzględnione nie tylko w celu tematycznym 9, ale także w celu tematycznym nr 1. *Wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji*, w celu tematycznym nr 2. *Zwiększenie dostępności, stopnia wykorzystania i jakości technologii informacyjno-komunikacyjnych*, w celu tematycznym nr 8. *Wspieranie zatrudnienia i mobilności pracowników*, oraz w celu tematycznym nr 10. *Inwestowanie w edukację, umiejętności i uczenie się przez całe życie*. Wśród dokumentów służących wypełnieniu warunków ex-ante dla powyższych celów, w których uwzględnione są także kwestie dotyczące systemu ochrony zdrowia, znajdują się poza wymienionymi już strategiami, dokumenty implementacyjne takie jak: „Program Solidarności Pokoleń 50+” oraz „Perspektywa uczenia się przez całe życie”. Ponadto, dokumentami o charakterze implementacyjnym, w których zaplanowane są konkretne działania wpisujące się w realizację celów i kierunków interwencji dotyczących ochrony zdrowia zapisanych w strategiach, są przyjęte przez Rząd RP programy wieloletnie np. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2013-2016 POLKARD, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

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

Główną tezą wynikającą z ww. dokumentów strategicznych jest następujące stwierdzenie: **„Podstawowym warunkiem skutecznego reagowania na zmieniającą się sytuację epidemiologiczną i potrzeby zdrowotne ludności oraz prognozy demograficzne, jest efektywnie działający system ochrony zdrowia, zwiększający dostępność do świadczeń zdrowotnych - wyposażony w odpowiednie (tj. dostosowane do potrzeb systemu) zasoby ludzkie, instytucje świadczące usługi w zakresie profilaktyki i leczenia (właściwą infrastrukturę), wspierany przez właściwe struktury zarządcze (dbające o jakość usług) oraz właściwie finansowany.”¹**

¹ Krajowe strategiczne ramy polityki w obszarze ochrony zdrowia w Polsce, Warszawa, czerwiec 2013

2. Spójność Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 z regionalnymi, krajowymi i europejskimi dokumentami strategicznymi

Zdrowie 2020 - Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka

Cele strategiczne:

1. Poprawa poziomu zdrowia wszystkich obywateli i zmniejszenie nierówności w zdrowiu.
2. Wzmocnienie przywództwa i procesów rządzenia z udziałem podmiotów działających na rzecz zdrowia.

Główne cele:

- zmniejszenie przedwczesnej umieralności w Regionie Europejskim do 2020 r.,
- zwiększenie średniej długości życia w Regionie Europejskim,
- zmniejszenie nierówności w zdrowiu w Regionie Europejskim,
- wzmocnienie dobrostanu ludności Regionu Europejskiego,
- zapewnienie powszechnej opieki zdrowotnej i prawa do najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia,
- przyjęcie przez państwa członkowskie krajowych założeń w zakresie ochrony zdrowia.

Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju 2030

Główny cel: poprawa jakości życia Polaków.

Kierunki interwencji:

- wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu ochrony zdrowia,
- dostosowanie systemu ochrony zdrowia do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi,
- zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria),
- opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych).

Strategia Rozwoju Kraju 2020

Główny cel: zapewnienie prorozwojowej realokacji wydatków publicznych obejmujących m.in. edukację, zdrowie, transport, infrastrukturę komunikacyjną, środowisko, badania i rozwój oraz kulturę. Realizacja tego celu jest możliwa poprzez wprowadzenie następujących działań:

- wprowadzenie zmian w systemie opieki zdrowotnej (zmiany w modelu finansowania zarządzania – dodatkowe źródła finansowania, zwiększenie efektywności),
- rozwój infrastruktury ochrony zdrowia, w tym infrastruktury opieki długoterminowej, uwzględniający trendy demograficzne i profil zdrowotny społeczeństwa,
- podnoszenie wiedzy i świadomości konsumentów w zakresie zasad zdrowego żywienia i profilaktyki chorób,
- działania z zakresu zdrowia publicznego (precyzyjnie adresowana profilaktyka, kampanie informacyjne i popularyzacyjne) realizowane na różnych poziomach (szkoła, praca, media) w zakresie chorób krążenia i nowotworów,
- kształtowanie świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia poprzez promocję i edukację zdrowotną (zwłaszcza wśród osób o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym) oraz wzrost poziomu aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem promocji aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży,
- zwiększenie dostępu do rehabilitacji,
- stworzenie warunków dla rozwoju oraz promocja aktywności zawodowej i społecznej seniorów,
- systematyczne podnoszenie jakości i dostępności usług publicznych, do których zaliczane są usługi zdrowotne.

Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego

Główny cel: rozwijanie kapitału ludzkiego poprzez wydobywanie potencjałów osób tak, aby mogły one w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, politycznym i ekonomicznym na wszystkich etapach życia.

Cel szczegółowy 2: Wydłużenie okresu aktywności zawodowej i zapewnienie efektywnego funkcjonowania osób starszych.

Kierunki interwencji:

- zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem,
- zwiększenie dostępności do ambulatoryjnych i szpitalnych świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry,
- rozwój systemu usług adresowanych do osób niesamodzielnych i ich rodzin, w tym rozwój opieki długoterminowej.

Cel szczegółowy 4: Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Kierunki interwencji:

- dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych poprzez działania odpowiadające potrzebom i oczekiwaniom w szczególności matek i dzieci oraz osób starszych, a także uwzględnienie aktualnych i prognozowanych trendów epidemiologicznych,

- zmniejszenie liczby zachorowań i przedwczesnych zgonów poprzez zintensyfikowanie działań profilaktycznych i leczniczych, skoncentrowanych na najbardziej istotnych z punktu widzenia zachorowalności i śmiertelności jednostkach chorobowych,
- zmniejszenie liczby wypadków w pracy i chorób zawodowych poprzez wzrost poziomu bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym rozwój kultury bezpieczeństwa i realizacja programów profilaktycznych, ukierunkowanych na zapobieganie chorobom zawodowym,
- kształtowanie zdrowego stylu życia poprzez promocję zdrowia, edukację zdrowotną oraz prośrodowiskową, w tym poprawa poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa i zmniejszenie liczby zachowań ryzykownych dla zdrowia, tj. palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, używania narkotyków, ryzykownych zachowań seksualnych oraz nieodpowiedniej diety,
- ograniczenie śmiertelności z przyczyn zewnętrznych, w szczególności wynikających z wypadków komunikacyjnych,
- dostosowanie do potrzeb systemu ochrony zdrowia modelu kształcenia kadr medycznych i innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia,
- zwiększenie wiedzy i świadomości pacjentów oraz personelu medycznego w zakresie możliwości wykorzystywania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w ochronie zdrowia,
- rozwój sieci wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i przewlekle psychicznie chorych,
- rozwój alternatywnych wobec opieki instytucjonalnej form opieki środowiskowej dla osób przewlekle chorych, starszych, niesamodzielnych,
- kształcenie edukatorów zdrowia odpowiedzialnych za realizację działań w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym,
- zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług medycznych, w tym nowoczesnej rehabilitacji,
- wzrost nakładów na ochronę zdrowia z jednoczesną optymalizacją wykorzystania całości wydatków kierowanych na ochronę zdrowia pochodzących z budżetu państwa, samorządów oraz środków prywatnych ponoszonych na zakup leków oraz usług medycznych.

Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 – Krajowe Strategiczne Ramy

Dokument przedstawia sytuację demograficzną i epidemiologiczną Polski oraz wynikające z nich wyzwania i planowane działania finansowane w ramach środków krajowych i Unii Europejskiej w perspektywie na lata 2014-2020.

Główne cele operacyjne tego dokumentu:

- A. rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce;

- B. przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi;
- C. poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia;
- D. wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.

Jednym z celów długoterminowych jest:

Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).

Strategia Rozwoju Województwa Lubuskiego 2020

Cel główny: Wykorzystanie potencjałów województwa lubuskiego do wzrostu jakości życia, dynamizowania konkurencyjnej gospodarki, zwiększenia spójności regionu oraz efektywnego zarządzania jego rozwojem.

Cel strategiczny 2: Wysoka dostępność transportowa i teleinformatyczna.

Cel operacyjny 2.3: Rozwój społeczeństwa informacyjnego.

Kierunki interwencji m.in.:

- upowszechnianie najnowszych technologii informacyjnych i komunikacyjnych:
 - stymulowanie zastosowania technologii cyfrowych przez administrację, ochronę zdrowia, szkolnictwo i inne służby publiczne,
 - rozwój i promocja e-usług (e-urząd, e-zdrowie, e-szkola, e-turystyka itp.),

Cel strategiczny 3: Społeczna i terytorialna spójność regionu.

Cel operacyjny 3.2 Zwiększenie dostępu do usług medycznych i profilaktyka zdrowotna.

Kierunki interwencji:

- poprawa organizacji świadczenia usług zdrowotnych:
 - rozwój wysokospecjalistycznych usług zdrowotnych,
 - zmniejszenie deficytu kadry medycznej w województwie,
 - optymalne wykorzystanie posiadanych zasobów.
- poprawa funkcjonowania systemu informacji i wiedzy o ochronie zdrowia, w tym rozwój i upowszechnianie e-usług.
- dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych.
- promocja zdrowia i kształtowanie prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego:
 - wspieranie inicjatyw na rzecz podnoszenia świadomości społecznej w zakresie zdrowego stylu życia,
 - propagowanie działań na rzecz promocji zdrowia.

- rozwój bazy ratownictwa medycznego.

Strategia Rozwoju Województwa Lubuskiego 2020 wskazuje na podstawowy problem, z którym region musi sobie poradzić. Jest to deficyt specjalistycznej kadry medycznej. W województwie brakuje specjalistów udzielających świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych i szpitalnych. Dla utrzymania efektywnego systemu opieki zdrowotnej na obszarze województwa niezbędne są stałe doposażanie jednostek ochrony zdrowia w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną nowej generacji oraz utrzymanie i rozwój kadry medycznej. Innym ważnym problemem jest brak Bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w północnej części województwa. Inwestycja ta została wpisana do Strategii Rozwoju Województwa Lubuskiego jako jedna z kluczowych dla regionu.

Strategia Rozwoju Polski Zachodniej 2020

Zgodnie z porozumieniem marszałków województw z 2010 roku opracowywany jest dokument pn. Strategia Rozwoju Polski Zachodniej. Prace prowadzone są przez Ministerstwo Rozwoju i Infrastruktury przy udziale zainteresowanych województw: dolnośląskiego, lubuskiego, opolskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego. Strategia Rozwoju Polski Zachodniej koncentruje się tylko na kilku wybranych dziedzinach. Ochrona Zdrowia nie znalazła się wśród głównych obszarów tematycznych. Jednak podkreślono w niej konieczność poprawy dostępu do usług publicznych, w tym zdrowotnych. W związku z tym zarządy województw Polski Zachodniej uzgodniły 8 kluczowych przedsięwzięć ponadregionalnych, które w ich ocenie mają istotne znaczenie dla rozwoju społeczno-gospodarczego. Wśród nich znalazł się m.in. projekt województwa lubuskiego *Ponadregionalne specjalistyczne centra usług medycznych*. Lubuski projekt zakłada budowę Ośrodka Radioterapii w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. oraz rozbudowę i doposażenie Zakładu Radioterapii w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze.

Regionalny Program Operacyjny – Lubuskie 2020

Narzędziami do realizacji celów związanych z ochroną zdrowia, określonych na poziomie różnych dokumentów strategicznych, poza budżetem kraju będą również programy operacyjne współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w perspektywie finansowej na lata 2014-2020.

Dokumentem, który znacząco wpłynie na zmiany w obszarze zdrowia (podobnie jak w latach poprzednich) będzie Regionalny Program Operacyjny – Lubuskie 2020. Program zakłada realizację celów wskazanych we *Wspólnych Ramach Strategicznych*, z uwzględnieniem podziału interwencji pomiędzy poziomem krajowym i regionalnym poprzez odpowiadające im osie priorytetowe.

Założono 10 osi priorytetowych² i aż w ramach 7 możliwe będzie uzyskanie bezpośredniego lub pośredniego wsparcia dla działań mających na celu poprawę zdrowia mieszkańców regionu. Wśród nich należy wymienić:

Oś priorytetowa 1. Gospodarka i innowacje – celem głównym jest podniesienie poziomu innowacyjności i konkurencyjności regionu poprzez wsparcie działalności B+R oraz sektora MŚP. Wybrane typy projektów:

² Według projektu z dnia 19 listopada 2013 r.

- inwestycje w infrastrukturę badawczą IOB z obszaru B+R służącą prowadzeniu działalności badawczo-rozwojowej zwłaszcza związanej z rozwojem inteligentnej specjalizacji regionu,
- zakup aparatury specjalistycznej dla IOB niezbędnej do prowadzenia prac badawczo-rozwojowych szczególnie związanych z inteligentną specjalizacją regionu,
- inwestycje infrastrukturalne przedsiębiorstw w tworzenie i rozwój laboratoriów/działów badawczych w firmie – sektor MŚP,
- zakup przez przedsiębiorstwa – sektor MŚP – aparatury, sprzętu, technologii, etc. w celu wyposażenia istniejących lub powstających laboratoriów, działów B+R na rzecz prowadzenia badań zmierzających do kreowania innowacyjnych produktów i usług,
- finansowanie wdrożenia dostępnych wyników prac B+R (zakup wyników prac B+R/technologii, praw do własności intelektualnej, w tym patentów, licencji, know-how lub innej nieopatentowanej wiedzy technicznej związanej z wdrażanym produktem lub usługą).
- **Oś priorytetowa 2. Rozwój cyfrowy** – celem głównym jest rozwój technologii informacyjno-komunikacyjnych i wzrost ich wykorzystania przez mieszkańców regionu. Wybrane typy projektów:
 - inwestycje w infrastrukturę służącą zwiększeniu stopnia cyfryzacji, komunikacji i bezpieczeństwa przechowywania danych (w tym projekty z zakresu: e-zdrowia, e-edukacji, e-administracji, etc.),
 - archiwizacja danych, digitalizacja i cyfryzacja zasobów, otwarcie publicznych zasobów w celu ponownego wykorzystania,
 - uruchomienie platform wymiany informacji pomiędzy podmiotami (administracji publicznej, przedsiębiorstwami, ośrodkami zdrowia, służbami porządkowymi i ratownictwa) zapewniającymi bezpieczeństwo przesyłanych danych.
- **Oś priorytetowa 3. Gospodarka niskoemisyjna** – celem głównym jest przejście na gospodarkę niskoemisyjną poprzez wykorzystanie odnawialnych źródeł energii i wzrost efektywności energetycznej. Wybrane typy projektów:
 - budowa nowoczesnych lokalnych źródeł OZE, w tym małych źródeł wytwarzania energii z OZE, wpisujących się w rozwój generacji rozproszonej,
 - kompleksowa modernizacja energetyczna budynków publicznych,
 - wykorzystanie instalacji OZE w modernizowanych energetycznie budynkach,
 - podniesie świadomości ekologicznej mieszkańców województwa.
- **Oś priorytetowa 4. Środowisko i kultura** – celem głównym jest poprawa stanu środowiska przyrodniczego oraz przeciwdziałanie zagrożeniom wynikającym ze zmian klimatu i ochrona dziedzictwa kulturowego. Wybrane typy projektów:
 - wsparcie inwestycji w zakresie gospodarowania odpadami komunalnymi w oparciu o Wojewódzki Plan Gospodarki Odpadami,

- kompleksowe inwestycje w zakresie gospodarowania odpadami innymi niż komunalne (w tym zadania związane z recyklingiem),
- poprawa gospodarki odpadami niebezpiecznymi,
- budowa, rozbudowa i modernizacja systemów zaopatrzenia w wodę i oczyszczania ścieków w aglomeracjach i na obszarach wiejskich.
- **Oś priorytetowa 6. Regionalny rynek pracy** – celem głównym jest podniesienie poziomu aktywności zawodowej mieszkańców regionu oraz adaptacyjności przedsiębiorstw i pracowników do zmian zachodzących w gospodarce. Wybrane typy projektów:
 - promocja i świadome wspieranie usług opieki nad dziećmi do 3 roku życia, seniorami i osobami niepełnosprawnymi oraz poprawa dostępu do usług opiekuńczych w wymiarze jakościowym i ilościowym,
 - promocja i wdrożenie elastycznych form zatrudnienia, przy uwzględnieniu modelu flexicurity,
 - wspieranie aktywizacji zawodowej osób powracających na rynek pracy po urloпах macierzyńskich/rodzicielskich/wychowawczych oraz po okresie opieki nad osobami zależnymi,
 - wdrożenie programów przekwalifikowania pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie,
 - rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka między innymi: jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi,
 - opracowanie i wdrożenie projektów profilaktycznych dot. chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu,
 - opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji leczniczej ułatwiających powroty do pracy,
 - opracowanie i wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy,
 - wdrożenie programów zdrowotnych dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej ze względów zdrowotnych, w zakresie wykraczającym poza finansowanie w ramach systemu powszechnych świadczeń zdrowotnych,
- **Oś priorytetowa 7. Równowaga społeczna** – celem głównym jest zmniejszenie obszarów wykluczenia społecznego i niwelowanie dysproporcji społecznych. Wybrane typy projektów:
 - programy na rzecz integracji osób i rodzin wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym ukierunkowane na aktywizację społeczno-zawodową wykorzystującą instrumenty aktywizacji edukacyjnej, zdrowotnej, społecznej, zawodowej,
 - programy na rzecz integracji społeczności marginalizowanych obejmujące kompleksowe działania z zakresu edukacji, zdrowia, zatrudnienia, pomocy społecznej prowadzące do aktywizacji społecznej i zawodowej społeczności marginalizowanych,
 - wsparcie rozwoju usług opiekuńczych, zdrowotnych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych skierowanych do osób niesamodzielnych zagrożonych wykluczeniem społecznym (w tym niepełnosprawnych i starszych).

- **Oś priorytetowa 9. Infrastruktura społeczna** – celem głównym jest wzrost dostępności i poprawa jakości usług społecznych, zdrowotnych i edukacyjnych w regionie. Wybrane typy projektów:
 - inwestycje w infrastrukturę zdrowotną w powiązaniu ze zidentyfikowanymi na poziomie krajowym i regionalnym obszarami deficytów (m.in. choroby układu krążenia, nowotworowe, układu kostnowątkowo-mięśniowego, układu oddechowego, psychiczne) oraz odzwierciedlające potrzeby regionalne,
 - inwestycje w infrastrukturę zdrowotną związaną ze wsparciem osób starszych oraz opieką nad matką i dzieckiem,
 - inwestycje wpływające na rozwój regionalny i lokalny poprzez eliminowanie barier przyczyniających się do wykluczenia (np. infrastruktura rehabilitacyjna, projekty infrastrukturalne związane z zapewnieniem usług opiekuńczych i wsparcia rodziny oraz pieczy zastępczej).

3. Charakterystyka populacji

3.1 Ludność województwa lubuskiego

Według stanu na dzień 31 grudnia 2012 r. województwo lubuskie zamieszkiwało 1023,3 tys. osób, tj. o 159 więcej niż przed rokiem, tym samym region zajmuje przedostatnie miejsce w kraju pod względem liczby ludności. Mieszkańcy Ziemi Lubuskiej stanowili 2,66% ogółu ludności Polski, a mniej liczne jest jedynie województwo opolskie.

W miastach mieszkało 647,6 tys. osób, tj. 63,3% ogólnej liczby ludności województwa (w kraju – 60,6%).

W 2012 r. liczba kobiet wynosiła 524,9 tys., a mężczyzn 498,4 tys. Kobiety stanowiły 51,3% ogółu ludności (podobnie jak przed rokiem). Współczynnik feminizacji wynosił 105, co oznacza, że na 100 mężczyzn przypadało 105 kobiet.

Tabela 1. Ludność województwa lubuskiego według miejsca zamieszkania i płci w latach 2005-2012

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
O g ó ł e m	1009198	1008520	1008481	1008962	1010047	1023215	1023158	1023317
Mężczyźni	489688	489148	488954	488975	489461	498374	498337	498430
Kobiety	519510	519372	519527	519987	520586	524841	524821	524887
Miasta	647054	645551	643941	643056	642494	649781	648692	647594
Wieś	362144	362969	364540	365906	367553	373434	374466	375723

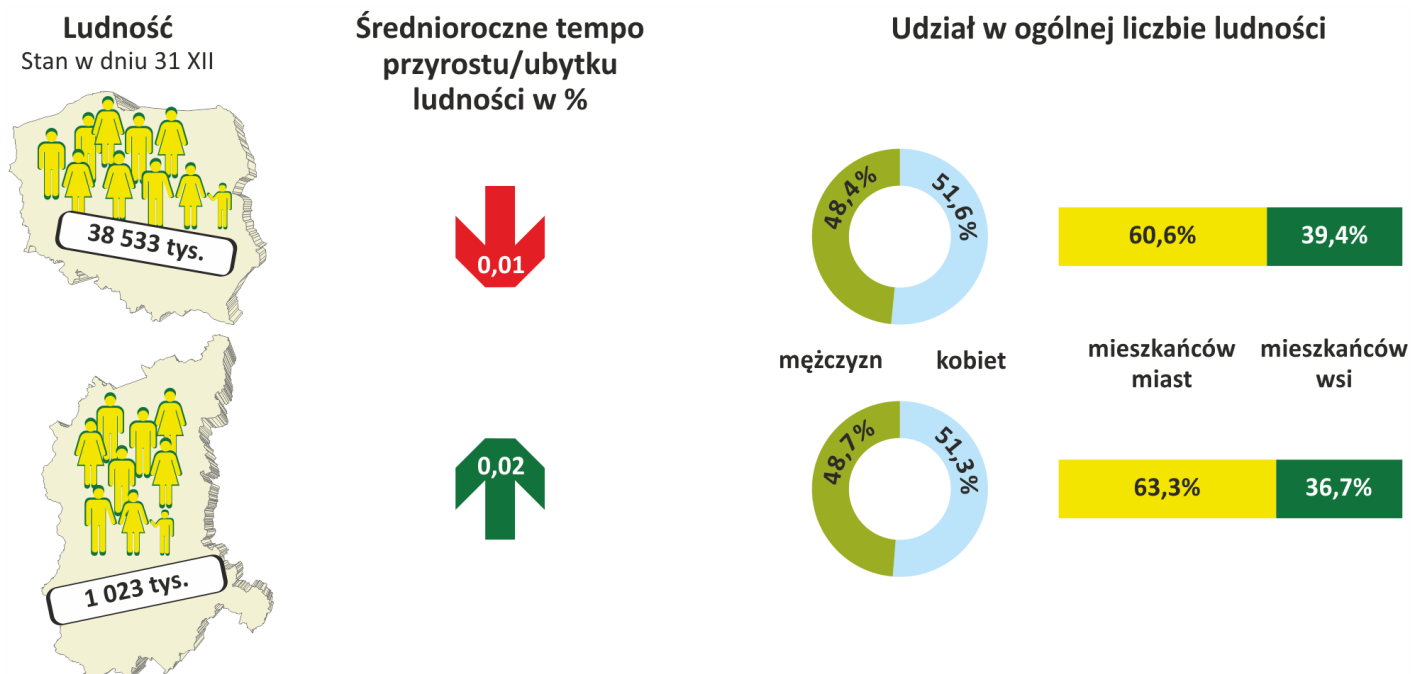
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych.

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

W porównaniu z innymi regionami ludność województwa lubuskiego jest demograficznie stosunkowo młoda, pomimo zwiększającego się corocznie wieku środkowego (mediany). W 2012 r. mediana wieku mieszkańców województwa wyznaczająca granicę wieku, którą połowa ludności już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła, zwiększyła się do 38,2 lat (z 37,8 lat w 2011 r.) i była dla kobiet o prawie 3 lata wyższa niż dla mężczyzn. Pod względem miejsca zamieszkania ludność w miastach jest starsza niż na wsi – o blisko 2,5 roku (kobiety o 3,7 roku, mężczyźni o 1,4 roku).

Wykres 1. Ludność według płci i miejsca zamieszkania w Polsce i województwie lubuskim 2012 r.

Wykres nr 1: Ludność według płci i miejsca zamieszkania w Polsce i województwie lubuskim 2012 r.



źródło i opracowanie: Lubuski Ośrodek Badań Regionalnych, Urząd Statystyczny w Zielonej Górze

Rezultatem przemian demograficznych, przede wszystkim głębokiej depresji urodzeniowej z lat 90 XX w. oraz z początku tego stulecia, są gwałtowne zmniejszenie się liczby dzieci i młodzieży (0-17 lat) oraz wzrost liczby osób starszych. W końcu 2012 r. udział dzieci i młodzieży w ogólnej liczbie ludności województwa wynosił 18,6% (w 2000 r. – 25,5%), a osób starszych w wieku 65 lat i więcej – 12,7% (w 2000 r. – 10,9%).

Tabela 2. Ludność województwa lubuskiego według ekonomicznych grup wieku w latach 2000, 2010-2012 oraz prognoza na lata 2015, 2025 i 2035^a

Wiek	2000	2010	2011	2012	2015	2025	2035
Przedprodukcyjny	256 819	195 704	192 884	190 628	188 639	186 192	152 830
Produkcyjny	619 906	672 779	669 142	664 362	635 181	573 292	555 298
Poprodukcyjny	131 747	154 732	161 132	168 327	186 412	239 717	255 452

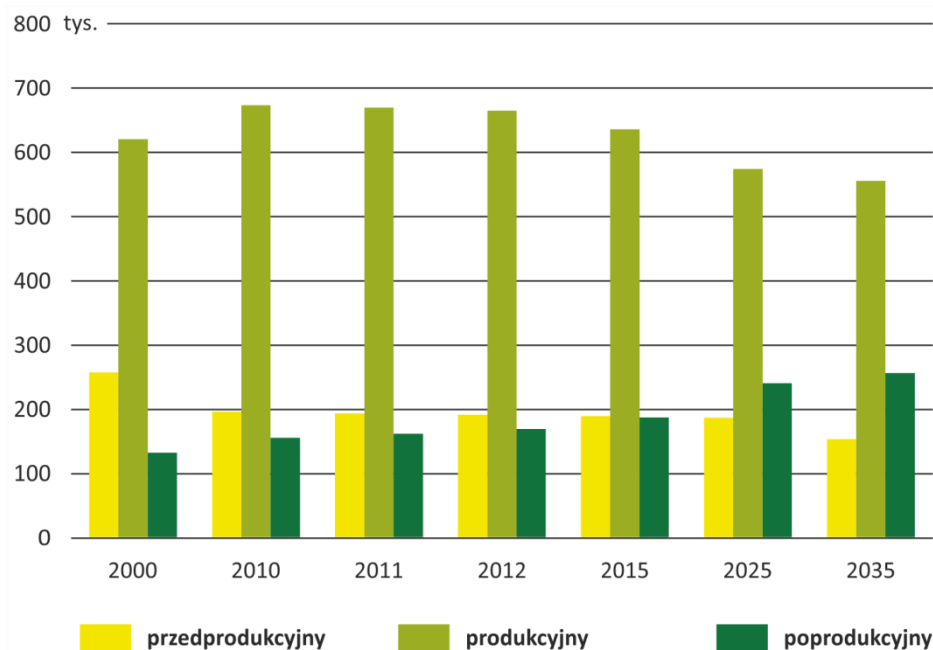
^a GUS, Prognoza ludności na lata 2008-2035, Warszawa 2009 r.

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

Województwo lubuskie na tle kraju wyróżnia młodsza struktura wieku ludności. Udział osób w wieku przedprodukcyjnym w 2012 r. wyniósł 18,6%, osoby w wieku produkcyjnym stanowiły 65,0%, a w wieku poprodukcyjnym – 16,4%; w kraju – odpowiednio 18,3%, 63,9% i 17,8%. Współczynnik obciążenia demograficznego, określający liczbę osób w wieku przedprodukcyjnym

i poprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym wyniósł 54 i był niższy niż przeciętnie w kraju (57).

Wykres 2. Ludność województwa lubuskiego według grup ekonomicznych w latach 2000, 2010-2012 oraz prognoza na lata 2015, 2025 i 2035



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

Analiza struktury ludności według ekonomicznych grup wieku w 2012 r. wykazała w ujęciu rocznym spadek (o 0,4 punktu proc. do 65,0 %) odsetka osób w wieku produkcyjnym (podobnie jak przed rokiem). W ogólnej liczbie ludności zmniejszył się (o 0,3 punktu proc. do 18,6%) także odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym, zwiększył się (o 0,7 punktu proc. do 16,4%) natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym. Zmiany w strukturze wieku ludności świadczą o postępującym procesie starzenia się mieszkańców. Fakt ten potwierdza zwiększanie się wieku środkowego ludności.

3.2 Urodzenia żywe

W 2012 r. w województwie lubuskim zarejestrowano 10,4 tys. urodzeń żywych, tj. o 54 (o 0,5%) mniej w porównaniu z poprzednim rokiem. Spadek liczby urodzeń żywych obserwowany jest od roku 2010 (do roku 2012 – o 5,2%). Po rekordowo małej liczbie urodzeń w 2003 r. (9,3 tys.), w latach 2004-2009 liczba urodzeń wzrosła – do 11,5 tys. w 2009 r.

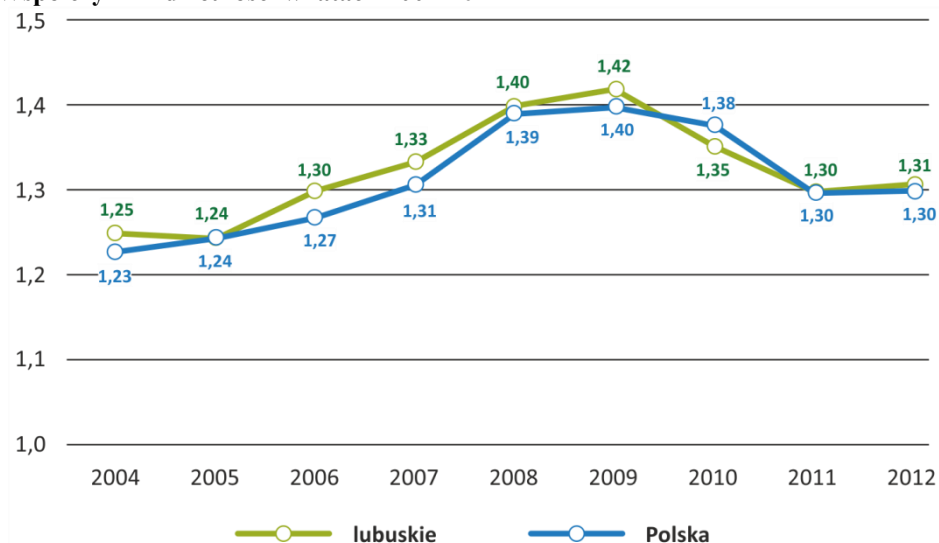
Tabela 3. Urodzenia żywe w województwie lubuskim w latach 2005-2012

Urodzenia żywe	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
O g ó ł e m	9915	10423	10796	11351	11499	10939	10421	10367
Mężczyźni	5091	5382	5548	5771	5896	5655	5316	5302
Kobiety	4824	5041	5248	5580	5603	5284	5105	5065

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

Współczynnik urodzeń (w przeliczeniu na 1000 ludności) zmniejszył się w 2012 r. do poziomu 10,1‰ (z 10,2‰ w 2011 r.) i był nieco wyższy od średniej krajowej (10,0‰). Natężenie urodzeń na wsi wyniosło 10,7‰, a w miastach – 9,8‰.

Wykres 3. Współczynnik dzietności w latach 2004-2012

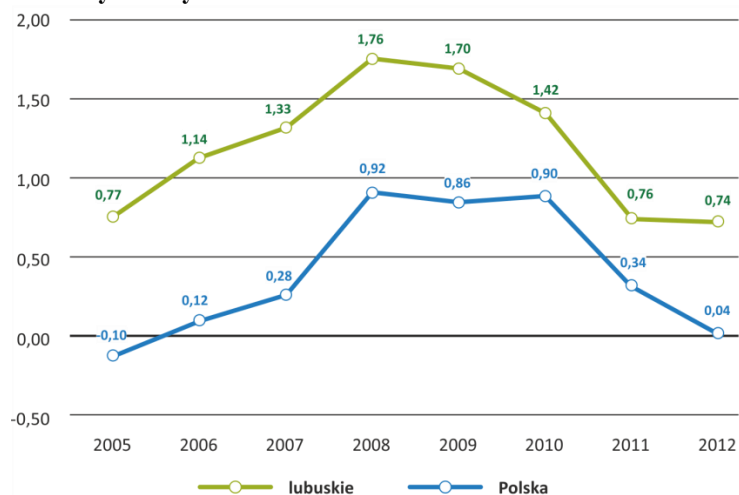


źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

3.3 Przyrost naturalny

W województwie lubuskim od lat odnotowuje się dodatni przyrost naturalny, przy czym nadwyżka liczby urodzeń żywych nad liczbą zgonów w ostatnich dwóch latach znacznie się zmniejszyła. W 2012 r. różnica między liczbą urodzeń żywych i zgonów ukształtowała się na poziomie 760, w 2011 r. wynosiła 773, podczas gdy w 2010 r. – 1451. Współczynnik przyrostu naturalnego (w przeliczeniu na 1000 ludności) wyniósł 0,7‰ i był nieznacznie niższy niż w poprzednim roku (0,8‰), oraz niemal dwukrotnie niższy niż w 2010 r. (1,4‰). Współczynnik przyrostu naturalnego był zdecydowanie wyższy na wsi – w 2012 r. wyniósł 1,3‰, podczas gdy w miastach ukształtował się na poziomie 0,4‰.

Wykres 4. Przyrost naturalny na 1 tys. ludności w latach 2005-2012



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

Najwyższy współczynnik przyrostu naturalnego wystąpił w powiatach wschowskim (3,1‰) i gorzowskim (2,6‰), najniższy (ujemny) w powiecie krośnieńskim (minus 0,5‰).

Tabela 4. Przyrost naturalny w powiatach na 1 tys. ludności w 2012 roku [w ‰]

Powiaty	
Gorzowski	2,61
Krośnieński	-0,53
Międzyrzecki	0,83
Nowosolski	0,76
Słubicki	0,88
Strzelecko-drezdenecki	0,67
Sulęciński	0,56
Świebodziński	1,2
Zielonogórski	1,46
Żagański	0,01
Żarski	-0,1
Wschowski	3,12
m. Gorzów Wlkp.	0,71
m. Zielona Góra	-0,09

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

3.4 Przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia

W Polsce występuje zjawisko wysokiej nadumieralności mężczyzn (ponad poziom umieralności kobiet). Obserwowana w latach 90 XX w. stała poprawa statystyk w zakresie umieralności w pozytywny sposób wpłynęła na długość trwania życia mieszkańców województwa lubuskiego. Różnica pomiędzy trwaniem życia mężczyzn i kobiet w województwie lubuskim w 2012 r. zmniejszyła się do 8 lat (z 8,4 lat w 2011 r.). Zjawisko to widoczne jest we wszystkich grupach wiekowych i różnica ta zwiększa się wraz z wiekiem.

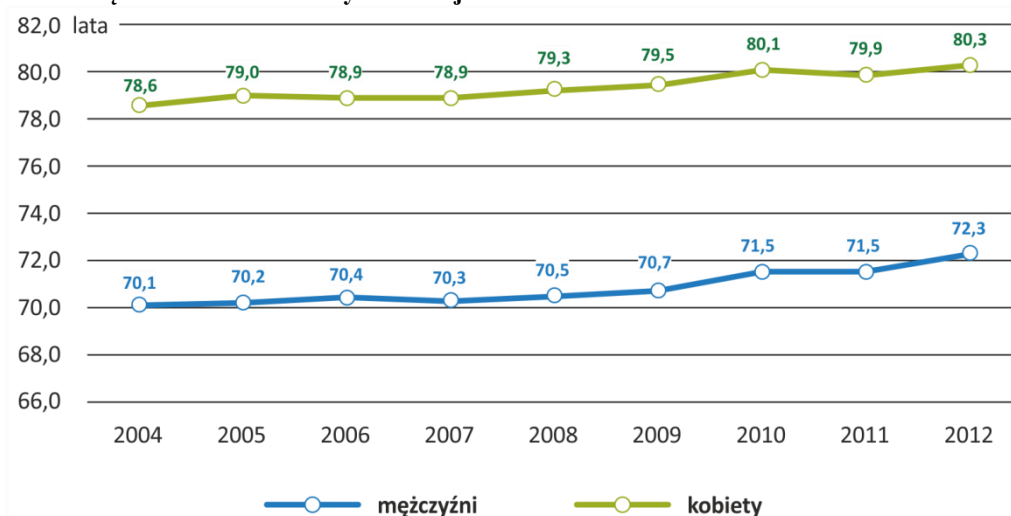
Tabela 5. Przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia (w latach)

Płeć	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Polska									
Mężczyźni	70,7	70,8	70,9	71,0	71,3	71,5	72,1	72,4	72,7
Kobiety	79,2	79,4	79,6	79,7	80,0	80,1	80,6	80,9	81,0
Lubuskie									
Mężczyźni	70,1	70,2	70,4	70,3	70,5	70,7	71,5	71,5	72,3
Kobiety	78,6	79,0	78,9	78,9	79,3	79,5	80,1	79,9	80,3

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

Przewiduje się, że przy niezmiennych warunkach wymierania populacji – zgodnych z obserwowanymi w 2012 r. – urodzeni w 2012 r. chłopcy osiągną średnio wiek 72,3 lat, dziewczynki – 80,3 lat, tj. odpowiednio o 0,8 i 0,4 roku więcej niż w 2011 r.

Wykres 5. Przeciętne dalsze trwanie życia w województwie lubuskim w momencie urodzenia

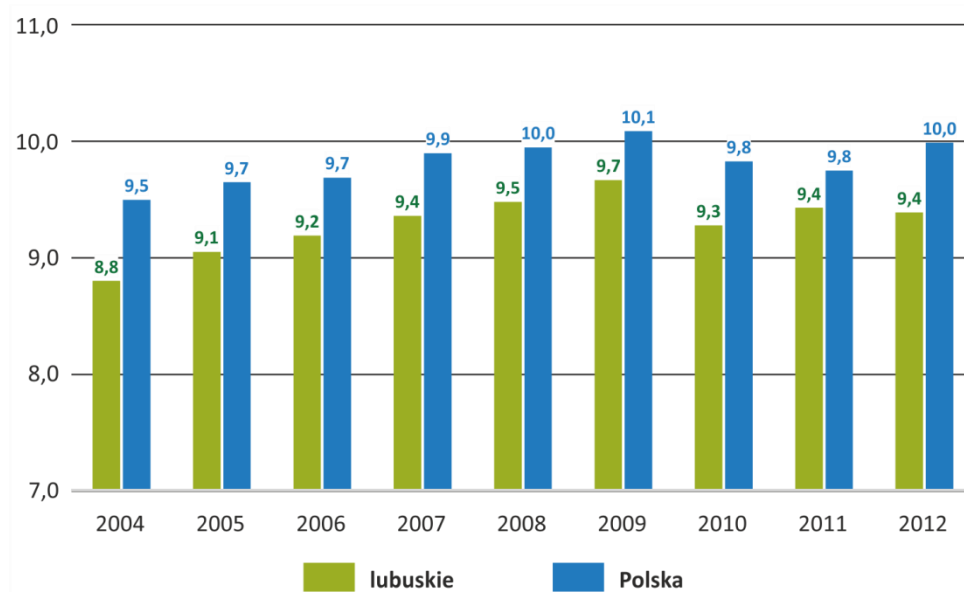


źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

3.5 Zgony ogółem

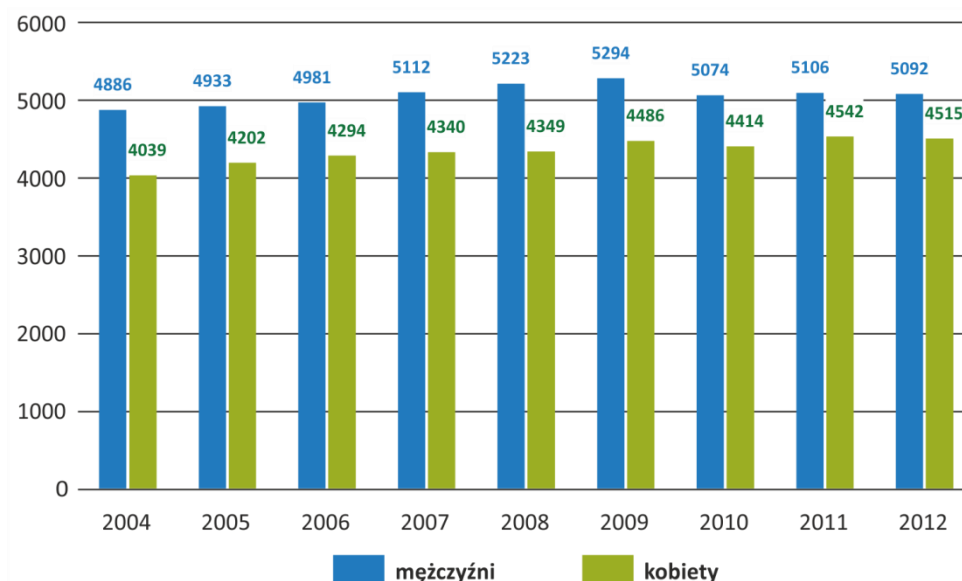
W 2012 r. w województwie lubuskim zmarło 9,6 tys. osób, tj. o 41 (0,4%) mniej niż w 2011 r. Współczynnik umieralności pozostał na poziomie sprzed roku i wyniósł 9,4‰. Umieralność na wsi i w miastach jest podobna. W ogólnej liczbie osób zmarłych 53% stanowili mężczyźni (podobnie jak przed rokiem). W ciągu ostatnich kilku lat natężenie zgonów w województwie lubuskim nie zmienia się istotnie, co może oznaczać, że poziom umieralności stabilizuje się.

Wykres 6. Zgony na 1 tys. ludności



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

Wykres 7. Liczba zgonów w województwie lubuskim według płci w latach 2004-2012



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych

Analiza zgonów według dominujących przyczyn w poszczególnych województwach wskazuje, że podobnie jak w województwie lubuskim, we wszystkich regionach w strukturze zgonów przeważały choroby tzw. cywilizacyjne, w tym choroby układu krążenia i choroby nowotworowe. Stanowią one niemal 70% wszystkich zgonów. Trzecią grupą przyczyn są urazy i zatrucia (ponad 6% wszystkich zgonów). W 2011 r. wskaźnik umieralności z powodu chorób układu krążenia, w przeliczeniu na 100 tys. ludności, wyniósł 405 (w kraju – 441), chorób nowotworowych – 247 (w kraju – 249). Wśród kobiet umieralność w wyniku chorób układu krążenia jest zdecydowanie wyższa, w 2011 r. odsetek wynosił 48,5% ogółu zgonów kobiet; wśród mężczyzn – 38,0%. W przypadku zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi, zróżnicowanie umieralności według płci jest mniejsze. Wśród kobiet 24,6% wszystkich przyczyn, a wśród mężczyzn – 27,6%.

Tabela 6. Liczba zgonów w powiatach na 1 tys. ludności w latach 2008-2012 (%)

Wyszczególnienie	2008	2009	2010	2011	2012
Województwo lubuskie	9,48	9,67	9,28	9,43	9,39
Powiaty:					
Gorzowski	8,84	8,99	8,97	8,74	8,26
Międzyrzecki	9,81	9,39	9,02	9,44	9,34
Słubicki	8,78	9,68	8,56	9,17	9,58
Strzelecko-drezdenecki	10,12	9,59	9,83	9,01	9,92
Sulęciński	10,32	10,69	11,09	10,65	9,62
Miasto na prawach powiatu					
Gorzów Wlkp.	8,59	9,23	8,35	8,88	9,34
Powiaty:					
Krośnieński	9,41	10,51	9,70	9,92	9,96
Nowosolski	10,16	10,26	9,36	9,89	9,76
Świebodziński	9,98	10,08	9,61	9,49	9,53
Wschowski	8,64	9,78	8,62	9,78	8,05
Zielonogórski	8,84	7,79	8,52	8,63	8,51

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Żagański	9,95	10,09	9,76	10,21	10,01
Żarski	10,40	10,36	10,15	9,88	9,78
Miasto na prawach powiatu					
Zielona Góra	9,32	9,91	9,36	9,31	9,53

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

Najwyższy współczynnik umieralności wystąpił w powiatach żagańskim i krośnieńskim (10,0%), najniższy w powiecie wschowskim (8,1%).

Tabela 7. Wybrane przyczyny zgonów w województwie lubuskim w latach 2005-2011

Wyszczególnienie	2005	2007	2009	2010	2011
	w %				
Choroby układu krążenia ogółem	41,6	42,8	46,2	45,2	43,0
Nowotwory ogółem	26,1	25,8	24,7	25,9	26,2
Choroby układu oddechowego ogółem	5,0	4,4	4,6	4,4	4,2
Samobójstwa %	1,6	1,8	2,1	2,2	2,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

Tabela 8. Zgony według przyczyn w województwie lubuskim w latach 2009-2011

Wyszczególnienie	2009			2010			2011		
	męż- czyźni	ko- biety	razem	męż- czyźni	ko- biety	razem	męż- czyźni	ko- biety	razem
Choroby zakaźne i pasożytnicze	70	41	111	35	26	61	49	46	95
Nowotwory	1386	1030	2416	1325	1129	2454	1409	1118	2527
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	5	5	10	5	5	10	7	4	11
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	61	77	138	70	90	160	83	132	215
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	8	0	8	5	1	6	2	3	5
Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów	49	68	117	57	72	129	59	67	126
Choroby układu krążenia	2172	2351	4523	2071	2222	4293	1942	2205	4147
Choroby układu oddechowego	271	177	448	249	164	413	240	162	402
Choroby układu trawiennego	275	182	457	260	155	415	271	175	446
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	5	8	13	2	7	9	3	12	15
Choroby układu moczowo-płciowego	55	71	126	49	68	117	62	66	128
Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	18	18	36	11	16	27	15	16	31
Wady rozwojowe wrodzone	17	13	30	16	11	27	16	13	29
Objawy i stany niedokładnie określone	431	329	760	424	322	746	447	389	836

Urazy i zatrucia według zewnętrznej przyczyny	471	116	587	493	125	618	501	134	635
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

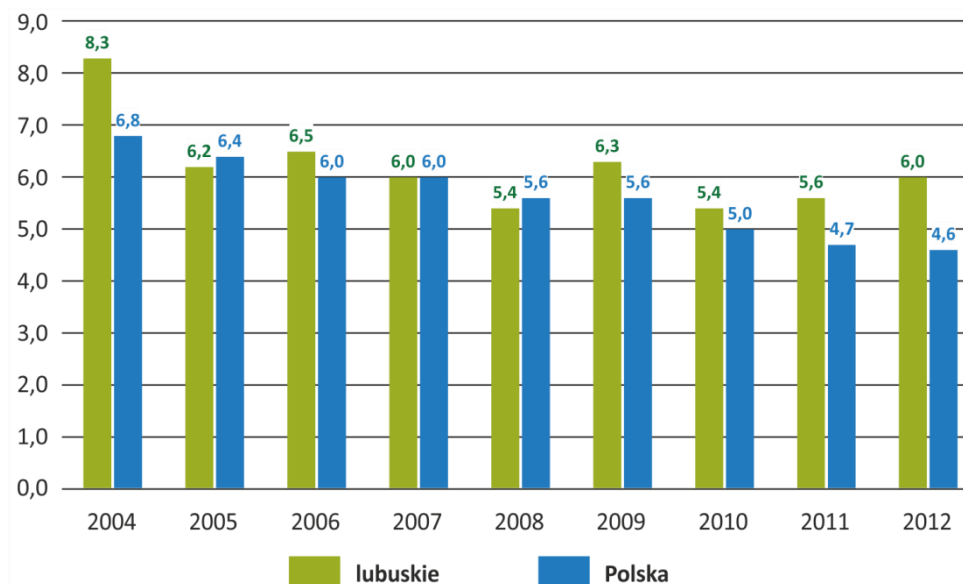
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

3.6 Zgony niemowląt

W 2012 r. zarejestrowano 62 zgony niemowląt, tj. o 4 więcej niż przed rokiem. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł 6,0 (w 2011 r. – 5,6).

Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt 64,5% umarło przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia (w okresie noworodkowym), w tym 32,3% w okresie pierwszego tygodnia życia. Przyczyną ponad połowy (53,4%) wszystkich zgonów niemowląt w 2011 r. były stany chorobowe powstające w okresie okołoporodowym, czyli w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Kolejne 43,1% zgonów stanowiły wady rozwojowe wrodzone, a 1,7% zgonów spowodowały urazy. Współczynnik umieralności okołoporodowej (urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0-6 dni na 1000 urodzeń żywych i martwych) w 2012 r. zwiększył się do 7,1‰ (z 6,0‰ w poprzednim roku).

Wykres 8. Zgony niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych w latach 2004-2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

W 2012 r. w województwie lubuskim wskaźnik umieralności niemowląt kształtował się na poziomie 6,0 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych i był wyższy od współczynnika notowanego dla Polski (4,6 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych). Wśród województw najtrudniejszą sytuację odnotowano w dolnośląskim - 6,3 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych i opolskim - 6,2 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych. Najniższą śmiertelność niemowląt odnotowano w województwach świętokrzyskim – 3,6 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych oraz w małopolskim - 3,8 na 1 tys. urodzeń żywych.

Spośród powiatów województwa lubuskiego najwyższą śmiertelność niemowląt odnotowano w południowej części województwa, w powiatach krośnieńskim i nowosolskim odpowiednio 14,93 oraz 8,64 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych.

Najkorzystniej sytuacja kształtowała się w powiecie sulęcińskim, w którym nie zanotowano zgonów niemowląt, w powiecie ślubickim (2,01 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych) oraz międzyrzeckim (3,34 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych).

3.7 Prognoza zmian stanów ludności w województwie lubuskim

Wyniki opracowanej przez GUS w roku 2008 prognozy ludności na lata 2008-2035 wskazują, że w nadchodzących latach nastąpi przyspieszenie procesu starzenia się ludności. Pogorszy się znacznie relacja osób w wieku produkcyjnym do osób w wieku poprodukcyjnym. Obecnie nieco ponad 4 osoby w wieku aktywności zawodowej przypadają na 1 osobę w wieku 60/65 lat, w 2035 r. będą to już około 2 osoby.

Tabela 9. Prognoza liczby ludności (w tysiącach)

Wyszczególnienie	2011 ^a	2012 ^a	2015	2020	2025	2030	2035
O g ó l e m	1 023,2	1 023,3	1 010,2	1 007,6	999,2	983,6	963,6
Mężczyźni	498,3	498,4	488,9	487,3	482,9	474,9	465,2
Kobiety	524,8	524,9	521,4	520,3	516,3	508,7	498,4
Miasta	648,7	647,6	634,8	629,6	621,4	608,7	593,3
Mężczyźni	310,7	310,2	301,7	298,9	294,9	288,7	281,6
Kobiety	338,0	337,4	333,1	330,6	326,5	319,9	311,6
Wieś	374,5	375,7	375,4	378,1	377,9	375,0	370,3
Mężczyźni	187,6	188,2	187,1	188,4	188,0	186,2	183,6
Kobiety	186,8	187,5	188,3	189,7	189,8	188,8	186,7

^a Dane rzeczywiste.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

Obserwowane w ostatnich latach zmiany demograficzne wskazują, że sytuacja ludnościowa Polski jest trudna. Niekorzystne zmiany występujące w trendzie urodzeń, odzwierciedlające spadek płodności oraz utrzymująca się wysoka skala emigracji Polaków (szczególnie emigracji czasowej ludzi młodych) oddalają perspektywę powrotu kraju do stabilnego rozwoju demograficznego.

Tabela 10. Prognoza zmian stanów ludności^a w województwie lubuskim

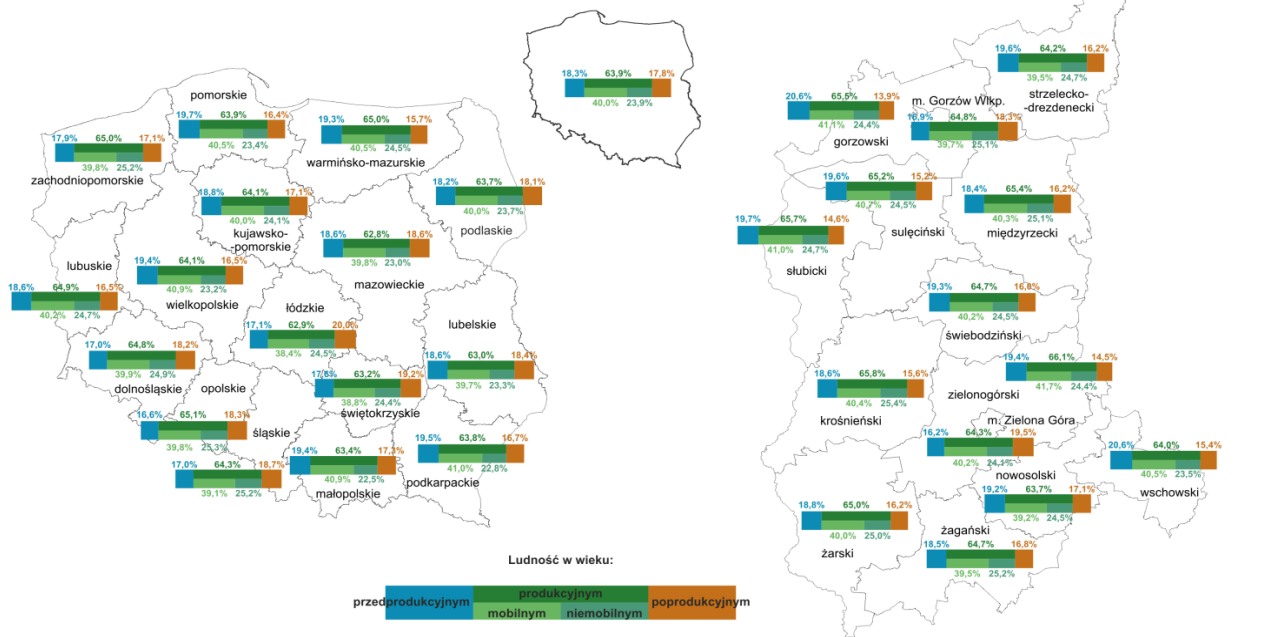
Wyszczególnienie	2015	2020	2025	2030	2035
O g ó l e m	509	-2573	-8424	-15608	-20041
0-2	-498	-3117	-4105	-3024	-683
3-6	4810	-1688	-4644	-5284	-3111
7-12	1680	6864	-2268	-6781	-7699
13-15	-5660	1735	3323	-1470	-3577
16-18	-7478	-3583	4623	770	-2471
18	-2659	-1652	1220	712	-666
19-24	-16176	-13853	-4636	7611	1047
0-17	-4487	1863	-4291	-16501	-16875
18-59/64	-28289	-37410	-24459	-6874	-11140
18-44	-6137	-24910	-33366	-32120	-21014
45-59/64	-22152	-12500	8907	25246	9874
60+/65+	33285	32974	20326	7767	7974
0-14	2516	3860	-9213	-16262	-13968
15-59	-39698	-39093	-12346	-5597	-19571
60+	37691	32660	13135	6251	13498
15-64	-29342	-40348	-28524	-9688	-8868
65+	27335	33915	29313	10342	2795

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

75+	2918	-1381	20356	24792	18591
80+	3956	1460	-986	16068	17872
85+	3513	1820	753	-414	10575
15-49 ^p	-9765	-7934	-9256	-13334	-18134

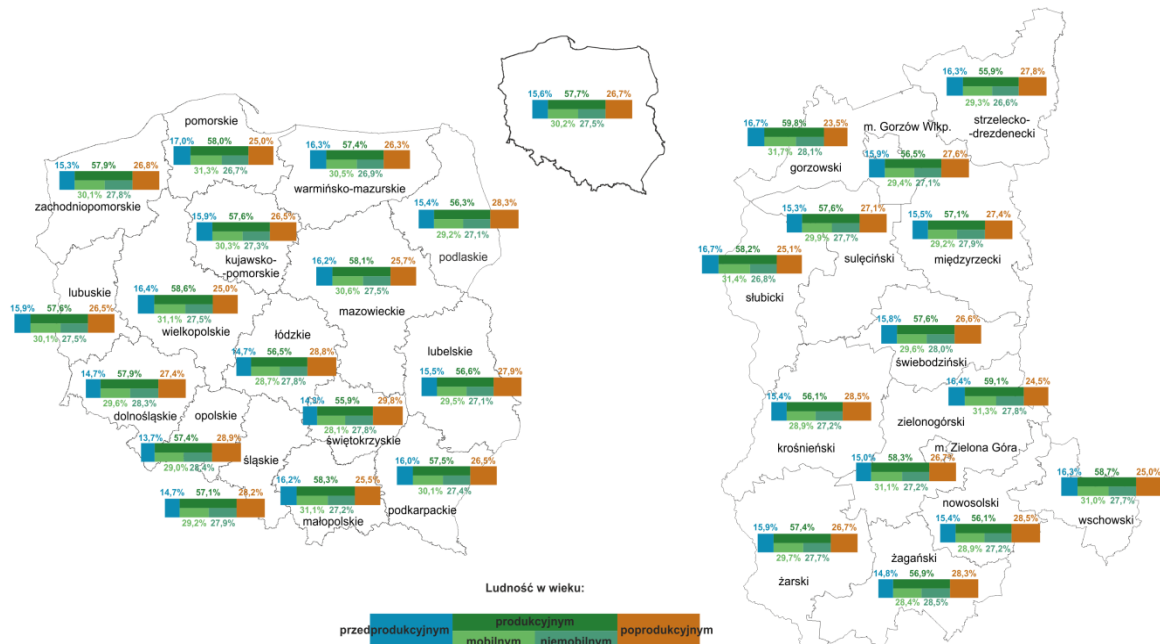
a W liczbach bezwzględnych, w stosunku do poprzedniego okresu. b Zmiany dotyczą wyłącznie liczby kobiet.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych.

Ludność według ekonomicznych grup wieku w 2012 r.



Ekonomiczne grupy wieku:

wiek przedprodukcyjny — mężczyźni i kobiety w wieku 0—17 lat,
 wiek produkcyjny — mężczyźni w wieku 18—64 lata, kobiety w wieku 18—59 lat;
 wiek mobilny (18—44 lata mężczyźni i kobiety),
 wiek niemobilny (45—64 lata mężczyźni i 45—59 lat kobiety),
 wiek poprodukcyjny — mężczyźni w wieku 65 lat i więcej oraz kobiety — 60 lat i więcej.



Ekonomiczne grupy wieku:

wiek przedprodukcyjny — mężczyźni i kobiety w wieku 0—17 lat,
 wiek produkcyjny — mężczyźni w wieku 18—64 lata, kobiety w wieku 18—59 lat;
 wiek mobilny (18—44 lata mężczyźni i kobiety),
 wiek niemobilny (45—64 lata mężczyźni i 45—59 lat kobiety),
 wiek poprodukcyjny — mężczyźni w wieku 65 lat i więcej oraz kobiety — 60 lat i więcej.

Mapy przygotowane przez Lubuski Ośrodek Badań Regionalnych, Urząd Statystyczny w Zielonej Górze

3.8 Sytuacja zdrowotna

3.8.1 Chorobowość i zachorowalność

W latach 2009-2012 spadła chorobowość dzieci i młodzieży w województwie lubuskim. W 2012 r. liczba dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat, objętych czynną opieką lekarską, zmniejszyła się względem 2009 r. o 3 875 osób, a chorobowość w tej grupie ludności spadła o 7,98 %. Na 31 grudnia 2012 roku 21,97 % dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat objętych było czynną opieką lekarską.

Tabela 11. Chorobowość dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w województwie lubuskim w latach 2009-2012 - wskaźnik na 10 tys. mieszkańców

Wyszczególnienie	2009 ^a	2010	2011	2012
Osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w dniu 31 XII	48 543	47 448	46 895	44 668
Chorobowość na 10 tys. mieszkańców	2311,1	2267,8	2277,2	2197,0

^a Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził obowiązek codziennej sprawozdawczości.

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

Tabela 12. Struktura chorobowości dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w województwie lubuskim w latach 2009-2012 - wskaźnik na 10 tys. mieszkańców

Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012
Nowotwory (C00-C97, D00-D48)	13,52	12,81	12,87	13,23
Niedokrwistość (D50-D59)	124,12	115,52	112,46	113,72
Choroby tarczycy (E00-E07)	53,23	53,00	56,28	57,74
Cukrzyca (E10-E14)	19,14	17,40	18,50	19,38
Niedożywienie (E40-E46)	49,99	42,97	36,61	33,54
Otyłość (E65-E68)	211,58	220,77	228,13	225,66
Zaburzenia odżywiania (F50)	5,71	4,21	2,57	2,90
Upośledzenie umysłowe (F70-F79)	66,89	66,24	62,01	52,48
Padaczka (G40)	65,70	63,76	60,60	55,73
Dziecięce porażenie mózgowe (G80)	37,90	35,89	35,06	31,18
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka (H52)	554,46	545,20	544,73	515,61
Choroba nadciśnieniowa (I10-I15)	32,57	31,40	28,36	25,72
Alergie				
Dychawica oskrzelowa (J45)	269,66	286,20	290,97	282,13
Pokarmowe (K52.2)	124,31	124,22	123,97	114,60
Skórne (L27.2)	132,64	127,18	125,43	125,77
Zniekształcenia kręgosłupa (M40-M41)	445,01	435,84	434,46	418,71
Choroby układu moczowego (N00-N23)	85,60	82,83	81,77	75,35
Wady rozwojowe				
Układu nerwowego (Q00-Q07)	20,23	18,31	16,75	17,12
Układu krążenia (Q20-Q28)	63,80	58,93	62,35	50,02
Narządów płciowych (Q50-Q56)	17,09	16,01	14,96	15,44
Aberracje chromosomowe (Q90-Q99)	14,00	12,38	12,33	11,46
Inne	18,14	21,99	27,05	28,67
Zaburzenia rozwoju, w tym:	117,45	119,44	120,18	115,68

Fizycznego (R62.8)	65,84	68,68	71,58	67,83
Psychomotorycznego (R62.0)	42,75	42,87	40,16	39,99
Trwale uszkodzenia narządu ruchu	23,71	22,08	22,24	20,51
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagającymi opieki czynnej	145,07	132,39	125,28	134,52

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

W latach 2009-2012 chorobowość dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat wzrosła w 6, a spadła w 14 kategoriach. Najwyższy wzrost liczby chorych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców nastąpił w następujących kategoriach:

1. inne – wzrost o 58,05 %
2. choroby tarczycy – wzrost o 8,47 %,
3. otyłość – wzrost o 6,65 %

Najwyższy spadek zanotowano w przypadku:

1. zaburzenia odżywiania – spadek o 49,21 %
2. niedożywienia – spadek o 32,91%
3. chorób układu krążenia – spadek o 21,60 %

Tabela 13. Zachorowalność dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat zakwalifikowanych do opieki czynnej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2009-2012 (wskaźnik na 10 tys. mieszkańców)

Wyszczególnienie	2009 ^a	2010	2011	2012
Osoby zakwalifikowane do opieki czynnej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w roku sprawozdawczym	7 793	7 122	6 612	6 231
Zachorowalność na 10 tys. osób	367,6	337,9	318,5	304,6

^a Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził obowiązek codziennej sprawozdawczości. Nastąpiła zmiana sposobu generowania danych z systemu informatycznego (jeśli pacjent był zakwalifikowany do opieki czynnej z powodu jakiegoś schorzenia to w następnym roku sprawozdawczym nie jest wykazywany jako osoba zakwalifikowana do opieki czynnej w przypadku stwierdzenia nowego schorzenia).

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

W latach 2009-2012 zmalała również zachorowalność wśród dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat. Liczba osób zakwalifikowanych do opieki lekarskiej w 2012 roku była o 1 562 osoby (20,04%) niższa niż w roku 2009. Zachorowalność w przeliczeniu na 10 tys. ludności zmniejszyła się w analizowanym okresie o 63 osoby (17,14%).

Tabela 14. Struktura zachorowalności dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w województwie lubuskim w latach 2009-2012 – wskaźnik na 10 tys. osób

Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012
Nowotwory (C00-C97, D00-D48)	4,81	3,65	2,55	2,64
Niedokrwistość (D50-D59)	40,62	32,92	26,30	22,25
Choroby tarczycy (E00-E07)	13,11	10,82	10,74	11,34

Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012
Cukrzyca (E10-E14)	3,87	3,18	4,00	4,74
Niedożywienie (E40-E46)	8,82	7,31	5,73	7,24
Otyłość (E65-E68)	30,66	33,02	31,55	33,05
Zaburzenia odżywiania (F50)	1,56	0,90	0,87	1,08
Upośledzenie umysłowe (F70-F79)	7,26	5,98	6,17	5,23
Padaczka (G40)	10,24	6,50	6,41	6,31
Dziecięce porażenie mózgowe (G80)	4,43	2,32	2,07	1,96
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka (H52)	51,84	52,90	48,85	44,93
Choroba nadciśnieniowa (I10-I15)	8,59	8,63	5,64	5,13
Alergie				
Dychawica oskrzelowa (J45)	46,42	38,05	31,07	33,34
Pokarmowe (K52.2)	25,00	24,29	22,93	22,00
Skórne (L27.2)	25,95	25,24	24,57	23,57
Zniekształcenia kręgosłupa (M40-M41)	56,89	56,12	53,76	47,08
Choroby układu moczowego (N00-N23)	14,67	13,71	12,09	14,42
Wady rozwojowe				
Układu nerwowego (Q00-Q07)	3,77	1,95	2,89	2,25
Układu krążenia (Q20-Q28)	8,87	8,49	10,02	6,80
Narządów płciowych (Q50-Q56)	2,59	3,37	2,89	2,54
Aberracje chromosomowe (Q90-Q99)	2,26	1,28	1,01	1,17
Inne	4,76	4,36	4,72	3,52
Zaburzenia rozwoju, w tym:	14,39	14,56	18,74	18,43
Fizycznego (R62.8)	7,50	8,44	10,36	10,12
Psychomotorycznego (R62.0)	4,72	5,60	5,73	6,65
Trwałe uszkodzenia narządu ruchu	1,42	1,52	2,31	1,86
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagającymi opieki czynnej	19,72	15,80	15,90	18,14

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

W latach 2009-2012 zachorowalność dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat wzrosła w 6, a spadła w 21 kategoriach. W analizowanym okresie najbardziej wzrosła zachorowalność dzieci i młodzieży w następujących kategoriach:

1. zaburzenia rozwoju psychomotorycznego – wzrost o 40,89 %
2. zaburzenia rozwoju fizycznego – wzrost o 34,93 %
3. trwałe uszkodzenia narządu ruchu – wzrost o 30,99 %
4. cukrzyca – wzrost o 22,48 %

Najwyższy spadek zanotowano w przypadku:

1. dziecięce porażenie mózgowe – spadek o 55,76 %
2. aberracje chromosomowe – spadek o 48,23 %
3. niedokrwistość – spadek o 45,22 %
4. nowotwory – spadek o 45,11 %

Tabela 15. Chorobowość osób w wieku 19 lat i więcej (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2009-2012 (wskaźnik na 10 tys. mieszkańców)

Wyszczególnienie	2009 ^a	2010	2011	2012
Osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w dniu 31 XII	295 783	322 670	343 091	345 338

Chorobowość na 10 tys. osób	3 697,3	3 964,1	4 198,3	4 211,4
-----------------------------	---------	---------	---------	---------

a Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził obowiązek codziennej sprawozdawczości.

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

Sytuacja zdrowotna osób w wieku 19 lat i więcej nie była zadowalająca. W latach 2009-2012 liczba osób objętych czynną opieką lekarską zwiększyła się aż o 49 555 osób, czyli 16,75 %. W analizowanym okresie chorobowość wzrosła o 514,1 osób na 10 tys. mieszkańców tj. 13,90 %. Niepokojącym jest fakt, iż na koniec 2012 r. 42,11 % osób w wieku 19 lat i więcej objętych było czynną opieką lekarską.

Tabela 16. Struktura chorobowości osób w wieku 19 lat i więcej (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2009-2012 – wskaźnik na 10 tys. osób

Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012
Gruźlica (A15-A19, B90)	4,92	3,96	2,15	1,61
Nowotwory (C00-C97, D00-D48)	108,75	118,96	128,66	127,88
Choroby tarczycy (E00-E07)	183,27	197,53	213,27	218,10
Cukrzyca (E10-E14)	459,28	473,99	501,19	486,73
w tym leczeni insuliną	175,64	186,65	196,09	188,96
Niedokrwistość (D50-D64)	85,32	92,77	100,19	103,67
Choroby obwodowego układu nerwowego (G50-G59)	323,41	420,68	485,47	485,16
Choroby układu krążenia (I00-I99) w tym:	2022,46	2166,00	2315,41	2321,16
przewlekła choroba reumatyczna (I05-I09)	8,85	7,91	7,59	7,45
choroba nadciśnieniowa (I10-I15)	1390,01	1602,64	1708,81	1715,91
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	151,87	143,87	142,70	140,88
niedokrwienność serca (I20-I25)	464,96	452,17	437,64	405,53
przeżyty zawał serca (I25,2)	108,32	103,81	102,47	91,17
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa (J40-J47)	285,69	274,72	291,41	274,34
Przewlekłe choroby układu trawiennego (K25-K93)	475,10	524,07	553,97	540,12
Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (M00-M99)	743,57	864,35	952,89	965,35
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagającymi opieki czynnej	133,49	113,45	109,71	107,05

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

W latach 2009-2012 chorobowość osób w wieku 19 lat i więcej wzrosła w 10, a spadła w 7 kategoriach. W tej kategorii wiekowej najbardziej wzrosła liczba osób chorych na:

1. choroby obwodowego układu nerwowego – wzrost o 50,01 %,
2. choroby układu mięśniowo – kostnego i tkanki łącznej – wzrost o 29,83 %,
3. choroby nadciśnieniowe – wzrost o 23,45 %,
4. niedokrwistość – wzrost o 21,51 %.

Tabela 17. Zachorowalność osób w wieku 19 lat i więcej zakwalifikowanych do opieki czynnej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2009-2012 (wskaźnik na 10 tys. mieszkańców)

Wyszczególnienie	2009 ^a	2010	2011	2012
Osoby zakwalifikowane do opieki czynnej przez	37 325	34 299	35 428	36 434

lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w roku sprawozdawczym				
Zachorowalność na 10 tys. osób	467,9	422,3	434,4	445,1

a Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził obowiązek codziennej sprawozdawczości. Nastąpiła zmiana sposobu generowania danych z systemu informatycznego (jeśli pacjent był zakwalifikowany do opieki czynnej z powodu jakiegoś schorzenia to w następnym roku sprawozdawczym nie jest wykazywany jako osoba zakwalifikowana do opieki czynnej w przypadku stwierdzenia nowego schorzenia).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

W latach 2009-2012 zachorowalność osób w wieku 19 lat i więcej spadła o 4,87 %. W 2012 roku zachorowało o 891 mniej osób niż w roku 2009, jednakże w porównaniu do 2010 r. było ich więcej o 2135 osób. Wskaźnik zachorowalności w przeliczeniu na 10 tys. ludności zmniejszył się o 22,8 osób.

Tabela 18. Struktura zachorowalności osób w wieku 19 lat i więcej (osoby zakwalifikowane do opieki czynnej) w latach 2006-2012 – wskaźnik na 10 tys. osób

Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012
Gruźlica (A15-A19, B90)	1,18	0,80	0,61	0,64
Nowotwory (C00-C97, D00-D48)	22,77	21,32	22,49	21,24
Choroby tarczycy (E00-E07)	24,20	22,98	22,31	25,57
Cukrzyca (E10-E14)	53,90	48,26	46,61	41,25
w tym leczeni insuliną	18,47	15,36	16,89	12,88
Niedokrwistość (D50-D64)	20,17	19,10	19,36	18,58
Choroby obwodowego układu nerwowego (G50-G59)	37,80	45,61	47,90	53,06
Choroby układu krążenia (I00-I99) w tym:	204,52	173,22	165,63	167,11
przewlekła choroba reumatyczna (I05-I09)	1,25	1,17	1,29	1,05
choroba nadciśnieniowa (I10-I15)	133,88	117,12	107,07	96,11
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	17,71	16,29	18,41	18,08
niedokrwienność serca (I20-I25)	43,09	39,18	37,42	32,37
przeżyty zawał serca (I25,2)	12,51	10,75	10,62	11,17
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa (J40-J47)	29,62	25,49	27,50	27,07
Przewlekłe choroby układu trawiennego (K25-K93)	52,66	47,68	51,71	54,24
Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (M00-M99)	70,82	68,98	74,70	82,17
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagającymi opieki czynnej	16,52	14,85	13,44	12,46

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

W latach 2009-2012 zachorowalność osób w wieku 19 lat i więcej wzrosła w 5, a spadła w 12 kategoriach. Najbardziej zmniejszyła się zachorowalność na gruźlicę (spadek o 45,76 %), choroby nadciśnieniowe (spadek o 28,21 %), choroby niedokrwienne chorób serca (spadek o 24,88 %), inne schorzenia wymagające opieki czynnej (spadek o 24,58 %) oraz cukrzycę (spadek o 23,47 %) w tym leczonych insuliną (spadek o 30,27%).

W analizowanym okresie największy wzrost zachorowalności odnotowano w przypadku chorób obwodowego układu nerwowego (o 40,37 %), choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (o 16,03 %) oraz choroby tarczycy (o 5,66 %).

Zachorowalność w województwie lubuskim nie odbiega znacząco od zachorowalności, jaką można zaobserwować w kraju. Jak wskazane zostało w dokumencie *Policy paper dla ochrony zdrowia*

na lata 2014-2020³ „Chorobami najbardziej zagrażającymi życiu mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia, które w 2011 r. przyczyniły się do 40 proc. zgonów mężczyzn i 51,1 proc. kobiet, a następnie nowotwory złośliwe, które spowodowały 26 proc. zgonów mężczyzn i 22,9 proc. zgonów kobiet”.

3.8.2 Choroby zawodowe

Choroba zawodowa to taka, która bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem została spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy lub w wyniku sposobu wykonywania pracy. Wykaz chorób zawodowych określa Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2009 r., Nr 105, poz. 869).

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

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

Tabela 19. Choroby zawodowe w województwie lubuskim w latach 2009-2012

Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012
Ogółem	68	50	50	74
Pylice płuc	1	-	-	3
Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli, które spowodowało trwałe upośledzenie sprawności wentylacyjnej płuc z obniżeniem natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV1) poniżej 60% wartości należnej, wywołane narażeniem na pyły lub gazy drażniące, jeżeli w ostatnich 10 latach pracy zawodowej co najmniej 30 % przypadków stwierdzono na stanowisku pracy przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń.	-	-	-	1
Astma oskrzelowa	1	3	1	1
Zewnętrzne pochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	-	1	2	-
Alergiczny nieżyt nosa	1	3	1	-
Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat	3	10	3	5
Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi (rak oskrzelopochodny płuca prawego).	-	-	1	-
Choroby skóry	4	2	1	6
Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy	1	2	3	2
Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy	2	3	5	5
Obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo-nerwowego	4	3	2	9

³ Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe rany strategiczne.

spowodowany hałasem, wyrażony podwyższeniem progu słuchu o wielkości co najmniej 45 dB w uchu lepiej słyszającym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1,2 i 3 kHz				
Zespół wibracyjny	-	-	4	1
Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa:	51	23	27	41
- wirusowe zapalenie wątroby typu B	2	-	1	1
- wirusowe zapalenie wątroby typu C	2	2	2	1
- borelioza	46	20	20	39
- bruceloza	1	-	2	-
- inne (w tym gruźlica)	-	1	2	-

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

Liczba zachorowań na choroby zawodowe jest niewielka i od 7 lat utrzymuje się w przedziale od 50 do 75 zachorowań rocznie. W 2012 r. jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej działające na terenie województwa lubuskiego przeprowadziły 108 postępowań w zakresie występowania chorób zawodowych u pracowników i byłych pracowników lubuskich firm i instytucji.

Na podstawie dokumentacji medycznej służby sanitarne potwierdziły 74 przypadki utraty zdrowia w pracy (decyzje prawomocne według stanu na 31 grudnia 2012 r.). Jest to o 24 więcej niż w 2010 i 2011 roku, gdzie potwierdzonych przypadków było 50 (w każdym roku). Jeśli chodzi o decyzje o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej, to w latach 2009-2012 było ich 137.

Najczęstsze przypadki chorób zawodowych to choroby zakaźne lub pasożytnicze, przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat, obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo-nerwowego spowodowany hałasem oraz choroby skóry.

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

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

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

3.8.3 Struktura niepelnosprawności

Według danych Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 r. liczba osób, które zadeklarowały ograniczenie zdolności do wykonywania zwykłych czynności podstawowych dla swojego wieku i/lub

posiadały ważne orzeczenie kwalifikujące je do zaliczenia do zbiorowości osób niepełnosprawnych wynosiła 170,5 tys., co stanowiło 16,7% ludności województwa lubuskiego, wobec 17,5% w 2002 r. Dla porównania liczba osób niepełnosprawnych w Polsce wynosiła 4 697,5 tys., co stanowiło 12,2% ludności kraju, wobec 14,3% w 2002 r. Na 6 statystycznych mieszkańców naszego województwa przypadała 1 osoba niepełnosprawna. Jest to sygnał, że problem niepełnosprawności w naszym regionie jest szczególnie ważny i trudny.

Tabela 20. Osoby niepełnosprawne według stopnia niepełnosprawności – wyniki wstępne

Wyszczególnienie	2002	2011		2002	2011		2002	2011	
	ogółem			miasta			wieś		
	w tys.		2002 =100	w tys.		2002 =100	w tys.		2002 =100
Ogółem osoby niepełnosprawne	176,4	170,5	96,7	108,7	113,4	104,3	67,6	57,2	84,5
Mężczyźni	81,5	78,2	95,9	49,9	51,0	102,1	31,6	27,2	86,0
Kobiety	94,8	92,4	97,4	58,8	62,4	106,1	36,0	29,9	83,2
Niepełnosprawni prawnie	151,7	131,2	86,5	93,7	88,5	94,4	58,0	42,7	73,7
Niepełnosprawni tylko biologicznie	24,6	39,3	159,6	15,0	24,9	166,1	9,7	14,4	149,5

Źródło: Raport z wyników w województwie lubuskim Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011 r.

Według wyników spisu w 2011 r. wśród ogółu osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim 92,4 tys. stanowiły kobiety, których w porównaniu do spisu z 2002 r. odnotowano spadek o 2,6%. W miastach liczba kobiet niepełnosprawnych zwiększyła się o 3,6 tys., natomiast na wsi – zmniejszyła się o 6,1 tys.

Niepełnosprawni mężczyźni w 2011 r. stanowili nieco mniej liczną grupę – 81,5 tys. osób. Ich liczebność zmniejszyła się w stosunku do 2002 r. o 4,1%. Podobnie jak u kobiet wzrost liczby niepełnosprawnych mężczyzn widoczny był w miastach (o 2,1%), natomiast spadek na wsi (o 14,0%).

Jak wynika z analizy badań zauważa się istotne zmiany poszczególnych kategorii osób niepełnosprawnych. Liczba osób niepełnosprawnych prawnie w 2011 r. wyniosła 131,2 tys. i zmniejszyła się w porównaniu do 2002 r. o 13,5%. Większy spadek liczby osób niepełnosprawnych prawnie odnotowuje się wśród osób mieszkających na wsi – o ponad 25%, w miastach o ok. 6%.

Z przeprowadzonego spisu w województwie lubuskim w 2011 r. uwagę zwraca fakt, że istotnie zwiększyła się (o 59,6%) – w porównaniu do wyników spisu z 2002 r., liczba osób niepełnosprawnych wyłącznie biologicznie (tzn. takich, które nie posiadają orzeczenia, ale ich subiektywna ocena wskazywała, że odczuwały całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych stosownie do swojego wieku). Liczba takich osób oscylowała w granicach 39,3 tys. co daje 3,8% ogółu ludności. Dla porównania w 2002 r. osoby te stanowiły 2,4% ogółu ludności. Wśród ogółu osób niepełnosprawnych mężczyźni stanowili 46,0%. Rozpatrując ich zbiorowość według podstawowych kategorii zauważa się, że w 2011 r. najliczniejszą grupę wśród nich stanowili ci, którzy deklarowali ograniczenie sprawności oraz posiadanie odpowiedniego orzeczenia wydanego przez organ do tego uprawniony, tzn. niepełnosprawni

biologicznie i prawnie. Odsetek ich wyniósł 65,6%. Najczęściej deklarowali umiarkowane ograniczenie sprawności. 10,0% spośród ogółu niepełnosprawnych mężczyzn oceniało swoją sprawność jako całkowicie ograniczoną, a 15,4% jako poważnie ograniczoną.

Znacznie mniejszą grupę osób niepełnosprawnych prawnie i biologicznie stanowiły kobiety, których udział wyniósł 54% wśród ogółu kobiet niepełnosprawnych. Nieco rzadziej niż mężczyźni deklarowały one w tej samej kategorii całkowite ograniczenie sprawności (9,2%). Na podobnym poziomie kształtuje się odsetek kobiet o poważnym ograniczeniu sprawności (15,2%).

Sytuację osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim, ich rehabilitację społeczną i zawodową, jak również wyznaczone kierunki polityki społecznej zmierzające do zwiększenia uczestnictwa tej grupy osób w życiu społecznym oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu reguluje Strategia Polityki Społecznej Województwa Lubuskiego na lata 2014-2020 oraz Wojewódzki Program Integracji Społecznej Osób Niepełnosprawnych.

3.8.4 Zdrowie psychiczne

System psychiatrycznej ochrony zdrowia w województwie lubuskim tworzą publiczne i niepubliczne podmioty realizujące świadczenia zdrowotne w zakresie opieki ambulatoryjnej, stacjonarnej i dziennej dla dzieci oraz osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i uzależnionych od środków psychoaktywnych. Do systemu opieki zdrowia psychicznego należy także opieka psychologiczna, a zwłaszcza psychoterapeutyczna. Obok tradycyjnych form specjalistycznej opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi – ambulatoryjnej i stacjonarnej, funkcjonują także pośrednie formy opieki, do których zaliczają się zespoły leczenia środowiskowego, oddziały dzienne i hostele.

Sejmik Województwa Lubuskiego Uchwałą Nr XXXIV/359/13 z dnia 18 lutego 2013 roku przyjął Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2012-2015. Podstawę jego opracowania stanowiło Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. z 2011 r. Nr 24 poz. 128). Bezpośrednimi przyczynami uzasadniającymi podjęcie w najbliższych latach szeroko zakrojonych działań na obszarze województwa lubuskiego w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego są:

- sukcesywny wzrost zachorowalności na psychotyczne i niepsychotyczne zaburzenia psychiczne, spowodowane zmianami społeczno-ekonomicznymi, zmianami w ogólnej kondycji psychofizycznej, generującymi nowe zagrożenia dla zdrowia psychicznego (bieda, bezrobocie oraz brak poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego, socjalnego i zdrowotnego),
- istniejący od wielu lat deficyt kadr i środków w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, jako wynik długotrwałych zaniedbań i marginalizowania tej dziedziny medycyny,
- konieczność dostosowania opieki psychiatrycznej do współczesnych standardów poprzez rozwój lecznictwa niestacjonarnego zgodnie z założeniami modelu leczenia środowiskowego,

- konieczność zmiany nastawienia do zaburzeń psychicznych, określenie „chory psychicznie” nie może mieć charakteru stygmatyzującego i zmniejszać szans na zapobieganie i skuteczne leczenie zaburzeń psychicznych.

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

Dane epidemiologiczne wskazują na stały wzrost zachorowań na choroby psychiczne. Choroby psychiczne, ze względu na wstydlivy charakter schorzenia, bardzo często diagnozowane są z dużym opóźnieniem lub nie są diagnozowane w ogóle. Wzrasta zarówno liczba leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, jak i leczonych w oddziałach psychiatrycznych i odwykowych. Pomoc psychologiczna, psychoterapeutyczna i psychiatryczna udzielana jest również w dużej mierze w poradniach i gabinetach prywatnych. Według danych prognostycznych Światowej Organizacji Zdrowia, do 2030 roku zaburzenia psychiczne stanowią będą ok. 15% wszystkich chorób. Natomiast depresja (również według danych WHO), zajmie drugie miejsce na liście najpoważniejszych problemów zdrowotnych (liczba zachorowań), zaraz po chorobach układu krążenia (obecnie jest na czwartym miejscu). Jest to wyjątkowo niepokojący trend i konieczność działania w tej sferze ochrony zdrowia ze względu na fakt, iż koszty społeczno-ekonomiczne złego stanu zdrowia psychicznego są bardzo wysokie, nie tylko dla jednostki nim dotkniętej, ale także dla całej społeczności, w której funkcjonuje. Taka sytuacja wymaga podjęcia szeroko zakrojonych wielosektorowych działań poprawiających funkcjonowanie i dostępność (równość w dostępie) różnorodnych form opieki zdrowotnej i pomocy społecznej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Celami podejmowanych działań są polepszenie dobrostanu ludzi i ich funkcjonowania poprzez lepsze wykorzystanie ich sił i zasobów intelektualnych oraz wzmocnienie odporności psychicznej i zwiększenie ochronnej roli czynników zewnętrznych.

Główne kierunki wyznaczone do działania na obszarze województwa lubuskiego to promocja zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i przeciwdziałaniu ich dyskryminacji oraz zmierzające do zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Istotnym kierunkiem jest rozwinięcie oddziaływań z zakresu psychoedukacji i wsparcia kierowanych do rodzin i otoczenia osób chorujących na zaburzenia psychiczne. Właściwe ukierunkowanie otoczenia osób chorych psychicznie lub zagrożonych zachorowaniem wspomaga proces diagnozy i terapii, a także ogranicza dysfunkcje wtórne (powstałe na skutek choroby) w środowisku rodzinnym i społecznym.

Szczególnie istotne dla Województwa Lubuskiego w planowaniu działań w sferze ochrony zdrowia psychicznego są działania zapobiegawcze, jakie należy podejmować zwłaszcza wobec dzieci, młodzieży, osób starszych oraz znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla zdrowia psychicznego, a także dotyczące opisu nowoczesnego modelu opieki zdrowotnej. Znaczące są również zagadnienia leczenia uzależnień – zadania wynikające z ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. Nr 35, poz.230, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.). Stanowią one podstawę do podejmowania stosownych działań legislacyjnych samorządowych organów ustawodawczych, poprzez wydawanie aktów prawa miejscowego, zmierzających do zapewnienia ochrony zdrowia psychicznego na poziomie lokalnym.

Podstawowy element Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w Województwie Lubuskim na lata 2012-2015 stanowi diagnoza i analiza zasobów (zabezpieczenia i organizacji) opieki psychiatrycznej. Kierunki rozwoju lecznictwa psychiatrycznego wyznaczono na podstawie szerokiego spektrum danych dotyczących stanu lecznictwa z uwzględnieniem sytuacji demograficznej, epidemiologicznej oraz posiadanych zasobów w zakresie wyspecjalizowanej kadry medycznej, bazy lokalowej i diagnostycznej oraz nakładów na leczenie.

Opracowany Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2012-2015 powstał, aby chronić zdrowie psychiczne oraz zredukować zdrowotne i ekonomiczne koszty zaburzeń psychicznych mieszkańców regionu. Część diagnostyczna dokumentu charakteryzuje obecny stan zdrowotny mieszkańców województwa, zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, część planistyczna zawiera założenia i kierunki rozwoju różnych form ochrony zdrowia psychicznego, precyzując cele i działania prowadzące do sprawnej realizacji założonych planów w poszczególnych zakresach tematycznych.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakłada restrukturyzację części działających podmiotów leczniczych, rozwinięcie sieci nowych podmiotów oraz utworzenie między nimi ścisłych powiązań tak, aby mieszkańcy i ich rodziny mogli uzyskać kompleksową pomoc na każdym etapie swojej sytuacji zdrowotnej. W przypadku podmiotów leczniczych zajmujących się opieką stacjonarną i ambulatoryjną, takie przedsięwzięcie wymaga analiz i opracowań organizacyjnych i finansowych.

W odniesieniu do występujących problemów zdrowotnych natury psychicznej w ciągu ostatnich 10 lat o 1/3 zwiększyła się liczba pacjentów objętych szpitalną opieką psychiatryczną, o połowę liczba pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych. W 2012 r. w województwie lubuskim odnotowano 40 157 osób z zaburzeniami psychicznymi (prawie 2 tys. więcej w stosunku do roku poprzedniego), spośród których aż u 12 587 pacjentów (ponad 30% ogółu) zdiagnozowano zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne. Innymi, także częstymi zaburzeniami były: organiczne zaburzenia psychotyczne (5 499 osób), schizofrenia (4 917 osób) oraz depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (3 720 osób). Natomiast najrzadziej

występującymi schorzeniami były: zespoły behawioralne związane z zaburzeniami odżywiania (380 osób), zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (170), pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego (178) oraz całościowe zaburzenia rozwojowe – 149 osób. Charakterystyczna jest wyraźnie większa zachorowalność na zaburzenia psychiczne w populacji miejskiej (stanowiącej około 70 % ogółu) niż wiejskiej. Zdecydowanie ponad połowę – około 62% ogółu populacji z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi stanowią kobiety.

Tabela 21. Liczba leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w województwie lubuskim (bez uzależnień) w latach 2011-2012

Wyszczególnienie	Leczeni w 2011 roku		Leczeni w 2012 roku	
	ogółem	w tym mężczyźni	ogółem	w tym mężczyźni
Ogółem z zaburzeniami psychicznymi	38 315	15 538	40 157	15 208
w tym: osoby zamieszkałe na wsi	11 207	4 328	12 482	4 648
objęte opieką czynną	11 880	5 036	12 938	5 181
Wyszczególnienie według rozpoznania zasadniczego:				
organiczne zaburzenia niepsychotyczne (F00, F01, F02, F04, F07, F08, F09)	2 923	1 435	3 052	1 458
organiczne zaburzenia psychotyczne (F03, F05, F06)	5 197	2 056	5 499	2 143
schizofrenia (F20)	4 864	2 449	4 917	2 293
inne zaburzenia psychotyczne i urojeniowe /bez afektywnych i schizofrenii/ (F21-F29)	1 960	1 010	1 665	769
epizody afektywne (F30 i F32)	2 665	972	2 898	969
depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (F31 i F33)	3 393	846	3 720	879
inne zaburzenia nastroju (afektywne) (F34-F39)	913	255	763	210
zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (F40-F48)	11 301	3 874	12 587	4 004
zespoły behawioralne związane z zaburzeniami odżywiania (F50)	365	118	380	115
inne zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F51 i F59)	131	40	170	50
zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69)	837	407	1 074	493
w tym: patologiczny hazard (F63.0)	20	7	68	61
upośledzenie umysłowe (F70-F79)	2 132	1 121	2 062	1 076
całościowe zaburzenia rozwojowe (F84)	248	171	149	106
pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego (F80-F83, F88, F89)	45	23	178	116
zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90-F98)	705	490	482	295
nieokreślone zaburzenia psychiczne (F99)	636	271	561	232
Obserwacja stanu psychicznego, rozpoznania nieustalone, bez zaburzeń psychicznych	263	86	185	58

i rozpoznania niepsychiatryczne

Źródło: Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim

Ponadto pomimo nieznacznej liczby zgonów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi, zachorowalność na zaburzenia sfery psychicznej dotyczy prawie 4% populacji wszystkich Lubuszan, co nie umniejsza skali problemu zdrowia psychicznego.

Tabela 22. Potencjał leczenia psychiatrycznego stacjonarnego w województwie lubuskim

Nazwa oddziału szpitalnego	Liczba łóżek rzeczywistych		Liczba leczonych		Ilość osobodni		Średnie wykorzystanie łóżek w %		Średni pobyt pacjenta	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne	601	550	773	653	223481	211 187	96,0	97,7	289,1	323,4
Psychiatryczne ogólne	413	392	4 524	4 280	145560	133763	96,6	93,5	32,2	31,3
Rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	210	210	604	663	69 084	73 985	91,4	96,5	114,4	111,6
Terapii uzależnienia od alkoholu	115	126	1 017	1 031	42 622	40 142	101,5	87,3	41,9	38,9
Psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu	81	81	150	129	31 337	28 423	106	96,1	208,9	220,3
Rehabilitacji neurologicznej	74	81	584	650	25 166	24 463	99,9	82,7	43,1	37,6
Terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	60	60	224	236	19 872	18 952	90,7	86,5	88,7	80,3
Detoksykacji (alkoholowy)	55	56	1 910	1 785	17 293	16 668	86,1	81,5	9,1	9,3
Hostel dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	47	47	111	127	13 489	13 355	78,6	77,8	121,5	105,2
Psychiatryczny dla młodzieży	45		344		14 349		87,4		41,7	
Psychiatryczny dla dzieci	40	105	239	735	10 444	30 506	71,5	79,6	43,7	41,5
Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	20		257		7 551		103,4		29,4	
Odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu	32	32	40	41	7 455	6 286	63,8	53,8	186,4	153,3
Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży	30	37	64	98	12 174	11 867	111,2	87,9	190,2	121,1
Leczenia zaburzeń nerwicowych	30	33	135	166	11 104	11 824	101,4	98,2	82,3	71,2
Psychogeriatryczne	30	30	282	282	10 960	10 577	100,1	96,6	38,9	37,5
Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży	30	30	80	68	9 299	9 504	84,9	86,8	116,2	139,8
Rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi	25	25	99	69	12 964	8 321	142,1	91,2	130,9	120,6
Rehabilitacji psychiatrycznej	20	24	122	142	8 182	7 597	112,1	86,7	67,1	53,5

Nazwa oddziału szpitalnego	Liczba łóżek rzeczywistych		Liczba leczonych		Ilość osobodni		Średnie wykorzystanie łóżek w %		Średni pobyt pacjenta	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Detoksykacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych	20	20	396	392	5 018	4 945	68,7	67,7	12,7	12,6
Leczenia uzależnień	15	15	222	11	5050	308	92,2	5,60	22,7	28,0

Źródło: Wydział Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

Najwięcej pacjentów leczonych było na oddziałach: psychiatrycznych ogólnych, terapii uzależnienia od alkoholu, detoksykacji (alkoholowej). Najmniej pacjentów hospitalizowano na oddziałach: odwykowym o wzmocnionym zabezpieczeniu, ośrodka rehabilitacyjnym dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży oraz oddziale rehabilitacyjnym dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi.

Analizując potencjał lubuskiego lecznictwa psychiatrycznego stacjonarnego, znaczącą ilość osobodni w stosunku do pozostałych oddziałów odnotowano w zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, psychiatrycznych ogólnych, rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Najwyższe wartości średniego pobytu odnotowano ze względu na ich specyfikę w zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, oddziałach psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu, psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży oraz odwykowym o wzmocnionym zabezpieczeniu. Średnie wykorzystanie łóżek w szpitalach psychiatrycznych wyniosło 77,7%.

Województwo lubuskie dysponuje 1 323 miejscami w szpitalach psychiatrycznych (stan na 31 grudnia 2012 roku). Na łączną liczbę miejsc w oddziałach szpitalnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami oraz w ośrodkach opieki pozaszpitalnej składa się aż 1 266 łóżek w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz zaledwie 57 łóżek, które zlokalizowane są w niepublicznych podmiotach leczniczych.

Tabela 23. Wyszczególnienie miejsc w oddziałach szpitalnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami oraz ośrodkach opieki pozaszpitalnej na terenie województwa lubuskiego

Wyszczególnienie	Łóżka ogółem		Liczba oddziałów	
	2010	2012	2010	2012
O g ó ł e m	1 222	1 323	34	34
Psychiatryczne ogólne	354	392	10	10
Psychiatryczne dla dzieci	40	105	1	3
Psychiatryczne dla młodzieży	45		1	
Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	20		1	
Rehabilitacji psychiatrycznej	20	24	1	1
Leczenie zaburzeń nerwicowych	30	33	1	1
Psychogeriatryczny	30	30	1	1
Psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu	81	81	2	1
Psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży	30	37	1	1
Odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu	-	32	-	1
Leczenia uzależnień	15	15	1	1
Detoksykacji (alkoholowy)	55	56	3	3

Terapii uzależnienia od alkoholu	115	126	2	2
Terapii uzależnienia od narkotyków, substancji psychoaktywnych	60	60	1	1
Detoksykacji od środków psychoaktywnych	20	20	1	1
Rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	205	210	2	2
Ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży	30	30	1	1
Oddział dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi	25	25	1	1
Hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	47	47	3	3

Źródło: Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim

Analizując wyszczególnione miejsca w 34 oddziałach szpitalnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami oraz ośrodkach opieki pozaszpitalnej (udzielających świadczeń zdrowotnych psychiatrycznych w 19 zakresach) na terenie województwa lubuskiego, największą ilością łóżek dysponują oddziały: psychiatryczne ogólne – 392, rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych – 210, terapii uzależnienia od alkoholu – 126. Liczba oddziałów w tych zakresach świadczeń od trzech lat utrzymuje się na jednakowym poziomie.

Tabela 24. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w stosunku do zaleceń NPOZP w latach 2010-2012

Zalecana ilość poradni/miejsc/zespołów/łóżek dla województwa lubuskiego według wskaźnika minimalnego		Dostępność w województwie lubuskim		
		2010 bez MON i MSWiA	2011 z MON i MSWiA	2012 z MON i MSW
Poradnia	7 poradni	5	5	5
Oddziały dzienne	102 miejsca	0	0	0
Zespoły środowiskowe	7 zespołów	0	0	0
Oddziały szpitalne	41 łóżek	105	105	105
Hostel	1 hostel	0	0	0
Poradnia pomocy rodzinnej	1 poradnia	0	0	0

Źródło: Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. oraz wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej z NPOZP

W wyszczególnionych rodzajach leczenia dzieci i młodzieży możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych istnieje jedynie na oddziałach szpitalnych w Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży SP ZOZ w Zaborze oraz w specjalistycznych poradniach. Oddział szpitalny jest jedyną jednostką zapewniającą minimalną dostępność do leczenia w przedmiotowym zakresie. Na terenie województwa lubuskiego brak jest możliwości świadczenia usług dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi na oddziałach dziennych, poradniach pomocy rodzinnej, w zespołach środowiskowych oraz w hostelach. Brakuje także dwóch poradni dla tej grupy pacjentów.

Tabela 25. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi

Zalecana ilość poradni/miejsc/zespołów/łóżek dla województwa lubuskiego według wskaźnika minimalnego		Dostępność w województwie lubuskim		
		2010 (bez MON i MSWiA)	2011 (z MON i MSWiA)	2012 (z MON i MSW)
Poradnia	20 poradni	32	39	45
Oddziały dzienne	307 miejsc (Gorzów Wlkp.,	56	86	100

	Zielona Góra)			
Zespoły środowiskowe	20 zespołów	2	2	4
Zespoły interwencji kryzysowych i pomocy doraźnej	0 zespołów	0	0	0
Oddziały psychiatryczne szpitalne	409 łóżek	479	493	479
Hostele	20 miejsc	0	0	0
Oddziały opiekuńcze (zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady opiekuńczo-lecznicze)	102-205 łóżek	627	601	550

Źródło: Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. oraz wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej z NPOZP

Wśród jednostek ochrony zdrowia dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi minimalna liczba miejsc zapewniona jest jedynie na oddziałach opiekuńczych i psychiatrycznych. Porównując dostępność do leczenia w województwie lubuskim z 2012 r. do dostępności zalecanej przez NPOZP widoczne są braki: 207 miejsc na oddziałach dziennych, 16 zespołów środowiskowych i 20 miejsc w hostelu. Planowane jest utworzenie brakujących hosteli, zespołów środowiskowych, oddziałów dziennych i zwiększenie liczby łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych o profilu psychiatrycznym w celu zapewnienia Lubuszanom możliwości korzystania z kompleksowego leczenia zaburzeń i chorób psychicznych.

Tabela 26. Dostępność do świadczeń do świadczeń zdrowotnych dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych w województwie lubuskim

Zalecana ilość poradni/miejsc/zespołów/ łóżek dla województwa lubuskiego według wskaźnika minimalnego		Dostępność w województwie lubuskim		
		2010	2011	2012
		bez MON i MSWiA	z MON i MSWiA	z MON i MSW
Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	20 przychodni	18	21	20
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu	2 oddziały dzienne (Gorzów Wlkp., Zielona Góra)	3	3	3
Oddziały/pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	20-31 łóżek	55	55	56
Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	123 łóżka	130	130	141
Hostele	1 hostel	0	0	0

Źródło: Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. oraz wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej z NPOZP

Ze względu na zmniejszające się zapotrzebowanie na świadczenia udzielane osobom z alkoholowym zespołem abstynencyjnym na poszczególnych oddziałach i pododdziałach zredukowano liczbę łóżek do 55 już w 2011 roku. W kolejnych latach, celem zapewnienia dostępności do form leczenia uzależnienia od alkoholu, planuje się utworzenie hostelu oraz poradni w powiecie zielonogórskim.

Tabela 27. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w stosunku do zaleceń NPOZP w latach 2010-2012

Zalecana ilość poradni/miejsc/zespołów/ łóżek dla województwa lubuskiego według wskaźnika minimalnego		Dostępność w województwie lubuskim		
		2010	2011	2012
		bez MON i MSWiA	z MON i MSWiA	z MON i MSW
Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	3 przychodnie (Gorzów Wlkp. i Zielona Góra)	11 + 1 anty-nikotynowa	10 + 1 anty-nikotynowa	11 + 1 anty-nikotynowa
Oddziały dzienne dla uzależnionych od	1 oddział	0	1	1

substancji psychoaktywnych				
Oddziały/lóżka detoksykacyjne	10 łóżek	20	20	20
Oddziały/ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	72 łóżka	320	325	325
Hostele	20 miejsc	58	72	61

Źródło: Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. oraz wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej z NPOZP

Baza placówek leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych jest znacznie większa niż minimalna zalecana dla województwa lubuskiego. Wynika to jednak ze świadczenia usług na rzecz innych województw. W ostatnich pięciu latach na oddziałach oraz w ośrodkach terapeutycznych, rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych zakontraktowano dodatkowo 35 miejsc do hospitalizacji oraz utworzono 35 dodatkowych miejsc w hostelach. Pomimo istniejących 11 poradni udzielających świadczeń w zakresie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, istnieje potrzeba utworzenia dodatkowej poradni w powiecie zielonogórskim.

Tabela 28. Działalność lubuskich poradni zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Liczba dni i godzin pracy poradni /gabinetów w tygodniu	Dni pracy w tygodniu	Ilość poradni/gabinetów		Ogółem liczba godzin otwarcia poradni/gabinetów		Średnia liczba godzin otwarcia poradni/gabinetu w ciągu dnia	
		2011	2012	2011	2012	2011	2012
	Ogółem		74	80	502	488,4	6,8
1 dzień		8	11	28	37	3,5	3,4
2 dni		7	3	60	9	8,7	3
3 dni		13	18	77,5	110,2	5,9	6,1
4 dni		9	12	47,5	64,5	5,2	5,4
5-6 dni		37	36	288,9	267,7	7,8	7,4

Źródło: Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

W województwie lubuskim z roku na rok rośnie liczba poradni. W 2012 r. utworzonych zostało 6 nowych poradni zdrowia psychicznego. Łącznie 80 poradni/gabinetów udzielało świadczeń ubezpieczonym przez prawie 500 godzin tygodniowo, a średni czas otwarcia poradni w ciągu dnia wynosił 6 godzin. Ponad połowa udzielała świadczeń zdrowotnych od 4 do 6 dni w tygodniu, wpływając na utrzymanie dostępności do świadczeń w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Tabela 29. Liczba udzielonych porad ambulatoryjnych w poradni/gabiniecie

Wyszczególnienie	2010	2011	2012
Liczba wszystkich porad ogółem	136 295	161 733	179 257
Porady lekarza	86 724	97 714	104 207
Porady psychologa	23 987	31 924	30 653
Porady innego terapeuty	25 584	32 095	44 397

Źródło: Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

Liczba porad udzielanych w poradniach/gabinetach w 2012 roku wzrosła o ponad 17 500 w stosunku do roku poprzedniego. Największy wzrost liczby udzielanych porad zarejestrowano

w przypadku porad innego terapeuty – o 73,5% więcej w stosunku do roku 2010. Wśród innych świadczeń zdrowotnych psychiatrycznych najwięcej udzielono psychoterapii indywidualnych, porad telefonicznych oraz zaobserwowano 116% wzrost interwencji pracowników socjalnych.

W Polsce obserwowany jest od wielu lat deficyt kadry specjalistycznej i środków finansowych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Jest to wynikiem zaniedbań i marginalizowania tej dziedziny ochrony zdrowia.

Stan zabezpieczenia kadrowego w opiece psychiatrycznej województwa lubuskiego jest zdecydowanie niewystarczający. Oczekiwane zatrudnienie w opiece psychiatrycznej znacznie przewyższa aktualną liczbę specjalistów, co wiąże się z utrudnionym dostępem do tego typu świadczeń. Szczególnie wysoki deficyt kadrowy dotyczy lekarzy psychiatrów, w tym psychiatrów dzieci i młodzieży. Dużą wątpliwość budzi faktyczna liczba pracowników socjalnych, psychoterapeutów oraz certyfikowanych specjalistów i instruktorów terapii uzależnień ze względu na brak danych sprawozdawczych. Oczekiwane zatrudnienie kadry medycznej psychiatrycznej obliczono według ludności województwa lubuskiego na 31 grudnia 2012 r. stanowiącej populację 1 023 317 osób.

Tabela 30. Oczekiwane zatrudnienie i docelowe wskaźniki zatrudnienia wybranych zawodów istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej na terenie województwa lubuskiego

Zawód	Oczekiwane zatrudnienie		Stan obecny (na dzień 31.07.2013 r.) - dane szacunkowe		
	wskaźnik na 100 tys. ludności	liczba	opieka ambulatoryjna według MZ-15 za 2012 rok	opieka stacjonarna według MZ-29A, MZ-30 za 2012 rok (bez oddz. psych. SP Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim)	ogółem w województwie według MZ-88, MZ-89 za 2012 rok według podstawowego miejsca pracy
Psychiatrzy	10	102	124	61	67
Psychiatrzy dzieci i młodzieży	1	10			3
Psychologowie kliniczni	9,5	97	82 psychologów	68 psychologów	87 psychologów, w tym: 12 specjalistów z psychologii klinicznej i 7 specjalistów z psychologii ogólnej
Pracownicy socjalni	10	102	10	11	brak danych (nie objęci sprawozdawczością)
Pielęgniarki	35	358	39	554	4785
Terapeuci zajęciowi	8	82	6	53	68
Psychoterapeuci z certyfikatem	2	20	brak danych (nie objęci sprawozdawczością)		

Certyfikowani specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień	5	51	67 specjalistów i instruktorów terapii uzależnień	72 specjalistów i instruktorów terapii uzależnień	brak danych (nie objęci sprawozdawczością)
---	---	----	---	---	--

Źródło: Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

Dokonanie oceny aktualnego stanu zatrudnienia w opiece psychiatrycznej było utrudnione w związku z zatrudnianiem wielu specjalistów w kilku podmiotach leczniczych jednocześnie, co uniemożliwiało sumowanie poszczególnych grup zawodowych. Dodatkowo nie ma możliwości precyzyjnego ustalenia wymiaru zatrudnienia głównych grup zawodowych, ponieważ obok umów o pracę stosowano także inne umowy, w tym cywilno-prawne, które nie pozwalają na monitorowanie czasu pracy.

W województwie lubuskim planuje się szereg przekształceń, polegających na odejściu od szpitalno-centricznego modelu na rzecz opieki środowiskowej. Biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców województwa lubuskiego, planuje się utworzenie do 2015 roku 5 centrów zdrowia psychicznego. Pozwoliłoby to na zapewnienie ciągłości opieki w środowisku pacjenta, bowiem centrum zdrowia psychicznego (CZP) ma pełnić podstawową rolę w nowoczesnym systemie psychiatrycznej opieki środowiskowej.

Planowane rozmieszczenie centrów zdrowia psychicznego w województwie lubuskim



źródło: opracowanie własne na podstawie Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2012-2015

Województwo Lubuskie dostrzega zagrożenie realizacji zakładanego celu głównego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, jakim jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Aktualnie brak jest podstaw prawnych dotyczących tworzenia i zasad finansowania centrum zdrowia psychicznego.

W latach 2014-2020 konieczne jest określenie roli poszczególnych podmiotów w zakresie utworzenia centrów zdrowia psychicznego.

W najbliższej perspektywie czasowej niezbędne jest opracowanie i wdrażanie systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, uwzględniającego specyfikę środowiskowego modelu opieki (realizacja celu szczegółowego 2.1.1 wyznaczonego dla Narodowego Funduszu Zdrowia), w szczególności oparcia finansowania centrum zdrowia psychicznego, zgodnie z zaleceniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015.

Dla kontraktowania świadczeń psychiatrycznych w 2014 r. i w latach następnych konieczne jest stworzenie ram organizacyjno-prawnych centrum zdrowia psychicznego, nadanie kodu w systemie resortowych kodów identyfikacyjnych, co umożliwi formalne wpisanie takiej komórki organizacyjnej w rejestrze podmiotów leczniczych.

Jednocześnie opieka stacjonarna powinna być oferowana przede wszystkim przez oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, ze względu na większą dostępność oraz zminimalizowanie zjawiska stygmatyzacji pacjentów korzystających z leczenia psychiatrycznego.

Jednym z kluczowych założeń zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego jest utworzenie spójnego systemu opieki i pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, co zapewnia środowiskowy model opieki psychiatrycznej. Głównym celem tego modelu jest umożliwienie osobom chorym funkcjonowania w społeczeństwie. Warunkiem prawidłowego działania modelu środowiskowego, a tym samym pełnego funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku lokalnym, jest współpraca resortu zdrowia z instytucjami edukacji, pracy i pomocy społecznej oraz zintegrowane działania w tym obszarze. Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakłada upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi, a także skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.

Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2012-2015 szczególny nacisk kładzie na współpracę poszczególnych podmiotów uczestniczących w ochronie zdrowia psychicznego. Niezbędnym jest utrzymywanie współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z poradniami zdrowia psychicznego i zespołami leczenia środowiskowego, placówkami pomocy społecznej i samorządowymi w zaburzeniach psychicznych u dorosłych, z poradniami zdrowia psychicznego, poradniami leczenia uzależnień oraz placówkami samorządowymi i pomocy społecznej – w sprawach dzieci, młodzieży z zaburzeniami psychicznymi oraz osób dorosłych uzależnionych i ich rodzin.

3.8.5 Opieka nad matką i dzieckiem

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

Według danych otrzymanych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. przeciętne wykorzystanie łóżek na oddziałach ginekologiczno-położniczych w 2012 r. wynosiło 48,7 %, a średni pobyt chorej 3,7 dnia. W 2011 r. wykorzystanie łóżek było niższe (48,2%), natomiast średni pobyt chorej wyniósł 3,6 dnia.

W szpitalach na terenie województwa lubuskiego w 2012 r. opieką przedporodową objętych było 9 695 kobiet ciężarnych, tj. 96,5 % ogółu rodzących. Na oddziałach położniczo-ginekologicznych odbyło się 10 045 porodów, przy czym:

- 3 701 to porody rozwiązane poprzez cięcia cesarskie, tj. 36,8 % (jest to o 2 % więcej niż w 2011 r.),
- 633 to porody wcześniacze, tj. 6,2 % (w porównaniu z 2011 rokiem jest to niewielki wzrost o 0,3 %), podczas których urodziło się 10 171 noworodków.

Ponadto odnotowano zmniejszenie liczby poronień samoistnych z 1 275 w roku 2011 do 1 199 w roku 2012 oraz liczbę przerwania ciąży z 5 w roku 2011 (zagrożenie życia lub zdrowia - 2, w wyniku przeprowadzonych badań prenatalnych - 3) do 2 w roku 2012 (w wyniku badań prenatalnych).

W 2012 r. Wydział Polityki Społecznej LUW zarejestrował 67 przypadków umieralności okołoporodowej (martwe urodzenia i zgony do 6 dnia życia), tj. 6,6 ‰. Dla porównania w roku 2011 umieralność okołoporodowa w Lubuskim wynosiła 5,3‰, natomiast w Polsce 5,8 ‰.

W województwie lubuskim przy każdym szpitalu, w którym znajduje się oddział ginekologiczno-położniczy, działa bezpłatna szkoła rodzenia. W roku 2013 było ich 15. Istnieje także 7 szkół prywatnych, które na ogół oferują szerszą ofertę od publicznych, ale zajęcia są płatne.⁴

Tabela 31. Działalność oddziałów ginekologiczno-położniczych na terenie województwa lubuskiego w latach 2008-2012

Wyszczególnienie	2008	2009	2010 ^a	2011	2012
Liczba oddziałów ginekologiczno-położniczych	16	15	14	15	15
Liczba łóżek (stan na 31XII)	554	529	583	616	556
Liczba leczonych na oddziałach (łącznie z ruchem międzyoddziałowym)	34 596	33 767	32 214	30 420	28 562

^a W 2010 roku szpitale resortowe nie były objęte sprawozdawczością prowadzoną przez Wydział Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego, dlatego też SP ZOZ Żagań przejęty z dniem 1.05.2010r. przez 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach nie został wykazany w działalności oddziałów szpitalnych. Dane nie obejmują szpitali dla których organem założycielskim jest Minister Sprawiedliwości oraz minister właściwy do spraw wewnętrznych.

Źródło: Opracowanie WPS LUW na podstawie sprawozdania Mz-29, Mz-29A oraz Mz-30 za rok 2008-2012

Według danych otrzymanych z Wydziału Zdrowia LUW w Gorzowie Wlkp. w województwie lubuskim (stan na 31 grudnia 2012 r.) znajdowało się ogółem 10 oddziałów pediatrycznych z łączną liczbą łóżek – 240. Zwraca się uwagę na stałe zmniejszanie się tej liczby – w roku 2005 na oddziałach pediatrii dostępne było 332 łóżka. Wynika to z zamykania oraz zmniejszania oddziałów dziecięcych. Średnie wykorzystanie łóżek w 2012 r. wyniosło 53,3 %, leczonych było 10 483 pacjentów, a średni pobyt wyniósł – 4,6 dnia. Ze względu na brak specjalistycznych oddziałów dziecięcych, pacjenci są hospitalizowani na oddziałach ogólnopediatrycznych, co znacznie ogranicza wykorzystanie łóżek. Warto zwrócić uwagę na fakt dotyczący sezonowości zachorowań w populacji dziecięcej

⁴ źródło: www.gazeta.pl oraz www.ciazowy.pl, 27.06.2013 r.

i wynikającej stąd nierównomierności obłożenia – w okresach o zwiększonej liczbie zakażeń wykorzystanie łóżek przekracza na niektórych oddziałach 100 %. Jednocześnie wykonanie kontraktu z NFZ jest we wszystkich tych jednostkach równe lub większe 100 %.

Oddziały z największą liczbą łóżek znajdowały się w szpitalach:

- Zielonej Górze – 50 łóżek, 1 830 leczonych,
- Gorzowie Wlkp. – 40 łóżek, 2 346 leczonych,
- Szprotawie – 26 łóżek, 729 leczonych,
- Nowej Soli – 25 łóżek, 1 070 leczonych.

Wykorzystanie łóżek na oddziałach pediatrycznych w szpitalach w województwie:

- Gorzów Wlkp. – 56,9 %, 2 346 leczonych,
- Zielona Góra – 45,5 %, 1 830 leczonych,
- Międzyrzecz – 65,2 %, 1 037 leczonych
- Dreżdenko – 62,9%, 712 leczonych,
- Nowa Sól – 61,0% , 1 070 leczonych,
- Krosno Odrzańskie – 57,7% , 714 leczonych,
- Słubice – 56,9 %, 512 leczonych,
- Sulęcín – 54,7 %, 715 leczonych,
- Szprotawa – 36,4 %, 729 leczonych,
- Żary – 50,2 %, 818 leczonych.

Ponadto LOW NFZ na 2014 rok⁵ zakontaktował opiekę medyczną dzieci:

- na oddziałach chirurgii dziecięcej w Zielonej Górze i Gorzowie Wlkp.
- na oddziałach neurologii dziecięcej w Gorzowie Wlkp. i Nowej Soli,
- na pododdziałach urologii dziecięcej – hospitalizacja planowa – w Gorzowie Wlkp. i Zielonej Górze,
- na oddziale urologii dziecięcej – zespół chirurgii jednego dnia – w Zielonej Górze,
- w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci w Wojnowie i Torzymiu,
- na oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży w Zaborze,
- na oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży w Międzyrzeczu,
- w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla dzieci w Zielonej Górze.

Warto zauważyć, że w regionie brakuje jednak dziecięcych oddziałów/pododdziałów intensywnej terapii, laryngologii, okulistyki oraz zakaźnego.

Na początku 2014 r. (według danych LOW NFZ) na terenie województwa lubuskiego funkcjonowało 86 poradni specjalistycznych dla dzieci:

- Stomatologiczna – 41,

⁵ źródło: Strona www.nfz-zielonagora.pl, zakładka „Gdzie się leczyć”, 7.01.2014 r.

- Chirurgii Dziecięcej – 4,
- Diabetologiczna dla dzieci – 2,
- Endokrynologiczna dla dzieci – 2,
- Gruźlicy i Chorób Płuc dla dzieci – 5,
- Kardiologiczna dla dzieci – 3,
- Nefrologiczna dla dzieci – 2,
- Neonatologiczna – 6,
- Neurologiczna dla dzieci – 6,
- Okulistyczna dla dzieci – 3,
- Onkologiczno-Hematologiczna dla dzieci – 1,
- Preluksacyjna – 8,
- Urologiczna dla dzieci – 3.

Należy dodać, że w kontraktowaniu przez NFZ świadczeń ambulatoryjnych brak jest pojęcia poradni pediatrycznych, lecz w sprawozdaniu MZ-12 za 2012 r.⁶ wykazano 4 prywatne poradnie pediatryczne (powiat wschowski, zielonogórski, żarski). Konieczne jest także utworzenie innych poradni specjalistycznych: gastrologicznej, reumatologicznej, ginekologicznej dla dzieci – z uwagi, że dostępność do tych usług ambulatoryjnych w województwach ościennych jest ograniczona.

Najistotniejszym problemem w zabezpieczeniu właściwej opieki medycznej dla dzieci jest brak oddziału intensywnej terapii pediatrycznej na terenie województwa lubuskiego. W celu uzyskania specjalistycznej opieki, dzieci kierowane są do podmiotów spoza województwa, co zmniejsza szanse tych najciężiej chorych na przeżycie i powrót do zdrowia. Specyfika intensywnej terapii dziecięcej wymaga możliwości korzystania z pomocy wielu specjalistów z różnych dziedzin np.: pediatrii, chirurgii dziecięcej, laryngologii, okulistyki, neurologii, radiologii. Tak szeroki zakres opieki nad matką i dzieckiem będzie w stanie zapewnić Wielospecjalistyczne Centrum Pediatrii w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze, finansowanie tej inwestycji planuje się zrealizować w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020. Według Karty Projektu, celami budowy Wysokospecjalistycznego Centrum Pediatrii są: zwiększenie liczby łóżek (co pozwoli udzielać świadczeń większej liczbie dzieci z regionu i nie tylko), odseparowanie oddziałów dziecięcych od oddziałów, gdzie przebywają dorośli (co wpłynie bezpośrednio na komfort i warunki leczenia), zwiększenie zakresu udzielanych świadczeń m.in. o powstałe odcinki i stanowiska oparzeniowe, zakaźne. W planie jest stworzenie przyjaznego środowiska dla dzieci poprzez zorganizowanie sal zabaw, stworzenie zewnętrznej infrastruktury z placem zabaw oraz miejscem do przebywania rodziców z dziećmi.

Planowana struktura Wielospecjalistycznego Centrum Pediatrii zakłada powstanie oddziałów: Pediatrii Ogólnej, Diabetologii, Endokrynologii, Hematoonkologii i Nefrologii Dziecięcej, Chirurgii Dziecięcej, Chirurgii Noworodka, Traumatologii i Urologii Dziecięcej, Intensywnej Opieki

⁶ Dane z Wydziału Zdrowia LUW w Gorzowie Wlkp.

Medycznej dla dzieci, Dziecięcego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Bloku Operacyjnego dla dzieci. Rozważa się także stworzenie części hotelowej dla rodziców/opiekunów. W ramach Centrum zakłada się uruchomienie Dziecięcych Poradni Przychodni.

W ramach poprawy jakości opieki medycznej nad dziećmi, należy dążyć do rozwoju oddziałów pediatrycznych w innych szpitalach na terenie województwa lubuskiego, a w szczególności do stworzenia możliwości czasowego prowadzenia intensywnej terapii dzieci w każdym szpitalu, w którym znajduje się oddział dziecięcy.

Warto podkreślić, iż jednym z głównych celów określonych w dokumencie *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe strategiczne ramy* jest przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi. Opisane w dokumencie cele, kierunki interwencji i narzędzia realizacji, projektowane na lata 2014-2020, odpowiadają na problemy, wyzwania i postulaty w obszarze opieki zdrowotnej wynikające z oceny sytuacji w ochronie zdrowia – określone między innymi w zaleceniach Rady Unii Europejskiej w sprawie Krajowego Programu Reform. Wobec tego, wszelkie działania związane z inwestycjami i przedsięwzięciami w obszarze pediatrii znajdują swoje uzasadnienie i legitymizację.

Problem niedostatecznej opieki pediatrycznej w województwie lubuskim podnosi także prof. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska, Konsultant Krajowy w dziedzinie Pediatrii. Z przedstawionej przez Konsultanta Krajowego analizy porównawczej dotyczącej dostępności i poziomu świadczeń medycznych nad dziećmi w poszczególnych województwach wynika, że pod tym względem (liczba łóżek pediatrycznych, kompleksowość świadczeń i liczba pediatrów na 100 000 dzieci) województwo lubuskie jest na ostatnim miejscu w kraju. Prof. Anna Dobrzańska wskazuje, że „ogromny niedobór pediatrów, utrudniony dostęp do specjalistów i brak kompleksowości w opiece medycznej nad dziećmi w województwie, wymaga natychmiastowych i długofalowych działań naprawczych. (...) Plan budowy dużego centrum specjalistycznego traktuję jako inwestycję pierwszą na liście pilnych działań zmierzających do poprawy dostępności dzieci do świadczeń medycznych na terenie województwa lubuskiego”.

3.8.6 Epidemiologia chorób zakaźnych w latach 2008-2012⁷

Sytuację epidemiologiczną dotyczącą chorób zakaźnych w województwie lubuskim należy uznać za korzystną. Nie zanotowano zachorowań na włośnicę, czerwonkę bakteryjną, odrę, brucelozę, tularemie, wąglik oraz zatrucie wywołanych jadem kiełbasianym.

Nie stwierdzono epidemicznego występowania chorób zakaźnych. Wzrost zachorowań na niektóre choroby zakaźne, podobnie jak w latach ubiegłych, miał charakter sezonowy lub był kontynuacją trendów wieloletnich.

W 2012 r. zarejestrowano 11 961 zachorowań na choroby zakaźne, wskaźnik zapadalności (tj. liczba zachorowań na 100 tys. mieszkańców) wyniósł 1 169,09. Hospitalizowano 2 491 osób, czyli co piątego chorego (21 %). Z powodu chorób zakaźnych 29 osób zmarło.

⁷ Na podstawie danych z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.

Choroby szerzące się drogą pokarmową

W okresie 2008-2012 zapadalność na zatrucia pokarmowe w Lubuskiem była niższa niż średnia krajowa, co może świadczyć o dobrze prowadzonym nadzorze nad żywnością pochodzenia zwierzęcego i wzroście świadomości konsumentów.

W 2012 r. zgłoszono 121 przypadków salmonelloz jelitowych i 6 pozajelitowych, (w 2011 r. odnotowano 133 zachorowania). Hospitalizowano 95 osób. Nadal najczęstszą przyczyną były zatrucia wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi Salmonella.

W analizowanym okresie w województwie lubuskim liczba ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych kształtowała się na podobnym poziomie 9-10 ognisk, za wyjątkiem 2010 r., kiedy zarejestrowano aż 21 ognisk. Liczba osób chorych w ogniskach spadła z 90 w 2008 roku do 54 w 2012 r.. Wyjątek stanowił rok 2010, w którym aż 218 osób uległo zatruciom. W 2012 roku nastąpił nieznaczny spadek liczby ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych oraz osób, które w nich zachorowały. Wystąpiło osiem ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych, w których zachorowały 54 osoby. Hospitalizowano 18 chorych. W 2011 r. zgłoszono 9 ognisk, w których zachorowało 218 osób, hospitalizowano 42 osoby. Dominowały ogniska zatruc, w których czynnikiem etiologicznym były pałeczki Salmonella enteritidis. Mimo znacznej poprawy w tym zakresie, zatrucia i zakażenia pokarmowe wymagają stałego monitorowania i podejmowania działań prewencyjnych, mających na celu podniesienie standardów sanitarnych w placówkach żywienia zbiorowego i promowania zachowań prozdrowotnych w środowiskach rodzinnych.

Zakażenia żołądkowo-jelitowe

W latach 2008-2012 poprawiła się sytuacja w zakresie zakażeń żołądkowo-jelitowych. W 2012 r. odnotowano 91 zachorowań spowodowanych innymi bakteryjnymi zakażeniami żołądkowo-jelitowymi. Jest to zdecydowanie mniej niż rok wcześniej (w 2011 – 139 przypadków). Spadła również liczba zachorowań na biegunkę (w 2012 r. – 1 708 zachorowań, rok wcześniej – 1 947). Zachorowało 553 dzieci w wieku do lat 2 (w 2011 roku – 596). Zachorowania wywołane przez Campylobacter kształtują się na poziomie poprzedniego roku (26 zachorowań).

Odnotowano spadek zakażeń jelitowych wywołanych przez rotawirusy (537 zachorowań, w 2011 – 601). Hospitalizowano 533 osoby.

Duży wpływ na poprawę sytuacji w tym zakresie mają działania profilaktyczne w postaci szczepień przeciwko zakażeniom rotawirusami, prowadzone u dzieci w wieku od 6 do 24 tygodni. Stopniowo wzrasta liczba dzieci szczepionych przeciwko temu drobnoustrojowi. W 2012 r. szczepieniu poddano 1 437 dzieci, rok wcześniej – 1 388.

Dur brzuszny i dury rzekome

Od wielu lat na terenie województwa lubuskiego nie stwierdzono zachorowań na dur brzuszny. W 2012 roku odnotowano jedno zachorowanie na dur rzekomy B u 13-letniego chłopca. Nadzorem epidemiologicznym objęto osoby mające najbliższy kontakt z chorym, a także jego otoczenie w szkole oraz grupę sportową, do której należał. Ustalono, że prawdopodobnie do zakażenia doszło poza miejscem zamieszkania, podczas wyjazdów na zgrupowania sportowe.

Wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW typu A)

W latach 2008-2012 notowano sporadyczne zachorowania na WZW typu A. Zachorowani uległy łącznie 3 osoby. W 2012 roku stwierdzono 1 zachorowanie na WZW typu A. We wszystkich przypadkach wirus wystąpił po pobytach w Egipcie i w Kenii, czyli w krajach o niskich standardach higienicznych. Osoby, które uległy zachorowaniu nie były zaszczepione przeciwko WZW typu A. W Polsce w 2012 r. zarejestrowano 70 zachorowań. W 2012 roku szczepieniu przeciwko WZW A w województwie lubuskim poddało się 385 osób. Były to głównie osoby wyjeżdżające za granicę.

Zatrucia grzybami

Liczba osób, które uległy zatruciu grzybami w okresie 2008-2012 wynosiła od 4 do 9 w poszczególnych latach. W 2009 roku nie odnotowano zatruc.

W 2012 r. zgłoszono 4 zatrucia grzybami (w 2011 r. – 6). Wszystkie osoby hospitalizowano i wszystkie wyzdrowiały. W Polsce, podobnie jak w 2011 r., zgłoszono 32 zatrucia grzybami. Na terenie działalności PSSE w Drezdenku wystąpiło 1 ognisko zatrucia zbiorowego, obejmujące 3 osoby. W następstwie zatrucia u 2 osób doszło do poważnego uszkodzenia wątroby; jednej przeprowadzono zabieg transplantacji tego organu, u drugiej wątroba zaczęła regenerować się samoistnie.

Zakażenia krwiopochodne

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

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

W województwie lubuskim w latach 2008-2010 odnotowano tendencję wzrostową zachorowań na WZW typu B. Od 2011 do 2012 r. zachorowania ukształtowały się na poziomie podobnym do poprzedniego roku. W 2012 r. stwierdzono 35 zachorowań na WZW typu B (w tym dwa stany ostre), a w 2011 r. – 37. Hospitalizowano 23 osoby. Zachorowaniu uległo 15 kobiet i 20 mężczyzn; 26 osób mieszkało w mieście, 9 na wsi. W Polsce odnotowano 1 578 zachorowań. U 85 osób stwierdzono ostrą postać choroby. W 2011 r. zgłoszono 1 583 zachorowania.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C

W kraju utrzymuje się względnie stabilna sytuacja dotycząca zapadalności na tę jednostkę chorobową. W województwie lubuskim od 2010 r. notowano znacznie wyższy współczynnik zapadalności aniżeli w kraju. Przyczyną takiego stanu była stosunkowo duża liczba badań wykonywanych w kierunku HCV.

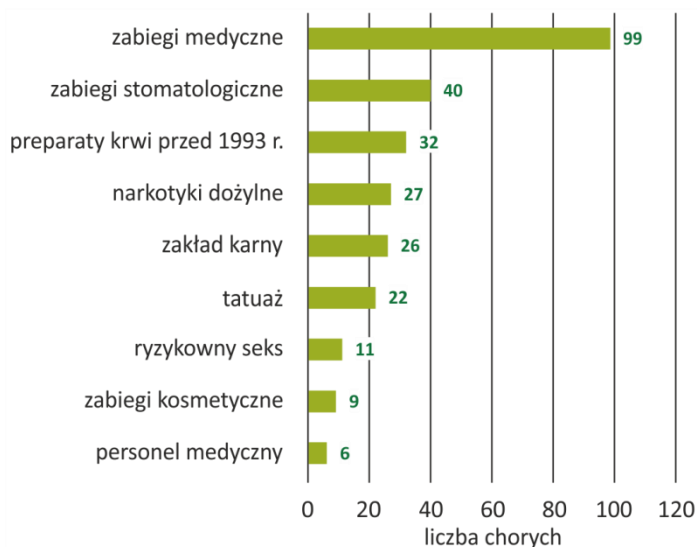
W 2012 roku w naszym województwie odnotowano spadek liczby zachorowań na WZW typu C, jednak zapadalność jest nadal wyższa od średniej krajowej. Zachorowania na WZW typu C są klasyfikowane według dwóch definicji. Definicja z 2005 r. obejmuje przypadki objawowe lub przebiegające z podwyższonym wzrostem aktywności transaminaz, potwierdzone wykryciem swoistych przeciwciał dla HCV lub wykryciem kwasu nuleinowego HCV w materiale klinicznym. W definicji z 2009 r. mieszczą się wszystkie zachorowania potwierdzone laboratoryjnie.

Zarejestrowano 110 zachorowań na WZW typu C w świetle pierwszej definicji (2005) oraz 140 zachorowań według klasyfikacji z 2009 r. Liczba zachorowań zmniejszyła się odpowiednio o 32 i 24 osoby. Hospitalizowano 63 osoby (według definicji z 2005 r.), według drugiej definicji - 59.

Zachorowaniu uległo 49 kobiet i 61 mężczyzn; 89 chorych mieszkało w mieście, a 21 na wsi. Osoby mające kontakt z chorymi były obejmowane nadzorem lekarskim, w uzasadnionych przypadkach otrzymywały skierowanie na szczepienie przeciw WZW typu B. W Polsce w 2012 r. odnotowano nieznaczny wzrost zachorowań. Według definicji z 2005 r. stwierdzono 2 245 zachorowań (w 2011 r. – 2 151), a z 2009 r. – 2 258 (w 2011 r. – 2 189).

W oparciu o indywidualne wywiady dotyczące zachorowań na WZW typu C dokonano analizy prawdopodobnych okoliczności zakażenia, możliwych narażeń oraz czynników ryzyka zakażenia. Mimo uzyskania znacznej poprawy stanu sanitarnego oraz skuteczności sterylizacji narzędzi i sprzętu w zakładach ochrony zdrowia, nadal najczęściej podawaną prawdopodobną drogą zakażenia pozostają zabiegi medyczne (70 %) i stomatologiczne (29 %). Pomimo wdrożonych procedur medycznych w placówkach lecznictwa zachorowaniu uległo 6 pracowników ochrony zdrowia. Poniższy wykres obrazuje analizę prawdopodobnych przyczyn zakażeń WZW typu C.

Wykres 9. Prawdopodobne przyczyny zakażenia WZW typu C według def. 2009 w województwie lubuskim w 2012 r.

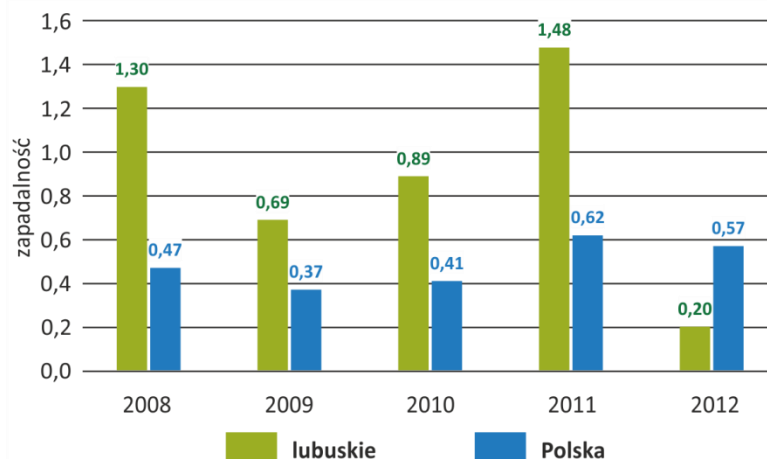


Wirusowe zapalenie wątroby typu C ma na ogół wieloletni, bezobjawowy przebieg, nie ma możliwości czynnego uodpornienia.

AIDS – zespół nabytego upośledzenia odporności

Przez wiele lat w Lubuskim wskaźnik zapadalności na AIDS znacznie przekraczał średnią krajową. W 2012 roku liczba zachorowań na AIDS znacząco spadła; zarejestrowano tylko 2 przypadki; podczas gdy rok wcześniej - 15. Osoby chore hospitalizowano. W analizowanym okresie zgłoszono 1 zgon z powodu AIDS, natomiast w 2011 roku zmarło 5 chorych. W Polsce również zaznaczyła się tendencja spadkowa. W 2012 r. odnotowano 220 zachorowań, natomiast w 2011 r. 241.

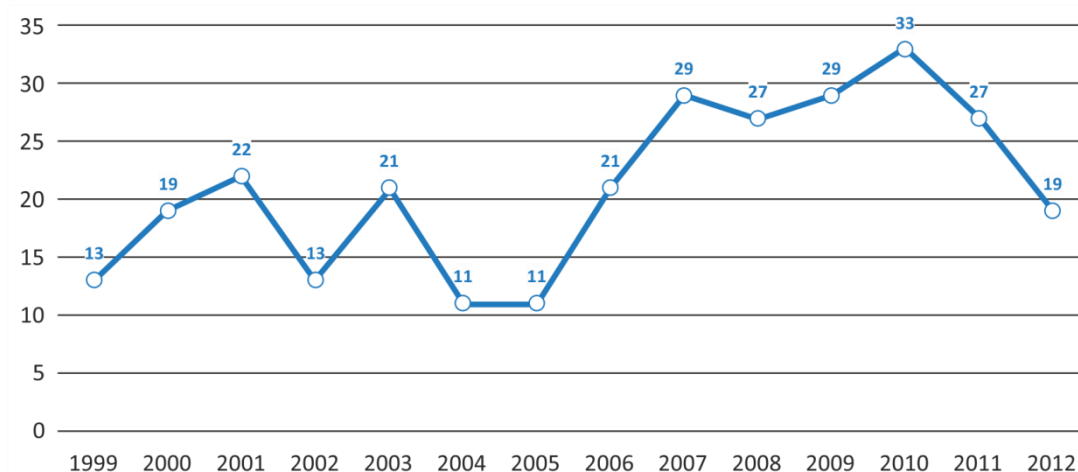
Wykres 10. Zapadalność na AIDS w województwie lubuskim i w Polsce w latach 2008-2012



Zakażenia HIV

Liczba nowo wykrytych zakażonych HIV w latach 2008-2011 kształtowała się na poziomie 27-33 osób. W 2012 r. na terenie województwa lubuskiego nastąpił spadek liczby osób, u których wykryto wirus HIV; z 27 zakażonych w 2011 r. do 19 osób. Hospitalizowano 8 osób.

Wykres 11. Liczba zakażeń HIV na terenie województwa lubuskiego w latach 1999-2012



W Polsce w 2012 r. również obserwowano nieznaczną tendencję spadkową – zanotowano 1 110 osób, u których wykryto zakażenie HIV, podczas gdy w 2011 r. było ich 1 188.

Od wdrożenia badań w 1985 r. do końca ubiegłego roku na terenie województwa lubuskiego zarejestrowano 548 osób zakażonych HIV oraz 117 osób chorych na AIDS. Stwierdzono 57 zgonów chorych na AIDS.

Inwazyjna choroba meningokokowa

Od 2008 r. zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową utrzymują się na podobnym poziomie. W 2012 r., podobnie jak rok wcześniej, odnotowano 6 zachorowań. Wszystkie osoby hospitalizowano. Zachorowania u 4 osób przebiegały pod postacią zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, u 2 osób pod postacią posocznicy. Jedno dziecko w wieku 14 miesięcy, mimo wdrożonego leczenia, zmarło. Zachorowania dotyczyły osób w wieku: 6 i 14 miesięcy oraz 4, 5, 17 i 62 lata. Nie rejestrowano ognisk zachorowań. Między chorymi nie stwierdzono powiązań epidemiologicznych. Osoby będące w najbliższym kontakcie z chorymi objęto nadzorem epidemiologicznym (profilaktycznie otrzymały leki).

Choroby, przeciw którym prowadzone są szczepienia ochronne

Od lat w całym kraju, w tym w województwie lubuskim, obserwuje się spadek zachorowań na choroby zakaźne, przeciwko którym wykonywane są szczepienia zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych. Kilka z nich praktycznie już nie występuje, jak np. nagminne porażenie dziecięce, błonica lub występuje bardzo rzadko (np. odra).

Zachorowania na **świnkę** w Lubuskim wykazują tendencję spadkową, a ich liczba zbliża się do średniej krajowej. W 2012 roku stwierdzono 78 zachorowań (rok wcześniej – 108). Nikogo nie hospitalizowano. W Polsce w tym okresie odnotowano niewielki wzrost – zarejestrowano 2 774 zachorowania (zapadalność 7,20), a rok wcześniej 2 585 (zapadalność 6,71).

Nastąpił również spadek zachorowań na **różyczkę**. W województwie lubuskim zarejestrowano 117 zachorowań (rok wcześniej- 254). Nie odnotowano przypadków zespołu różyczki wrodzonej. W Polsce w 2012 r. odnotowano wzrost zachorowań: z 4 290 przypadków w 2011 r. do 6 260.

W latach 2008-2012 zachorowania na **krztusiec** utrzymywały się na stosunkowo niskim poziomie. W 2012 r. zarówno w Polsce, jak i w województwie lubuskim, nastąpił prawie trzykrotny wzrost zachorowań na krztusiec. W Lubuskim zanotowano 23 zachorowania, w 2011 r. zgłoszono tylko 7. Hospitalizowano 12 osób, u 21 choroba została potwierdzona dodatnim wynikiem badania serologicznego. Z wywiadów wynika, że 15 chorych zostało zaszczepionych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych, u 5 osób brak danych o podaniu szczepionki, u 2 dzieci nie wszczęto jeszcze szczepień, u dziewczynki w wieku 3 miesięcy podano pierwszą dawkę szczepionki. Wprowadzona w 2004 r. dodatkowa dawka przypominająca szczepionki DTaP dla dzieci w wieku 5 lat nie obejmuje jeszcze swoim działaniem grupy dzieci i młodzieży powyżej 13 roku życia, wśród których zapadalność jest stosunkowo wysoka. W Polsce w latach 2008-2012 odnotowano 4 683 zachorowania, w roku 2011 – 1 667.

Liczba zachorowań na **ospę wietrzną** w województwie lubuskim stopniowo wzrastała od 2008 roku, osiągając szczyt zachorowań w 2010 roku. Od tego okresu odnotowuje się spadek liczby zachorowań. W 2012 r. zmniejszyła się liczba odnotowanych przypadków ospy wietrznej – 5 852, przy 6 244 w 2011 r.

W latach 2008-2012 odnotowano w województwie sporadyczne zachorowania na **tężec**. W 2012 r. zgłoszono dwa przypadki tężeca u osób starszych (jedna osoba zmarła). Ustalono, że zachorowania były skutkiem skaleczeń podczas prac ogrodniczych.

Grypa i podejrzenia o zachorowania na grypę (ogółem)

Zachorowania na grypę w województwie lubuskim kształtowały się na stosunkowo niskim poziomie. W 2009 r. wystąpiła pandemia grypy, co znalazło odzwierciedlenie we wzroście liczby zachorowań zarejestrowanych.

W 2012 r. w Polsce nastąpił wzrost liczby zachorowań na grypę i zachorowania grypopodobne. W Lubuskiem liczba chorych zmniejszyła się ponad dwukrotnie – zgłoszono 2 078 zachorowań i podejrzeń o zachorowania na grypę. Rok wcześniej było 5 826 zachorowań.

W 2012 r. do szpitali skierowano 11 osób, w tym 10 z ciężkimi objawami ze strony układu oddechowego. W 2011 roku odnotowano 5 826 zachorowań dzieci w wieku do 14 lat, a w 2012 r. – 1 913.

Ze względu na swoją zaraźliwość, grypa należy do najbardziej rozpowszechnionych chorób zakaźnych. Można jej zapobiegać poprzez szczepienia. Utrzymującym się problemem, zarówno w Polsce, jak i w województwie lubuskim, jest niski odsetek osób poddawanych corocznie szczepieniom przeciw grypie. W 2012 r. odnotowano duży spadek liczby osób, które poddały się szczepieniu. Przeciwno grypie w lubuskim zaszczepiono około 21 tys. osób, tj. ponad 5 tys. mniej niż rok wcześniej.

Choroby odzwierzęce

Liczba osób kwalifikowanych do szczepień po pogryzieniu przez zwierzęta na przestrzeni lat stopniowo obniżała się z 131 osób w 2008 roku do 111 osób w 2012 r. W 2012 r. podobnie jak w 2011 r. do szczepienia przeciwko wścieklicznie zakwalifikowano 111 osób. Nikogo nie hospitalizowano.

W 2012 r. w Lubuskiem odnotowano spadek liczby zachorowań na boreliozę z Lyme. Zarejestrowano 279 przypadków, podczas gdy w 2011 r. – 295. Hospitalizowano 21 osób. W Polsce również zmniejszyła się liczba zachorowań – zgłoszono 8 806 przypadków, podczas gdy w 2011 r. było ich 9 170. Przeciwno chorobie nie ma szczepionki. Bardzo istotne jest jej wczesne rozpoznanie i wdrożenie leczenia w początkowej fazie choroby.

Gruźlica

Wskaźnik zapadalności na gruźlicę od wielu lat w województwie lubuskim jest niższy od średniej krajowej i utrzymuje się na stałym poziomie. Liczba zgłoszonych do WSSE zachorowań w Lubuskiem w latach 2008-2012 wyniosła od 142 do 159. W 2012 r. do Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp. zgłoszono 148 zachorowań na gruźlicę, w 2011 r. – 153. Najczęstszą postacią tej choroby była gruźlica płuc – 138 przypadków (ponad 90 % zachorowań). Podobnie jak w roku 2011, mężczyźni chorowali na gruźlicę blisko dwukrotnie częściej niż kobiety. Zachorowały głównie osoby mieszkające w miastach. Chorobę stwierdzono u pięciu bezdomnych. Gruźlica stanowiła przyczynę zgonu 22 osób.

Choroby przenoszone drogą płciową

Liczba zgłoszonych w latach 2008-2012 w Lubuskiem chorób przenoszonych drogą płciową kształtowała się na poziomie 21-25 zachorowań, jedynie w 2011 r. zgłoszono 11 zachorowań.

W 2012 r. zarejestrowano 25 zachorowań. Stwierdzono 15 przypadków kiły, 7 rzeżączki, 2 chlamydiozy i 1 rzęsistkowicy. Dominowały zachorowania u mężczyzn. Częściej chorowali mieszkańcy miast. Niekorzystny wpływ na sytuację epidemiologiczną chorób przenoszonych drogą płciową ma niski poziom świadomości zdrowotnej w społeczeństwie, łatwy dostęp do usług seksualnych i zmieniające się wzorce zachowań.

Tabela 32. Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w województwie lubuskim w latach 2009-2012

Jednostka chorobowa		2009		2010		2011		2012	
		liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
Dury rzekome ABC		-	-	-	-	-	-	1	0,10
Salmonelloza	razem	162	15,9	201	19,9	135	13,20	127	12,42
	zatrucie pokarmowe	159	15,75	188	18,62	133	13,13	121	11,95
	zakażenie pozajelitowe	117	0,31	8	0,79	2	0,20	4	0,40
	posocznica	3	0,3	5	0,49	-	-	2	0,20
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe (ogółem)	razem	185	18,32	153	15,15	139	13,59	91	8,90
	wywołane przez E. coli bigunkotwórczą	31	3,07	35	3,46	39	3,85	24	2,37
	wywołane przez E. coli enterokrwotoczną	-	-	-	-	-	-	-	-
	wywołane przez E. coli inną i BNO	27	2,67	36	3,56	18	1,78	3	0,30
	wywołane przez Campylobacter	47	4,65	34	3,37	27	2,67	26	2,57
	wywołane przez Y. enterocolitica lub pseudo-tuberculosis	6	0,59	5	0,49	3	0,30	3	0,30
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2		68	317,77	70	327,12	60	264,02	29	127,62
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe (ogółem)	gronkowcowe jadem kiełbasianym (botulizm)	-	-	-	-	-	-	-	-
	wywołane przez Cl. perfringens	2	0,20	54	5,35	-	-	-	-
	inne określone	-	-	-	-	-	-	-	-
	nieokreślone	-	-	-	-	-	-	29	2,86
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe u dzieci do lat 2		-	-	-	-	-	-	-	-
Lamblioza		10	0,99	1	0,10	3	0,3	2	0,20
Wirusowe zakażenia jelitowe ogółem	wywołane przez rotawirusy	-	-	-	-	601	59,35	537	53,03
	wywołane przez norowirusy	1472	145,78	1 203	119,04	-	-	-	-
	inne określone	-	-	-	-	41	4,05	46	4,54
	nieokreślone	-	-	-	-	147	52,24	619	61,13
Wirusowe i inne określone		436	2037,48	378	1761,76	385	1694,32	411	1808,74

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Jednostka chorobowa		2009		2010		2011		2012	
		liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2									
Biegunka i zapalenie żołądkowo - jelitowe BNO	ogółem	2014	9411,65	1532	2134,4	1947	8568,41	1708	7516,61
	w tym dzieci do lat 2	640	2990,79	485	2266,46	596	2622,89	553	2433,66
Jersinioza pozajelitowa		1	0,10	-	-	1	0,10	-	-
Mikobakteriozy inne i BNO		31	3,07	22	2,17	23	2,27	27	2,67
Listerioza		1	0,10	1	0,10	-	-	2	0,20
Tężec	ogółem	-	-	-	-	-	-	2	0,20
	noworodków	-	-	-	-	-	-	-	-
Błonica		-	-	-	-	-	-	-	-
Krzusiec		2	0,2	3	0,30	7	0,69	23	2,27
Płonica (szkarlatyna)		428	42,39	379	37,53	587	57,97	584	57,68
Choroba meningo-kokowa, inwazyjna	ogółem	5	0,5	5	0,5	6	0,59	6	0,59
	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	3	0,3	4	0,4	6	0,59	4	0,40
	posocznica	4	0,4	2	0,2	2	0,2	2	0,20
	inna określona i nieokreślona	-	-	-	-	-	-	-	-
Choroba wywołana przez Streptococcus pyogenes, inwazyjna	ogółem	141	13,96	154	15,21	132	13,04	172	16,99
	róża	141	13,96	154	15,21	130	12,84	172	16,99
	zespół wstrząsu toksycznego	-	-	-	-	-	-	-	-
	gorączka płożowa	-	-	-	-	-	-	-	-
	inna określona i nieokreślona	-	-	-	-	2	0,20	-	-
Legionelloza	choroba legionistów	-	-	1	0,10	1	0,10	-	-
	gorączka z Pontiac	-	-	-	-	-	-	-	-
Borelioza z Lyme		283	28,03	356	35,26	294	29,04	279	27,55
Ostre porażenia wiotkie u dzieci w wieku 0-14 lat		1	0,63	-	-	-	-	1	0,64
Encefalopatie gąbczaste	choroba Creutzfeldta-Jacoba	-	-	1	0,10	-	-	-	-
	wariant choroby Creutzfeldta-Jacoba	-	-	-	-	-	-	-	-
	inne i nieokreślone	-	-	-	-	-	-	-	-
Wścieklizna		-	-	-	-	-	-	-	-
Styczność i narażenie na wściekliznę		126	12,48	125	12,38	111	10,96	111	10,96
Kleszczowe zapalenie mózgu		-	-	-	-	-	-	-	-
Inne wirusowe zapalenie mózgu	opryszczkowe	1	0,1	-	-	-	-	-	-
	inne określone	-	-	-	-	1	0,10	-	-
	nieokreślone	2	0,2	1	0,1	5	0,49	-	-
	w innych	1	0,1	-	-	-	-	2	0,20

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Jednostka chorobowa		2009		2010		2011		2012	
		liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
	chorobach objętych mz-56								
Wirusowe zapalenie opon mózgowych	enterowirusowe	-	-	-	-	-	-	-	-
	opryszczkowe	-	-	-	-	-	-	-	-
	inne określone i nieokreślone	10	0,99	13	1,29	7	0,69	16	1,58
	w innych chorobach objętych mz-56	0	0	1	0,1	1	0,10	-	-
Gorączka denga (klasyczna i krwotoczna)		1	0,1	-	-	-	-	-	-
Ospa wietrzna		5645	559,05	7242	717,21	6244	616,65	5852	577,94
Odra		-	-	1	0,1	-	-	-	-
Różyczka		197	19,51	201	19,91	254	25,08	117	11,55
Pryszczycza		-	-	-	-	-	-	-	-
Wirusowe zapalenie wątroby	typu A	-	-	1	0,10	-	-	1	0,10
	typu B-ostre	6	0,59	3	0,3	3	0,30	2	0,20
	typu B-przewlekłe	12	1,19	28	2,77	34	3,36	33	3,26
	typu C:wg def.2009	79	7,82	134	13,27	164	16,20	140	13,83
	typu C:wg def.2005	60	5,94	140	13,83	142	14,02	110	10,86
	typu B+C (mieszane)	1	0,1	4	0,4	1	0,10	1	0,10
	inne i nieokreślone	-	-	1	0,1	-	-	3	0,30
AIDS-Zespół nabytego upośledzenia odporności		7	0,69	9	0,89	15	1,48	2	0,20
Nowowykryte zakażenia HIV		29	2,87	33	3,27	28	2,77	20	1,98
Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)		115	11,39	124	12,28	108	10,67	78	7,70
Bąblowica (echinokokoza)		-	-	-	-	1	0,10	-	-
Włośnica		-	-	5	0,5	1	0,10	-	-
Choroba wywołana przez <i>Streptococcus pneumoniae</i> inwazyjna	ogółem	15	1,49	11	1,09	12	1,19	11	1,09
	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	6	0,59	6	0,59	5	0,49	5	0,49
	posocznica	4	0,4	2	0,2	6	0,59	7	0,69
	inna określona i nieokreślona	6	0,59	4	0,4	2	0,20	1	0,10
Choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> inwazyjna	ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-
	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	-	-	-	-	-	-	-	-
	posocznica	-	-	-	-	-	-	-	-
	inna określona i nieokreślona	-	-	-	-	-	-	-	-
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych i	w innych chorobach objętych MZ-56	1	0,10	1	0,10	-	-	2	0,20
	inne określone	3	0,3	5	0,5	6	0,59	5	0,49

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Jednostka chorobowa		2009		2010		2011		2012	
		liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
/lub mózgu	inne, nieokreślone	9	0,89	11	1,09	9	0,89	9	0,89
Zapalenie opon mózgowych inne i nieokreślone		1	0,1	3	0,3	6	0,59	2	0,20
Zapalenie mózgu inne i nieokreślone		3	0,3	1	0,1	-	-	-	-
Grypa ptaków typu A/H5 lub A/H5N1 u ludzi		94	9,31	-	-	-	-	-	-
Grypa i podejrzenia grypy (ogółem)	ogółem	37964	3759,76	2 748	272,15	5826	576,97	2078	203,09
	u dzieci w wieku 0-14 lat	14822		977		1913	1224,06	378	241,87
Grypa (ogółem)	ogółem	144	14,26	12	1,19	6	0,59	-	-
	u dzieci w wieku 0-14 lat	32	20,17	1	0,63	1	0,64	-	-
Wrodzone choroby wirusowe	różyczka wrodzona	-	-	-	-	-	-	-	-
	inne określone i nieokreślone	-	-	-	-	-	-	-	-
Inne wrodzone zakażenia i choroby pasożytnicze	toksoplazmoza	-	-	-	-	-	-	-	-
	listerioza	-	-	-	-	1	8,84	-	-
	inne określone i nieokreślone	-	-	-	-	-	-	-	-
SARS –Zespół ostrej niewydolności oddechowej		-	-	-	-	-	-	-	-
Zatrucia pestycydami-ostre		1	0,1	-	-	-	-	-	-
Zatrucia naturalne toksycznymi substancjami spożytymi jako pokarm	ryby, skorupiaki i inne produkty morza			-	-	-	-	-	-
	grzyby	1	0,1	9	0,89	6	0,59	4	0,40
	jagody i inne części roślin	-	-	-	-	-	-	-	-
Ostre zatrucia żywnością skażoną biologicznie i /lub chemicznie	mitotoksyny	-	-	-	-	-	-	-	-
	dioksyny	-	-	-	-	-	-	-	-
	polichlorowane bifenyle	-	-	-	-	-	-	-	-
	inne określone i nieokreślone	-	-	-	-	-	-	-	-
Choroby weneryczne		21	2,07	21	2,07	11	1,09	25	2,45
Gruźlica według Rejestru WSSE		159	15,74	149	14,75	153	15,15	148	14,46

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.

Podsumowanie

a) Na terenie województwa lubuskiego w latach 2008-2012 nie odnotowano szczególnie niebezpiecznych chorób zakaźnych, takich jak: cholera, malaria, gorączki krwotoczne, dur brzuszny. Wystąpiło 1 zachorowanie na dur rzekomy typu B.

- b) Odnotowano spadek zachorowań wywołanych pałeczkami Salmonella oraz liczby ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych. Wystąpił istotny spadek bakteryjnych zakażeń jelitowych i zatruc pokarmowych oraz wirusowych zakażeń wywołanych rotawirusem.
- c) Wśród zakażeń przenoszonych drogą krwiopochodną zachorowania na WZW typu B wykazują pewną tendencję wzrostową. Natomiast odnotowano spadek zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Mimo uzyskania znacznej poprawy stanu sanitarnego oraz skuteczności sterylizacji w zakładach ochrony zdrowia, nadal najczęściej podawaną prawdopodobną drogą zakażenia pozostają zabiegi medyczne (70 %) i stomatologiczne (30%). Pomimo wdrożonych procedur medycznych w placówkach lecznictwa nadal zdarzają się zachorowania pracowników ochrony zdrowia.
- d) Przez wiele lat w Lubuskiem wskaźnik zapadalności na AIDS znacznie przekraczał średnią krajową. W 2012 roku liczba zachorowań na AIDS znacznie spadła. Wystąpił 1 zgon w przebiegu choroby.
- e) Wśród chorób objętych Programem Szczepień Ochronnych nie zarejestrowano zachorowań na błonicę, tężec oraz nagminne porażenie dziecięce. Stwierdzono spadek zachorowań na różyczkę, ospę wietrzną, świnkę, nie zgłoszono zachorowań na odrę. Odnotowano trzykrotny wzrost zachorowań na krztusiec.
- f) Liczba zachorowań na grypę i podejrzeń zachorowań na grypę w województwie lubuskim kształtowała się na stosunkowo niskim poziomie. Pomimo takiej sytuacji, niepokój wzbudza niska i ciągle zmniejszająca się liczba osób zgłaszających się do sezonowych szczepień przeciwko grypie.
- g) W zakresie chorób odzwierzęcych nie odnotowano zachorowań na brucelozę i wąglik. W 2011 r. zgłoszono 1 zachorowanie na włośnicę. Zanotowano spadek zachorowań na boreliozę z Lyme. Liczba osób u których podjęto szczepienia przeciwko wścieklicznie kształtuje się na podobnym poziomie od wielu lat.
- h) Sytuację epidemiologiczną województwa lubuskiego w zakresie chorób zakaźnych ocenia się jako stosunkowo korzystną i względnie stabilną. Mimo podejmowanych zintensyfikowanych działań zapobiegawczych i rejestrowanego spadku zachorowań, niepokój budzą choroby i zakażenia przenoszone drogą krwi, w tym zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B i C, zachorowania na AIDS i nowo wykryte zakażenia HIV.

4. Stan sanitarno-techniczny zakładów opieki zdrowotnej

4.1 Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Dostosowanie placówek prowadzących działalność leczniczą, w tym szpitali, do wytycznych rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739) następuje powoli. Najczęstsze nieprawidłowości dotyczą złych rozwiązań

funkcjonalnych. Jednak zgodnie z art. 207 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2013 r. poz. 217) podmiot wykonujący działalność leczniczą, który w dniu wejścia w życie ustawy nie spełniał wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych (określonych w art. 22 ustawy), ma czas na dostosowanie pomieszczeń i urządzeń do wymagań do 31 grudnia 2016 r. zgodnie z zaopiniowanym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej programem. Placówki w regionie lubuskim opracowały programy dostosowania, są one zaopiniowane przez właściwe organy, a stopień ich realizacji jest zróżnicowany.

Podczas kontroli stwierdzano również uchybienia natury sanitarno-technicznej, które stanowiły naruszenie wymagań ustawy Prawo budowlane (Dz. U. z 2010 r., Nr 243, poz. 1623 z późn. zm.), najczęstsze z nich to: niezadawalający stan podłóg, ścian, sufitów, mebli, sprzętu będącego na wyposażeniu pomieszczeń itd.

W analizowanym okresie podmioty lecznicze podjęły szereg działań w celu zapobieżenia szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Dz. U. z 2012 poz. 892). Działania te, oprócz realizacji w miarę możliwości finansowych programów dostosowania, obejmowały również opracowanie, wdrażanie i nadzór wewnętrzny nad procedurami, w tym procedurami dotyczącymi zagadnień sterylizacji i dezynfekcji wyrobów medycznych. Nadzór wewnętrzny w obszarze działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń, od 2010 r. odbywa się w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej (Dz. U. z 2010r., Nr 100, poz. 646). Mając na uwadze zapewnienie prawidłowych procesów sterylizacji, a tym samym zapewnienie usługi medycznej o odpowiednim standardzie epidemiologicznym, podmioty lecznicze, w tym szpitale, sukcesywnie dążyły do eliminacji metod sterylizacji, które mają ograniczony zakres stosowania ze względu na wolną penetrację czynnika sterylizującego do wnętrza załadunku (sterylizacja suchym gorącym powietrzem). W przeważającej części szpitali sterylizacja odbywała się w sterylizatorach parowych (autoklawach, z których blisko 70% to autoklawy o najbardziej zaawansowanej technologii), sterylizatorach plazmowych lub gazowych. Sprawność urządzeń sterylizacyjnych oraz procesów sterylizacji monitorowane były wskaźnikami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi. Nie stwierdzono nieprawidłowości w procesie sterylizacji. Z uwagi na stan podmiotów leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne, niezbędne jest monitorowanie środowiska pracy pod kątem bezpieczeństwa dla personelu przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi

Podstawowe źródło zaopatrzenia szpitali w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi stanowiły wodociągi publiczne oraz indywidualne ujęcia wody (w 2012 r. 12 podmiotów zaopatrywanych było przez wodociągi publiczne, a 11 ze źródeł własnych). Jakość wody w 3 obiektach (Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o. o, SP ZOZ w Międzyrzeczu, SP ZOZ w Sulęcinie) okresowo nie odpowiadała wymaganiom z uwagi

na stwierdzenie bakterii grupy coli oraz przekroczeń najwyższych dopuszczalnych wartości: jonów amonowych, mętności i manganu.

Rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę nie posiadało 10 obiektów szpitalnych (ich zapewnienie przewidują w programach dostosowania). Dla pozostałych obiektów szpitalnych rezerwowe źródło zaopatrzenia w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi stanowiły wodociągi publiczne lub źródła własne, które w większości dostarczały wodę spełniającą wymagania sanitarne.

Tabela 33. Wykaz obiektów szpitalnych na terenie województwa lubuskiego, które nie posiadają rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę (stan na dzień 31 grudnia 2012 r.)

„Powiatowe Centrum Zdrowia” Sp. z o. o. Szpital Powiatowy w Dreźnie
N ZOZ "Szpital Powiatowy" w Słubicach Sp. z o. o.
Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie
Nowy Szpital Powiatu Krośnieńskiego Sp. z o.o. – Obiekt w Gubinie
Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o.
Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o.o.
Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny im. dr Lecha Wierusza w Świebodzinie SP ZOZ
Szpital Wojewódzki SP ZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze
SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze
Prywatne Centrum Okulistyczne „Blit-Vision” w Żarach

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.

Prowadzono również badania ciepłej wody w kierunku wykrywania bakterii *Legionella sp.* W roku 2012 nie stwierdzono przekroczeń.

Wykres 12. Wyniki badań ciepłej wody w celu wykrywania bakterii *Legionella sp.* przeprowadzonych w szpitalach na terenie województwa lubuskiego w latach 2008-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.

Postępowanie z odpadami medycznymi

Kontrole sanitarne wykazały, że placówki posiadały i wdrożyły wewnętrzne instrukcje lub procedury postępowania. Powstałe odpady medyczne gromadzono w oddziałach w wyznaczonych miejscach, a następnie transportowano do magazynów lub pomieszczeń przeznaczonych

do składowania odpadów medycznych. Z magazynów odpady odbierane były przez firmy zewnętrzne na podstawie zawartych umów, bądź unieszkodliwiane we własnych spalarniach.

Na terenie województwa lubuskiego funkcjonują 2 spalarnie odpadów medycznych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. i Wielospecjalistycznym Szpitalu SP ZOZ w Nowej Soli.

Stwierdzone nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi dotyczyły niewłaściwych warunków ich magazynowania oraz transportu.

Postępowanie z odpadami komunalnymi

Odpady komunalne zbierane były do pojemników wyłożonych workami foliowymi, a następnie gromadzone w kontenerach lub pojemnikach ustawionych w wydzielonych miejscach zlokalizowanych na terenie szpitali. W omawianym okresie nie stwierdzano większych nieprawidłowości w tym zakresie.

Ocena stanu sanitarnego bloków żywienia

W 16 szpitalach bloki żywienia działają w systemie cateringowym. Szpitale coraz częściej rezygnują z produkcji posiłków, korzystając z tego systemu. Niektóre szpitale produkując posiłki dla swoich pacjentów, prowadzą również usługi cateringowe (NZOZ Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą w grudniu 2012 r. rozpoczął przygotowywanie posiłków dla ok. 100 pacjentów szpitala w Dębnie) lub inne, np. kuchnia w Szpitalu SP ZOZ w Międzyrzeczu oferuje również posiłki obiadowe dla osób z zewnątrz.

Bloki żywienia składają się z kuchni centralnych, kuchenek oddziałowych oraz kuchenek niemowlęcych, a w przypadku korzystania z usług cateringowych na ogół są to kuchenki oddziałowe, w których odbywa się rozdział posiłków.

Wyżej wymienione obiekty kontrolowane były w zakresie zgodności z przepisami wspólnotowego prawa żywnościowego dotyczącego warunków higieniczno-sanitarnych oraz bezpieczeństwa żywności. Przeprowadzane kontrole wynikały z założonych planów na dany rok i miały charakter kompleksowy; odbywały się również kontrole sprawdzające wykonanie obowiązków zawartych w decyzjach administracyjnych, zdarzały się kontrole tematyczne np. związane z ewakuacją szpitali z powodu zagrożenia powodzią (2 kontrole), związane z wydaniem decyzji zatwierdzających np. środki transportu do przewozu posiłków lub wprowadzeniem zmian w rejestrze zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz nieliczne kontrole interwencyjne.

Należy podkreślić, iż na przestrzeni ostatnich 5 lat następuje systematyczna poprawa stanu sanitarnego funkcjonujących w szpitalach bloków żywienia. Wyraźna poprawa nastąpiła:

- w szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu – przeprowadzono tam kapitalny remont,
- w Szpitalu NZOZ w Skwierzynie – wyremontowano kuchnię centralną i poprawiono funkcjonalność,
- w Szpitalu NZOZ „Nowy Szpital” w Kostrzynie nad Odrą – wyremontowano kuchnię centralną,
- w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej Górze – poprawiono stan sanitarno-techniczny,

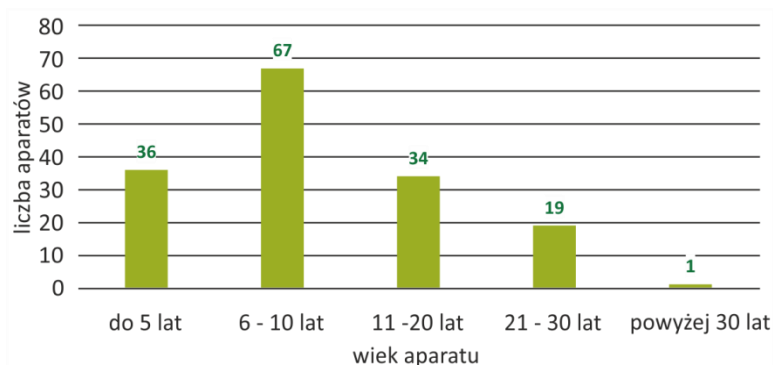
- w Szpitalu SP ZOZ w Sulechowie – dobudowano nowe skrzydło budynku, przeniesione tam kuchenki oddziałowe spełniają wymagania prawa żywnościowego,
- w Szpitalu SP ZOZ w Międzyrzeczu – poprawiono stan sanitarno-techniczny,
- w Szpitalu SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze – poprawiono stan sanitarno-techniczny,
- w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o. o. – wyremontowano kuchnię właściwą; oddano do użytku pomieszczenia centralnej zmywalni oraz zmywalni termosów, kolejny etap modernizacji ma objąć szatnie dla personelu, magazyny żywnościowe oraz korytarze technologiczne bloku żywienia.

4.2 Podmioty wykonujące działalność leczniczą polegającą na udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych oraz praktyki zawodowe

Państwowa Inspekcja Sanitarna nadzorowała, według stanu na 31.12.2012 r.:

- 636 przychodni, ośrodków zdrowia i poradni, z których w 2012 r. skontrolowano 448 tj. ponad 70%. Przychodnie, ośrodki zdrowia i poradnie, świadczące usługi medyczne w trybie ambulatoryjnym, stanowiły najliczniejszą grupę obiektów. Stan sanitarno-techniczny kwestionowano w 95 obiektach tj. 21% skontrolowanych placówek lecznictwa.
- 560 indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk lekarskich (skontrolowano 228 obiektów tj. 41%), 472 indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk lekarzy dentyków (skontrolowano 242 obiektów tj. 51%), oraz 195 indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk pielęgniarek (skontrolowano 106 obiektów tj. 54%).
- Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły rozwiązań funkcjonalnych i wykazały niespełnienie wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739) bądź dotyczyły uchybień natury technicznej. Od 2011 r. w obszarze zagadnień dotyczących procesów sterylizacji, zgodnie powyższym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., dodatkowo zwracano uwagę na dostosowanie pomieszczeń sterylizatorni i ciągu technologicznego sterylizatorni do wymogów ww. rozporządzenia. W wielu przypadkach stwierdzano nieprawidłowości, w konsekwencji prowadzono postępowanie administracyjne.
- Placówki lecznictwa prowadzą sterylizację narzędzi i wyrobów medycznych we własnym zakresie lub zawierają umowy z podmiotami posiadającymi system zarządzania jakością (ISO lub GMP) gwarantujący wykonanie wyrobu sterylnego.

Wykres 13. Sterylizatory wykorzystywane w placówkach lecznictwa – wiek aparatu



źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.

Sterylizacja parą wodną w nadciśnieniu (autoklawy) jako metoda preferowana, najszybsza, nietoksyczna i najbardziej ekonomiczna dla sprzętu, który nie ulega uszkodzeniu w wilgotnej atmosferze i wysokiej temperaturze, stała się metodą najczęściej stosowaną przez placówki medyczne.

Zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi

Podstawowym źródłem zaopatrzenia w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi w podmiotach wykonujących działalność leczniczą związaną z udzielaniem ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych były przede wszystkim wodociągi publiczne, dostarczające w większości wodę spełniającą wymagania określone dla wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Postępowanie z odpadami medycznymi

Podczas kontroli szczególną uwagę zwracano na sposób postępowania z odpadami medycznymi przed poddaniem ich procesowi unieszkodliwiania, a także warunki transportu wewnętrznego odpadów medycznych w obiektach, w których udziela się ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły najczęściej braku lub niewłaściwie opracowanych procedur segregacji i kategoryzacji odpadów, niewłaściwego oznakowania worków/pojemników na odpady oraz zbyt małej częstotliwości przekazywania ich do unieszkodliwiania w stosunku do czasu i temperatury przechowywania.

Postępowanie z odpadami komunalnymi

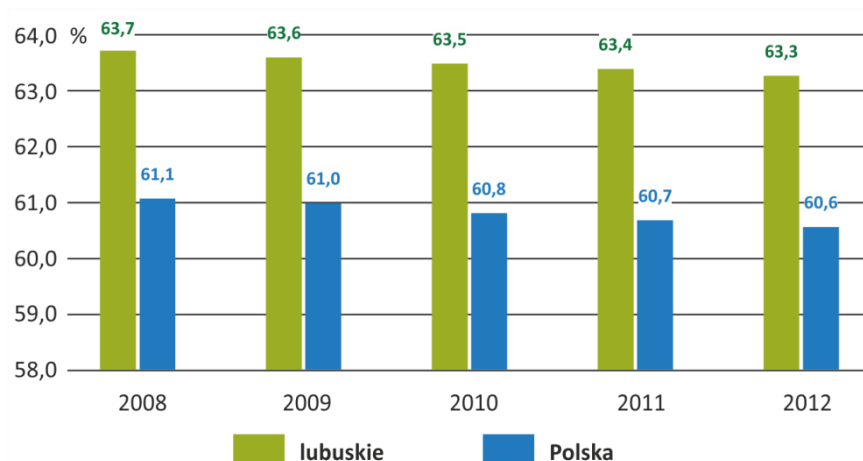
Nie stwierdzano nieprawidłowości w zakresie postępowania, gromadzenia i usuwania odpadów komunalnych. Podmioty posiadały umowy na ich odbiór ze specjalistycznymi firmami. Stan sanitarno-techniczny kontenerów i pojemników do gromadzenia odpadów komunalnych nie budził większych zastrzeżeń.

5. Środowiskowe uwarunkowania zdrowia

5.1 Współczynnik urbanizacji

W 2012 r. w miastach mieszkało 647,6 tys. osób, tj. o 1,1 tys. (0,2%) mniej niż przed rokiem. Liczba mieszkańców miast i ich udział w ogólnej liczbie ludności województwa maleje od końca lat 90. ubiegłego stulecia. Obecnie ludność miejska stanowi 63,3% populacji (w 2000 r. – 64,7%). Wskaźnik urbanizacji wyższy niż średnio w kraju (60,6%) lokuje województwo na 7 miejscu, za woj. łódzkim, a przed województwie podlaskim. Rośnie natomiast liczba ludności na wsi, w 2012 r. ludność zamieszkująca obszary wiejskie liczyła 375,7 tys. osób, w ujęciu rocznym odnotowano wzrost o 1,3 tys. osób (0,3%).

Wykres 14. Ludność w miastach w latach 2008-2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

Dynamika zmian liczby ludności w latach 2011-2012 w województwie nie spowodowała większych różnic w rozmieszczeniu terytorialnym populacji. Ludność nadal koncentruje się wokół dużych ośrodków miejskich: Gorzowa Wlkp., Zielonej Góry, Nowej Soli i Żar.

5.2 Poziom wykształcenia

Pozytywnym zjawiskiem obserwowanym od kilkunastu lat w województwie lubuskim jest stały wzrost liczby osób legitymujących się wykształceniem ponadpodstawowym, w tym wyższym. Według danych Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 r. ok. 128 tys. osób w województwie miało ukończone studia wyższe, tj. 14,4% ogółu ludności (według danych NSP w 2002 r. – 8,2%).

Tabela 34. Liczba studentów szkół wyższych w przeliczeniu na 10 tys. ludności w latach 2008-2012

Wyszczególnienie	2008	2009	2010	2011	2012
P O L S K A	501	493	472	451	434
LUBUSKIE	295	279	258	233	208

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

5.3 Poziom dochodów

Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w województwie lubuskim jest niższy od poziomu dochodu dla Polski. W latach 2010-2012 średnia różnica w stosunku do ogólnopolskiego wskaźnika wyniosła 41,36 zł.

Tabela 35. Przeciętny dochód (rozporządzalny) na 1 osobę w latach 2004-2012 (w zł / m-c)

Wyszczególnienie	2004	2006	2008	2010	2011	2012
P O L S K A	735,40	834,68	1045,52	1192,82	1226,95	1278,43
LUBUSKIE	654,37	842,29	1058,86	1153,06	1189,89	1231,16

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

W corocznie przeprowadzonym badaniu budżetów gospodarstw domowych w grupie wydatków na zdrowie wyodrębnia się: artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny, usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej oraz usługi szpitalne i sanatoryjne. Analizując wydatki na zdrowie w przeliczeniu na 1 osobę w latach 2004-2012 widać wzrost o ok. 20 zł zarówno dla średniej krajowej, jak i dla województwa lubuskiego. W 2012 r. w Polsce wydatki na zdrowie wyniosły 52,68 zł, w Lubuskim o 2,65 zł mniej.

Tabela 36. Wydatki na zdrowie w przeliczeniu na 1 osobę w latach 2004-2012 (w zł / m-c)

Wyszczególnienie	2004	2006	2008	2010	2011	2012
P O L S K A	35,07	36,57	43,68	47,42	50,41	52,68
LUBUSKIE	30,86	37,61	41,31	42,77	47,12	50,03

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

Zauważalne jest także, że pomimo wzrostu wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych (wzrost cen towarów i usług), udział tych wydatków w dochodach ogólnych od 2004 do 2012 roku utrzymuje tendencję malejącą.

Tabela 37. Udział przeciętnych miesięcznych wydatków związanych ze zdrowiem na 1 osobę w gospodarstwie domowym w wydatkach ogółem (w %)

Wyszczególnienie	2004	2006	2008	2010	2011	2012
P O L S K A	5,05	4,91	4,83	4,78	4,97	4,12
LUBUSKIE	4,49	4,87	4,42	4,40	4,83	4,06

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

Według raportu J. Czapińskiego i T. Panka⁸ z 2011 r. wiele gospodarstw domowych z powodów finansowych musiało zrezygnować z korzystania ze świadczeń zdrowotnych, mimo że ich potrzebowały. W województwie lubuskim z zakupu leków zrezygnowało – 21,1% gospodarstw domowych (w Polsce średnio – 22,5%), z leczenia zębów – 31,2% gospodarstw domowych (w Polsce – 28,1%), z usług lekarza – 19,2% gospodarstw domowych (w Polsce – 20,7%), sanatorium – 41,8% gospodarstw domowych (w Polsce – 29,9%), szpitala – 3,9% gospodarstw domowych (w Polsce –

⁸Diagnoza społeczna 2011, raporty: Czapiński J., Panek T. (red.) (2011), www.diagnoza.com, 20.08.2013

3,3%), badań – 12,7% gospodarstw domowych (w Polsce – 15,2%), rehabilitacji – 24,2% gospodarstw domowych (w Polsce – 26,3%).

5.4 Poziom bezrobocia

W 2012 r. pogorszyła się sytuacja na rynku pracy. W kolejnych kwartałach ubiegłego roku dynamika wzrostu przeciętnego zatrudnienia w sektorze przedsiębiorstw słabła. W rezultacie w 2012 r. przeciętne zatrudnienie pozostało na poziomie z roku poprzedniego, wobec wzrostu w latach 2010 i 2011. Po dwóch latach spadku, w 2012 r. wzrosła liczba zarejestrowanych bezrobotnych, przy głębszym spadku liczby skreśleń z ewidencji niż liczby osób rejestrujących się. Stopa bezrobocia była wyższa niż w poprzednich dwóch latach.

W końcu grudnia 2012 r. w województwie lubuskim zarejestrowanych było 60 614 osób bezrobotnych. W 2012 r. liczba bezrobotnych zwiększyła się o 1 480 osób, tj. o 2,5%.

W 2012 r. wzrost liczby zarejestrowanych bezrobotnych odnotowano w sześciu miesiącach (styczeń, luty, sierpień, wrzesień, listopad i grudzień), w pozostałych miesiącach liczba bezrobotnych zmniejszała się.

Od stycznia do grudnia 2012 r. w województwie lubuskim zarejestrowano 95 288 nowych bezrobotnych, o 5 270 osób mniej niż w analogicznym okresie 2011 r. W 2012 r. wyrejestrowanych zostało 93 808 bezrobotnych, o 6 841 mniej niż w analogicznym okresie 2011 r.

Największą liczbę bezrobotnych wyrejestrowano z następujących przyczyn:

- podjęcia pracy – 38 419 osób,
- nie potwierdzenia gotowości do podjęcia pracy – 28 429 osób,
- dobrowolnej rezygnacji ze statusu bezrobotnego – 6 793 osoby,
- rozpoczęcia stażu – 6 022 osoby,
- podjęcia pracy subsydiowanej (prace interwencyjne/ roboty publiczne) – 5 102 osoby,
- rozpoczęcia pracy społecznie użytecznej – 4 147 osób,
- odmowy bez uzasadnionej przyczyny przyjęcia propozycji odpowiedniego zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub uczestnictwa w aktywnych programach rynku pracy – 2 399 osób,
- rozpoczęcia szkolenia – 2 249 osób.

Tabela 38. Poziom bezrobocia rejestrowanego w latach 2004-2012 (w %)

Wyszczególnienie	2004	2006	2008	2010	2012
P O L S K A	19,0	14,8	9,5	12,4	13,4
LUBUSKIE	25,6	19,0	12,5	15,5	15,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

Bezrobocie w województwie lubuskim jest zróżnicowane w poszczególnych powiatach. W 2012 r. w 6 powiatach województwa lubuskiego odnotowano spadek bezrobocia. Największy spadek liczby zarejestrowanych bezrobotnych odnotowano w powiatach: ślubickim – o 8,6%,

żagańskim, gorzowskim (ziemskim) – o 2,9%. Największy wzrost odnotowano w powiecie świebodzińskim – 25,3%.

Stopa bezrobocia w Lubuskim na koniec grudnia 2012 r. kształtowała się na poziomie 15,8% (w grudniu 2011 r. – 15,4%), co oznacza, że wraz z województwem świętokrzyskim województwo lubuskie było na 5 miejscu w skali kraju. W Polsce stopa bezrobocia kształtowała się na poziomie 13,4%.

Na koniec grudnia 2012 r. najwyższą stopę bezrobocia odnotowano w powiatach: strzelecko-drezdeneckim – 25,6%, żagańskim – 25,2%, nowosolskim – 24,9%. Najniższą stopą bezrobocia wyróżniały się powiaty: zielonogórski (grodzki) – 8,3%, gorzowski (grodzki) – 9,3%, świebodziński – 12,1%.

5.5 Turystyka

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

- lasy i grunty leśne,
- 64 rezerwaty przyrody, 8 parków krajobrazowych i 2 parki narodowe⁹,
- dostępność turystyczna z coraz lepiej rozwiniętą infrastrukturą i siecią informacji turystycznej (punkty informacji turystycznej, infokioski),
- bogactwo oraz unikalność awifauny.

Lasy i grunty leśne zajmują prawie połowę obszaru województwa lubuskiego, łącznie ponad 702,4 tys. ha. Wyróżnia się 5 głównych skupisk leśnych – Puszcę Notecką, Puszcę Gorzowską, Puszcę Drawską, Rzepińską i Lubuską, oraz bory: Zielonogórskie, Skwierzyńsko-Sulęcińskie i Dolnośląskie. Bogactwo obszarów leśnych daje szerokie możliwości tworzenia ofert dla wyselekcjonowanych grup odbiorców – miłośników przyrody (turystyka specjalistyczna), entuzjastów aktywnego, a jednocześnie ekologicznego wypoczynku, młodzieży szkolnej (turystyka edukacyjna), a także osób poszukujących odpoczynku na łonie nieskażonej natury (agroturystyka). Województwo lubuskie, to również idealne miejsce do uprawiania turystyki rowerowej. Obszar województwa lubuskiego zasługuje na szczególną uwagę ze względu na występującą tu awifaunę. Wiele gatunków ptaków występujących na dwóch ściśle chronionych obszarach (Drawieński Park Narodowy i Ujście Warty) oraz wiele miejsc żerowania i gniazdowania skupionych wokół jezior i terenów łąkowych (podmokłych) przyciągają coraz liczniejsze grupy miłośników i obserwatorów ptactwa oraz turystów (także zagranicznych). Na uwagę pod względem ochrony przyrody zasługuje Międzyrzecki Rejon Umocniony (MRU). W północnej części umocnień powstał rezerwat nietoperzy Nietoperek. Zimuje tu aż 12 gatunków tych ssaków. Jest to jedno z największych w Europie legowisk nietoperzy odwiedzane przez licznych przyrodników, pasjonatów nietoperzy z Polski i Europy. Obecnie ochroną objęto

⁹ źródło: dane z Rejestru Rezerwatów Przyrody Województwa Lubuskiego, 5.03.2013 r.

również część południową MRU – Pętlę Boryszyńską. Duży wpływ na poziom atrakcyjności turystycznej mają wody powierzchniowe – ich ilość i jakość, ale także stan zagospodarowania. Województwo lubuskie charakteryzuje się dużą liczbą rzek i zbiorników wodnych.

Turystyczną perełką województwa lubuskiego jest Park Mużakowski, położony na polsko-niemieckim pograniczu w powiecie żarskim. Park jest częścią Geoparku Łuk Mużakowa. Jest uznany za dobro Światowego Dziedzictwa UNESCO. W 2011 r. Łuk Mużakowa został wyróżniony certyfikatem – jako pierwszy w Polsce geopark o randze europejskiej. Nadanie Łukowi Mużakowa statusu Europejskiego Geoparku oraz wejście w struktury Europejskiej Sieci Geoparków, podnosi rangę realizowanej w Polsce działalności turystycznej, podkreśla wartość przyrody nieożywionej (gleba, woda, skały, minerały, powietrze) i zapewnia promocję województwa lubuskiego i Polski na świecie.

Kolejną atrakcją regionu będzie powstające w gminie Łągów uzdrowisko. Jeszcze w latach 70 XX w. dokonano odwiertu i odkryto złoża wody mineralnej. Obecnie, zgodnie z ustawą o lecznictwie uzdrowiskowym, przygotowany jest tzw. operat uzdrowiskowy, czyli dokument potwierdzający lecznicze właściwości klimatu, posiadanie surowców naturalnych oraz charakterystykę lokalnej infrastruktury technicznej, w której będzie odbywało się lecznictwo uzdrowiskowe. Według planów pierwsi kuracjusze w województwie lubuskim powinni pojawić się w 2015 r.

O status uzdrowiska zmierza się ubiegać także gmina Lubniewice. Jak wynika z badań Katedry i Zakładu Higieny Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, Lubniewice – oprócz znakomych warunków turystycznych, wypoczynkowych i higieniczno-sanitarnych – posiadają możliwości rozwinięcia lecznictwa klimatyczno-zdrojowego. Turystyka zdrowotna (w tym turystyka uzdrowiskowa) będzie w najbliższej przyszłości jedną z najprężniej rozwijających się dziedzin turystyki. Wiąże się to ze starzeniem się społeczeństwa, ogólnym wzrostem świadomości i chęcią dbania o własne zdrowie – zarówno wśród ludzi młodszych, jak i starszych.

5.6 Sport i rekreacja

Według koncepcji opracowanej w 1974 r. przez Marca Lalonde, byłego Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej Kanady, stan zdrowia aż w 53 procent zależy od profilaktyki i zdrowego stylu życia. Uprawianie sportu jest szczególnie ważne w młodym wieku, kiedy wyrabia się nawyk aktywnego spędzania wolnego czasu. Jednak z obserwacji Ministerstwa Sportu i Turystyki wynika, że młodzi ludzie coraz częściej unikają zajęć sportowych i lekcji wychowania fizycznego. W 2013 r. resort zainicjował programy, które mają tym tendencjom zapobiegać, tj. m.in. „Stop zwolnieniom z WF-u” i „WF z klasą”. Najskuteczniejszymi formami upowszechniania sportu wśród dzieci i młodzieży są rozwój i wsparcie Uczniowskich Klubów Sportowych oraz klubów i stowarzyszeń prowadzących systematyczne zajęcia sportowe.

Zadania realizowane przez województwo lubuskie w zakresie tworzenia warunków sprzyjających rozwojowi sportu w regionie:

„Moje Boisko – Orlik 2012” – głównymi celami programu były:

- udostępnienie dzieciom i młodzieży nowoczesnej i bezpiecznej infrastruktury sportowej w celu aktywnego uprawiania sportu i rozwoju fizycznego pod okiem trenera-animatora,
- popularyzacja aktywnego stylu życia, np. rodzinnych zawodów sportowych, weekendów ze sportem i turystyką.

Podstawowym warunkiem przystąpienia do programu było założenie, że budowa obiektu będzie współfinansowana z budżetu jednostki samorządu terytorialnego, kompleks będzie ogólnodostępny, a korzystanie z niego nieodpłatne pod nadzorem trenera-animatora sportu.

W ciągu 5 lat funkcjonowania Programu w Lubuskim powstało 87 nowoczesnych kompleksów, które budżet województwa wsparł łączną kwotą 25 601 227 zł. Kompleksy typu „Orlik” posiada na swoim terenie 57 z 83 (68,7%) lubuskich gmin.

Program Boiska do Piłki Siatkowej „Lubusik – sportowe Lubuskie na lato” – w Województwie Lubuskim Projekt zadebiutował w 2011 r. Celem Programu jest stworzenie bazy sportowej dla rekreacyjnego uprawiania piłki siatkowej oraz zaproponowanie mieszkańcom województwa alternatywnych form spędzania wolnego czasu w okresie wiosenno-letnim.

Adresatami są jednostki samorządu terytorialnego z terenu województwa. Każdy z samorządów, ubiegający się o udzielenie pomocy finansowej, zobowiązuje się do wykonania boiska do siatkówki plażowej oraz zorganizowania „Lubuskiego Letniego Turnieju Piłki Siatkowej”. Pomoc finansowa przyznawana z budżetu województwa wynosi do 6 tys. zł. i przeznaczone jest na:

- zakup elementów wyposażenia boiska (m.in. piasek, słupki, siatka, taśmy wyznaczające pole gry),
- koszty związane z przeprowadzeniem rozgrywek w ramach „Letniego Turnieju Piłki Siatkowej” – m.in. koszty obsługi sędziowskiej i medycznej, zakup pucharów i nagród.

W trzech pierwszych edycjach Projektu w latach 2011, 2012 i 2013 zrealizowano 73 boisk (odpowiednio 26, 29 i 18). W roku 2014 wychodząc naprzeciw zainteresowaniu samorządów, jak i mieszkańców regionu, Województwo Lubuskie kontynuuje Program – w ramach IV edycji zrealizowanych zostanie kolejnych 18 boisk.

Program Pełnowymiarowych Boisk do Piłki Nożnej „Lubuskie gra w piłkę” – w 2013 r. Województwo Lubuskie zapoczątkowało realizację pilotażowego Programu, którego celem jest tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi sportu w regionie poprzez budowę nowych lub remont/modernizację istniejących ogólnodostępnych, nieodpłatnych, pełnowymiarowych trawiastych boisk do piłki nożnej. Uczestnikami Programu są jednostki samorządu terytorialnego z terenu województwa lubuskiego (gminy i powiaty). Pomoc finansowa z budżetu województwa na realizację inwestycji zgodnie z Programem wyniesie do 50% kosztów kwalifikowanych zadania, jednak nie więcej niż 100 000 zł. Pozostałe koszty gwarantujące rzeczowe zakończenie zadania wnioskodawca powinien zabezpieczyć w swoim budżecie. Pomoc finansowa może zostać przeznaczona na dofinansowanie budowy lub remontu/modernizacji piłkarskich boisk z nawierzchnią trawiastą, stanowiących własność gminy/powiatu. W 2013 roku wnioski o udzielenie pomocy finansowej złożyło 11 jednostek samorządu terytorialnego, w których łączna wartość dotacji z Województwa

wynosiła 845 427,09 zł. Dofinansowane zostało 8 inwestycji, w których łączna wartość dotacji z Województwa wynosiła 579 464,96 zł.

Stypendia sportowe Marszałka Województwa Lubuskiego – stypendia wręczane są od 2008 r. i ustanowione w celu stworzenia sportowcom z regionu, w tym także niepełnosprawnym, odpowiednich warunków do dalszego rozwoju i podnoszenia poziomu sportowego. Stypendia przeznaczone są dla wybitnie uzdolnionych sportowców w kategoriach wiekowych junior i młodzieżowców oraz osób niepełnosprawnych za osiągnięte wysokie wyniki sportowe w międzynarodowym i krajowym współzawodnictwie sportowym, którzy są członkami klubów sportowych zarejestrowanych na terenie Województwa Lubuskiego. W latach 2008 – 2013 przyznano łącznie **190 stypendiów** na kwotę **409 605 zł**.

Program Rozwoju Bazy Sportowej – zgodnie z § 4 ust. 1 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Sportu i Turystyki z dnia 23 sierpnia 2010 roku w sprawie dofinansowania zadań ze środków Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej, środki te przeznacza się na realizację zadań inwestycyjnych określonych w wojewódzkich wieloletnich programach rozwoju bazy sportowej, uchwalonych przez sejmiki wojewódzkie. Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego pośredniczy w rozdysponowaniu środków finansowych na przebudowę, remonty i inwestycje obiektów sportowych. Na rok 2013 Ministerstwo Sportu i Turystyki dla Województwa Lubuskiego ustaliło limit środków w wysokości 5 755,1 tys. zł. Zaangażowanie środków, wynikające z umów o dofinansowanie zawartych w latach poprzednich wynosi ogółem 2 981,6 tys. zł, natomiast kwota przeznaczona na nowe inwestycje rozpoczynane w 2013 r. wynosi 2 773,4 tys. zł.

Wojewódzki Ośrodek Sportu i Rekreacji w Drzonkowie – w latach 2008-2012 na terenie WOSiR ze środków pochodzących m.in. z Województwa Lubuskiego, Ministerstwa Sportu i Rekreacji, programów unijnych, w tym Lubuskiego Regionalnego Programu Operacyjnego zrealizowano i w dalszym ciągu realizowanych jest 26 inwestycji związanych z rozwojem bazy sportowej Ośrodka. W ramach wykonywanych inwestycji m.in. zmodernizowano basen kryty, halę sportową oraz strzelnicę, przebudowano i rozbudowano zespół basenów odkrytych oraz wielofunkcyjny obiekt jeździecki, a także zrealizowano inwestycję termomodernizacji hali tenisowej. Wśród realizowanych przez WOSiR inwestycji warto wskazać realizację projektu „e-Drzonków” współfinansowanego ze środków LRPO na lata 2007-2013. Termin realizacji projektu określony został kwiecień 2014 r. Całkowita wartość realizowanej inwestycji to **6 089 522,13 zł**.

Wojewódzki Turniej Koszykówki „Basket-Gim – kosz funduszy europejskich” – w związku z dużym zainteresowaniem turniejem „Euro-Gim 2012 – Gramy o Fundusze Europejskie”, Samorząd Województwa w 2013 r. podjął się organizacji podobnej inicjatywy „Basket-Gim – kosz funduszy europejskich”. Jest to turniej zlecony do realizacji Szkolnemu Związkowi Sportowemu „Ziemia Lubuska”. Mecze eliminacyjne rozgrywane były na „Orlikach” oraz na obiektach, które powstały dzięki współfinansowaniu z Lubuskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na terenie całego regionu. Uczestnikami turnieju byli uczniowie szkół gimnazjalnych w wieku 14-16 lat. Celem zadania była popularyzacja koszykówki wśród dzieci i młodzieży oraz zwiększenie aktywności fizycznej

gimnazjalistów. W turniejach eliminacyjnych wystąpiły 43 drużyny dziewcząt oraz 44 zespoły chłopców. Łącznie o punkty walczyło 770 młodych sportowców.

Lubuski Regionalny Program Operacyjny – kwota dofinansowania z Lubuskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013 w 2012 r. na realizację projektów sportowo-rekreacyjnych wyniosła 11 411, 35 zł.

Program Rozwoju Obszarów Wiejskich – dofinansowanie na kwotę 11 058,57 zł ze środków Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich w latach 2012-2013 pozwoliło zrealizować kilkadziesiąt kluczowych inwestycji sportowo-rekreacyjnych na terenie województwa lubuskiego.

Liczba klubów sportowych sukcesywnie wzrasta. W 2012 r. była ona większa o 70 w stosunku do roku 2008. Zmalała natomiast liczba członków klubów (spadek o 2 879 w stosunku do roku 2008) oraz ćwiczących do lat 18 ogółem (spadek o 216 osób). Wykazuje to negatywną tendencję wśród dzieci i młodzieży. Zaskakujący jest jednak wzrost ćwiczących ogółem. W roku 2008 było ich mniej o 807 osób.

Tabela 39. Kluby sportowe łącznie z klubami wyznaniowymi i UKS na terenie województwa lubuskiego w latach 2008-2012

	2008	2010	2012
Kluby	409	399	479
członkowie	26 304	25 159	23 425
ćwiczący ogółem	24 313	24 134	25 120
mężczyźni	18 915	19 080	19 691
kobiety	5 398	5 054	5 429
z liczby ogółem do lat 18	16 933	17 102	16 717
sekcje sportowe	714	649	702
trenerzy	344	364	451
instruktorzy sportowi	658	708	714

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

6. Zasoby ochrony zdrowia

6.1 Kadra medyczna

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

Liczba personelu medycznego zatrudnionego w województwie lubuskim, a w szczególności lekarzy i pielęgniarek, jest niższa niż średnia krajowa. W 2011 r. w województwie lubuskim przypadało o ponad 3 lekarzy mniej na 10 tys. ludności niż średnio w kraju. W porównaniu z innymi województwami – Lubuskie jest na 14 miejscu pod względem ogólnej liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców, a na 16 w zestawieniu w oparciu o publiczne zakłady opieki zdrowotnej¹⁰. Mniej było także pielęgniarek o ponad 5 na 10 tys. mieszkańców niż średnia dla kraju. Należy również wziąć pod uwagę średnią wieku pielęgniarek, która wynosi 46 lat. Oznacza to, że w perspektywie kilkunastu lat będzie ich jeszcze mniej. Do deficytowych grup personelu medycznego należą także: farmaceuci, analitycy medyczni i rehabilitanci. Natomiast więcej niż średnia krajowa w województwie lubuskim było lekarzy dentyistów, położnych oraz ratowników medycznych.

Tabela 40. Zatrudnienie wybranego personelu medycznego w województwie lubuskim w porównaniu z krajem - wskaźnik na 10 tys. ludności według g podstawowego miejsca pracy, stan w dniu 31 XII

Wyszczególnienie		2008 ^a	2009 ^a	2010 ^a	2011 ^b	2012 ^c
Lekarze	woj. lubuskie	17,2	17,5	17,7	18,2	19,2
	Polska	20,5	20,7	20,8	21,4	21,5
Lekarze dentyści	woj. lubuskie	4,2	4,3	4,6	5,0	5,4
	Polska	3,3	3,1	3,2	3,4	3,2
Farmaceuci	woj. lubuskie	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
	Polska	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
Analitycy medyczni	woj. lubuskie	0,6	0,6	0,7	x	x
	Polska	0,9	0,9	1,0	x	x
Diagności laboratoryjni	woj. lubuskie	x	x	x	1,2	1,2
	Polska	x	x	x	1,7	1,8
Rehabilitanci z wyższym wykształceniem	woj. lubuskie	0,8	0,8	0,8	x	x
	Polska	1,0	0,9	0,9	x	x
Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem	woj. lubuskie	x	x	x	2,5	2,5
	Polska	x	x	x	3,4	3,6
Pielęgniarki ogółem	woj. lubuskie	44,4	44,8	43,8	47,0	46,8
	Polska	48,0	48,8	48,4	50,4	51,9
Położne ogółem	woj. lubuskie	5,9	5,9	5,8	6,0	5,9
	Polska	5,7	5,8	5,8	5,9	6,2
Ratownicy medyczni (od 2010r. ratownicy ogółem tzn. wykształcenie średnie i wyższe)	woj. lubuskie	2,0	2,4	2,7	3,6	3,6
	Polska	2,0	2,4	2,7	2,9	3,0

a Bez resortowej służby zdrowia i aptek ogólnodostępnych. **b** Łącznie z podmiotami leczniczymi Ministerstwa Obrony Narodowej, bez podmiotów leczniczych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Sprawiedliwości i aptek ogólnodostępnych. **c** Łącznie z podmiotami leczniczymi Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Sprawiedliwości, bez podmiotów leczniczych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i aptek ogólnodostępnych.

¹⁰ na podstawie Biuletynu statystycznego Ministerstwa Zdrowia, CSIOZ, Warszawa 2012

źródło: Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

Według informacji zawartych w raporcie „Health at a Glance – Europe 2012”¹¹, w 2010 r. zatrudnienie lekarzy na 10 tys. mieszkańców wynosiło w Unii Europejskiej 34 (średnia dla 27 krajów – w tym również Polski), a w Polsce – 22.

W 2010 r. zatrudnienie pielęgniarek i położnych na 10 tys. mieszkańców wynosiło w Unii Europejskiej – 79 (średnia dla 27 krajów – w tym również Polski), a w Polsce – 53.

Od 2008 r. liczba lekarzy w Lubuskim utrzymuje się na podobnym poziomie. Widoczny wzrost w obu tabelach w latach 2011-2012 wynika ze zmian w sprawozdawczości.

Tabela 41. Zatrudnienie wybranej kadry medycznej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w województwie lubuskim w latach 2008-2012

Wyszczególnienie	2008 ^a	2009 ^a	2010 ^a	2011 ^b	2012 ^c
Kadra medyczna ogółem	9 142	9 295	9 321	10 094	10 178
Lekarze	1 736	1 767	1 789	1 867	1 963
Lekarze dentyści	423	436	463	516	550
Farmaceuci	30	28	25	28	29
Analitycy medyczni	59	65	74	x	x
Diagności laboratoryjni	x	x	x	123	126
Pracownicy z wyższym wykształceniem zatrudnieni w pracowniach diagnostycznych	130	129	126	100	69
Rehabilitanci z wyższym wykształceniem	78	80	79	x	x
w tym mgr rehabilitacji	63	58	57	x	x
Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem	70	98	151	x	x
w tym mgr fizjoterapii	46	66	101	x	x
Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem	x	x	x	253	258
w tym mgr fizjoterapii lub kierunku równoważnego ^d	x	x	x	165	165
Technolodzy żywności i żywienia [dietetycy]	55	56	58	x	x
Dietetycy z wyższym wykształceniem	x	x	x	46	46
w tym mgr na kierunku/w specjalności dietetyka lub równoważnym ^e	x	x	x	40	39
Psycholodzy	57	61	74	77	87
Logopedzi	17	15	17	18	17
Terapeuci zajęciowi z wyższym wykształceniem	x	x	x	6	7
Personel techniczny obsługujący aparaturę medyczną	15	15	11	19	14
Pielęgniarki ogółem	4 481	4 523	4 430	4 806	4 785
w tym:					
z wyższym wykształceniem	414	483	524	717	831
ze średnim wykształceniem	4 067	4 040	3 906	4 089	3 954
w tym o niepełnych kwalifikacjach	7	4	x	x	x
Położne ogółem	595	600	582	613	600
w tym:					
z wyższym wykształceniem	73	90	106	125	142
ze średnim wykształceniem	522	510	476	488	458
Felczerzy	5	6	4	4	4
Technicy dentyści	10	12	11	9	11
Technicy farmaceutyczni	35	39	39	43	50

¹¹ Źródło: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO European Health for All Database

Wyszczególnienie	2008 ^a	2009 ^a	2010 ^a	2011 ^b	2012 ^c
Technicy elektroniki medycznej	2	3	4	9	9
Technicy [laboranci] analityki medycznej	316	318	301	321	315
Technicy [laboranci] elektrokardiologii	227	219	219	235	237
Technicy fizjoterapii	236	234	220	217	211
Technicy biomechaniki	-	-	-	-	-
Technicy masażyści,	36	31	40	46	41
w tym niewidomi	14	17	17	16	16
Instruktorzy higieny	27	21	18	18	17
Instruktorzy terapii zajęciowej	54	49	56	51	61
Dietetycy [tylko z wykształceniem średnim]	16	19	17	16	15
Higienistki szkolne	21	18	18	18	17
Higienistki stomatologiczne	54	59	70	74	74
Asystentki stomatologiczne	112	107	103	125	119
Ortoptyści	5	6	6	5	6
Technicy ortopedzi	-	-	-	-	-
Opiekunki dziecięce	39	40	43	18	15
Opiekunowie medyczni	x	x	x	37	49
Protetycy słuchu	x	x	x	3	12
Ratownicy medyczni	201	241	273	373	364
w tym:					
z wyższym wykształceniem	x	x	48	65	86
ze średnim wykształceniem	201	241	225	308	278

a Według podstawowego miejsca pracy, bez resortowej służby zdrowia i aptek ogólnodostępnych. *b* Według podstawowego miejsca pracy, łącznie z podmiotami leczniczymi Ministerstwa Obrony Narodowej, bez podmiotów leczniczych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Sprawiedliwości i aptek ogólnodostępnych. *c* Według podstawowego miejsca pracy, łącznie z podmiotami leczniczymi Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Sprawiedliwości, bez podmiotów leczniczych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i aptek ogólnodostępnych. *d* Inne kierunki dotyczą osoby, która rozpoczęła studia przed dniem 1 stycznia 1998 r. na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku albo rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej albo rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej, potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej. *e* na kierunku technologia żywności i żywienia człowieka w specjalności żywienie człowieka.

U w a g a. Znak „x” oznacza, że dane nie są objęte sprawozdawczością

6.1.1 Kierunek lekarski

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

W roku 2011 (poza regionem) medycynę studiowały 84 osoby z województwa lubuskiego, w roku 2012 – 66. Szacuje się, że tylko co trzeci absolwent wróci w rodzinne strony. Kadra medyczna w regionie starzeje się, a eksperci mówią wprost o deficycie. Jedyną szansą na rozwiązanie tego problemu jest samodzielne kształcenie lekarzy.

Zakończenie prac związanych utworzeniem kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Zielonogórskim planowane jest na 2015 rok. Co oznacza, że pierwsi absolwenci medycyny opuszczą mury lubuskiej uczelni się w 2021 roku. Bazę dydaktyczno-naukową na potrzeby kształcenia studentów stanowić będą obiekty m.in. Szpitala Wojewódzkiego SP ZOZ w Zielonej Górze, gdzie

istnieje możliwość odbywania kształcenia kierunkowego w zakresie: chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii, ginekologii i położnictwa, neurologii i neurochirurgii, otolaryngologii, okulistyki, chorób zakaźnych, radiologii, anestezjologii i intensywnej terapii, propedeutyki stomatologicznej, onkologii, rehabilitacji, medycyny nuklearnej praz prawa i medycyny sądowej.

Tabela 42. Liczba absolwentów uczelni medycznych zameldowanych na terenie województwa lubuskiego i tych, którzy rozpoczęli staż na terenie województwa lubuskiego w latach 2007-2014

Lata	Absolwenci uczelni medycznych z zameldowaniem na terenie województwa lubuskiego	Liczba absolwentów, którzy rozpoczęli staż podyplomowy na terenie województwa lubuskiego
2007	89	23
2008	87	33
2009	95	44
2010	99	35
2011	84	40
2012	66	36
2013	79 ^a	31
2014	85 ^a	b.d.

^a Planowani absolwenci.

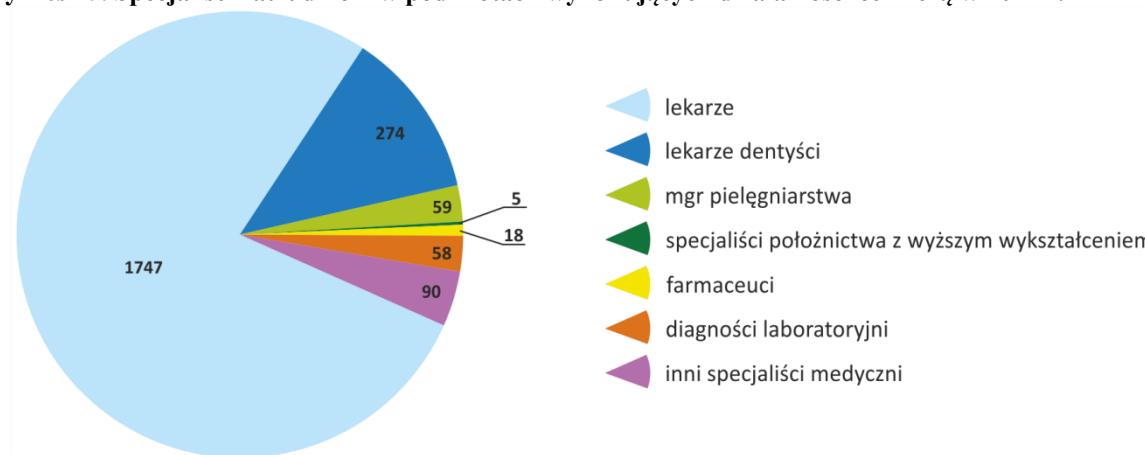
źródło: Departament Ochrony Zdrowia UMWL

6.1.2 Specjaliści w zawodach medycznych

Specjaliści w zawodach medycznych to osoby z I i II stopniem specjalizacji oraz osoby, które uzyskały specjalizację zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. 2013.26).

Ogólna liczba specjalistów zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia w 2012 r. wynosiła 2 251. W 2012 r. liczba lekarzy specjalistów zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia stanowiła 89% ogółu lekarzy. W przypadku lekarzy dentyistów specjaliści stanowili 49,81% ogółu dentyistów.

Wykres 15. Specjaliści zatrudnieni w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w 2012 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych.

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

Tabela 43. Specjaliści zatrudnieni w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w latach 2008-2012

Wyszczególnienie	2008 ^a	2009 ^a	2010 ^a	2011 ^b	2012 ^c
Specjaliści ogółem	1 959	1968	2006	2128	2251
Lekarze, w zakresie	1 505	1535	1566	1635	1747
- alergologii	15	14	15	16	19
- anestezyjologii i intensywnej terapii	87	91	90	92	101
- angiologii	-	-	-	1	1
- audiologii	3	4	3	1	2
- audiologii i foniatrii	-	1	1	2	2
- balneoklimatologii i medycyny fizykalnej	2	2	3	3	2
- chemioterapii nowotworów	1	1	1	1	1
- chirurgii ogólnej	91	93	85	89	108
- chirurgii dziecięcej	14	15	15	14	12
- chirurgii klatki piersiowej	2	2	3	5	4
- chirurgii naczyniowej	2	2	3	2	4
- chirurgii onkologicznej	9	11	10	12	14
- chirurgii plastycznej	5	6	4	6	6
- chirurgii szczękowej	1	1	1	1	1
- chorób płuc	25	29	23	28	32
- chorób wewnętrznych	165	165	152	161	177
- chorób zakaźnych	14	11	13	12	13
- dermatologii i wenerologii	35	35	36	38	44
- diabetologii	6	6	8	7	8
- diagnostyki laboratoryjnej	-	-	-	-	-
- epidemiologii	3	3	4	4	1
- endokrynologii	7	9	11	9	10
- foniatrii	2	1	1	1	1
- ginekologii onkologicznej	-	-	-	2	3
- gastroenterologii	5	5	5	7	8
- geriatrici	-	1	2	2	2
- genetyki klinicznej	-	-	1	-	-
- hematologii	3	3	3	4	6
- higieny i epidemiologii	4	3	3	3	2
- higieny pracy	-	-	-	-	1
- hipertensjologii	1	1	1	1	3
- kardiologii	30	36	40	41	44
- kardiologii dziecięcej	1	1	1	1	-
- kardiochirurgii	2	3	3	3	2
- medycyny kolejowej	1	-	1	1	1
- medycyny nuklearnej	3	2	2	2	3
- medycyny ogólnej	14	16	15	16	12

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Wyszczególnienie	2008 ^a	2009 ^a	2010 ^a	2011 ^b	2012 ^c
- medycyny rodzinnej	230	233	234	251	251
- medycyny paliatywnej	1	2	2	2	3
- medycyny pracy	23	20	29	29	34
- medycyny przemysłowej	13	11	9	6	8
- medycyny ratunkowej	5	6	8	6	11
- medycyny sądowej	1	1	1	1	-
- medycyny szkolnej	-	-	-	-	-
- medycyny społecznej	1	-	-	1	1
- medycyny sportowej	-	-	1	1	2
- nefrologii	9	9	10	14	14
- neonatologii	24	23	22	23	22
- neurochirurgii	13	12	11	11	13
- neurologii	44	46	51	55	62
- neurologii dziecięcej	8	7	8	8	8
- okulistyki	61	62	68	71	72
- onkologii	5	7	8	8	11
- organizacji ochrony zdrowia	1	3	3	4	3
- ortopedii i traumatologii	38	40	42	50	57
- otolaryngologii	36	37	39	39	41
- otolaryngologii dziecięcej	1	1	1	1	-
- otorynolaryngologii	5	4	4	6	6
- patomorfologii	8	9	8	9	10
- pediatrii	136	143	134	144	137
- położnictwa i ginekologii	139	136	145	139	140
- psychiatrii	47	50	53	53	67
- psychiatrii dzieci i młodzieży	2	2	3	3	3
- radiodiagnostyki	40	35	41	41	49
- radioterapii onkologicznej	4	6	8	7	7
- rehabilitacji medycznej	15	18	20	19	21
- reumatologii	16	13	15	19	15
- seksuologii	1	1	1	1	-
- transfuzjologii	5	6	6	6	7
- urologii	18	17	18	14	16
- urologii dziecięcej	1	1	3	4	5
- zdrowia publicznego	1	1	1	1	1
Lekarze dentyści, w zakresie:	239	240	255	279	274
- chirurgii stomatologicznej	26	26	25	28	38
- chirurgii szczękowej	3	4	6	7	4
- medycyny społecznej	-	-	1	-	-
- ortodoncji	17	15	15	16	16
- periodontologii	5	4	3	4	5
- protetyki stomatologicznej	13	13	13	15	14
- stomatologii ogólnej	152	155	160	179	171
- stomatologii dziecięcej	6	8	12	9	8
- stomatologii zachowawczej	16	15	20	21	18
- lekarze stomatolodzy o innych specjalnościach	1	-	-	-	-
Mgr pielęgniarstwa, w zakresie:	37	28	32	44	59
- medycyny społecznej	5	6	5	5	4
- organizacji ochrony zdrowia	5	4	2	3	3
- pielęgniarstwa rodzinnego	1	1	2	1	7

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Wyszczególnienie	2008 ^a	2009 ^a	2010 ^a	2011 ^b	2012 ^c
- pielęgniarstwa psychiatrycznego	-	-	-	2	3
- pielęgniarstwa zachowawczego	-	-	-	2	-
- pielęgniarstwa operacyjnego	-	-	-	-	1
- pielęgniarstwa chirurgicznego	-	-	1	4	5
- pielęgniarstwa pediatrycznego	-	1	-	1	1
- pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania	1	-	-	-	-
- pielęgniarstwa kardiologicznego	-	-	-	-	1
- pielęgniarstwa w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	-	-	-	-	1
-pielęgniarstwa anestezjologii i intensywnej terapii	2	1	3	3	5
- pielęgniarstwa opieki długoterminowej	-	-	4	4	4
- pielęgniarstwa opieki paliatywnej	-	-	-	2	2
- pielęgniarstwa ratunkowego	-	2	3	3	2
- pielęgniarstwa epidemiologicznego	-	-	-	-	5
- mgr pielęgniarstwa o innej specjalności	23	13	12	14	15
Specjaliści położnictwa z wyższym wykształceniem:	-	-	-	-	5
- medycyny społecznej	-	-	-	-	1
- pielęgniarstwa epidemiologicznego	-	-	-	-	1
- pielęgniarstwa położniczego	-	-	-	-	2
- pielęgniarstwa ginekologicznego	-	-	-	-	1
Farmaceuci, w zakresie:	21	21	18	19	18
- analityki farmaceutycznej	2	3	2	-	1
- analityki klinicznej	5	5	3	2	1
- farmacji aptecznej	13	12	12	16	15
- farmacji klinicznej	1	1	1	1	1
- farmacji społecznej	-	-	-	-	-
- medycyny społecznej	-	-	-	-	-
- mikrobiologii	-	-	-	-	-
- inni specjaliści farmaceuci	-	-	-	-	-
Diagności laboratoryjni, w zakresie:	57	57	58	65	58
- analityki klinicznej	35	26	25	27	27
- diagnostyki medycznej	13	20	15	25	13
- higieny i epidemiologii	-	-	-	-	-
- mikrobiologii medycznej	-	-	2	2	4
- zdrowia publicznego	-	-	1	1	1
- genetyki medycznej	-	-	4	-	-
- transfuzjologii medycznej	7	9	9	8	8
- inni specjaliści analityki medycznej	2	2	2	2	5
Inni specjaliści medyczni, w zakresie:	100	87	77	86	90
- diagnostyki laboratoryjnej	1	3	2	3	3
- epidemiologii	14	16	16	16	15
- mikrobiologii	6	5	5	5	5
- rehabilitacji ruchowej	35	26	23	23	23
- psychologii klinicznej	18	17	16	13	12
- psychologii ogólnej	11	9	3	4	7
- inni psycholodzy	1	-	-	-	-
- fizjoterapii	4	3	4	1	5
- fizyki medycznej	-	1	1	2	3
- neurologopedii	2	2	2	3	1

Wyszczególnienie	2008 ^a	2009 ^a	2010 ^a	2011 ^b	2012 ^c
- zdrowia publicznego	-	-	-	4	7
- zdrowia środowiskowego	-	-	-	6	6
- inni	8	5	5	6	3

a Według podstawowego miejsca pracy, bez resortowej służby zdrowia i aptek ogólnodostępnych. *b* Według podstawowego miejsca pracy, łącznie z podmiotami leczniczymi MON, bez podmiotów leczniczych MSW, Ministerstwa Sprawiedliwości i aptek ogólnodostępnych. *c* wg podstawowego miejsca pracy, łącznie z podmiotami leczniczymi MON i Ministerstwa Sprawiedliwości bez podmiotów leczniczych MSW i aptek ogólnodostępnych.

źródło: Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

W tabeli powyżej wymienia się wyłącznie magistrów pielęgniarstwa i położne z wyższym wykształceniem. Natomiast tytuł specjalisty może uzyskać każda pielęgniarka i położna posiadająca prawo wykonywania zawodu oraz dwuletni staż pracy, bez względu na rodzaj wykształcenia. Na podstawie danych uzyskanych z Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego (opracowanych na potrzeby Ministerstwa Zdrowia w 2012 roku – sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą) w województwie lubuskim pracuje 709 pielęgniarek z wykształceniem średnim posiadających tytuł specjalisty oraz 80 położnych posiadających tytuł specjalisty i wykształcenie średnie. Ogółem w województwie lubuskim pracuje 768 pielęgniarek i 85 położnych posiadających tytuł specjalisty w różnych dziedzinach pielęgniarstwa. Dane te dotyczą pielęgniarek i położnych, pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy.

6.1.3 Podstawowa Opieka Zdrowotna

Lekarze

Zdrowie mieszkańców uzależnione jest od jakości i dostępności usług medycznych. Dostęp do odpowiedniej liczby lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej daje szansę na poprawienie komfortu opieki. Według zarządzenia Narodowego Funduszu Zdrowia liczba osób objętych opieką przez jednego lekarza nie powinna przekraczać 2 750 osób.

Tabela 44. Liczba lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w województwie lubuskim w latach 2010-2012^a

2010	2011	2012
527	530	539

a Niepowtarzająca się liczba lekarzy według numeru prawa wykonywania zawodu

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

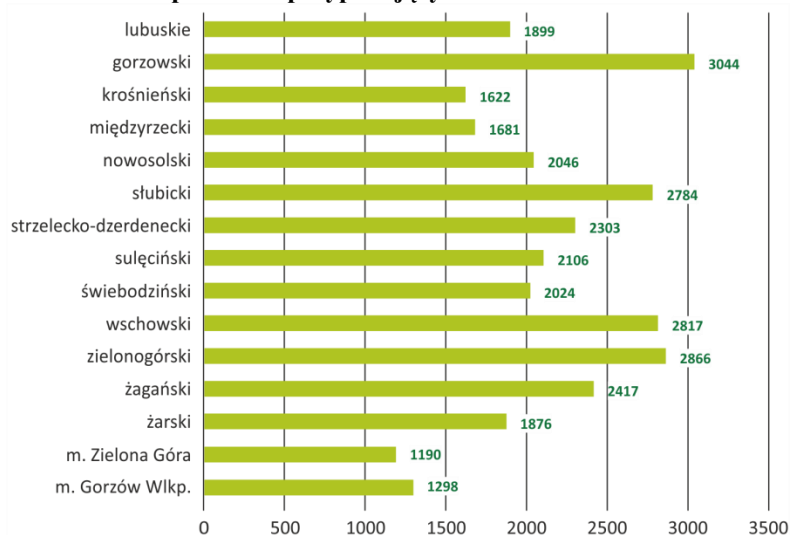
Tabela 45. Liczba mieszkańców województwa lubuskiego przypadających na 1 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2010-2012

2010	2011	2012
1941,6	1930,5	1898,5

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

Istotnym problemem jest zróżnicowanie w zakresie dostępności do lekarzy POZ w powiatach i gminach. Lekarze koncentrują swoje praktyki w dużych ośrodkach miejskich (Gorzów Wlkp. i Zielona Góra), gdzie na jednego lekarza przypada odpowiednio 1 298 i 1190,2 pacjentów (o ponad 50 % mniej niż norma). Najgorsza sytuacja była w powiecie gorzowskim, gdzie na jednego lekarza przypada o 293,9 pacjentów więcej niż wskazuje zarządzenie NFZ (tj. o 11% więcej).

Wykres 16. Liczba mieszkańców powiatów przypadających na 1 lekarza POZ w 2012 r.



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

Pielęgniarki

Podobnie jak w przypadku lekarzy POZ, liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej nie powinna przekroczyć 2 750 osób. W województwie lubuskim liczba pielęgniarek utrzymuje się na tym samym poziomie. Liczba mieszkańców przypadających na 1 pielęgniarkę w latach 2010-2012 utrzymywała się na poziomie ok. 2 100 osób.

Tabela 46. Liczba pielęgniarek POZ w województwie lubuskim w latach 2010-2012^a

2010	2011	2012
480	487	497

^a Niepowtarzająca się liczba pielęgniarek wg numeru prawa wykonywania zawodu

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

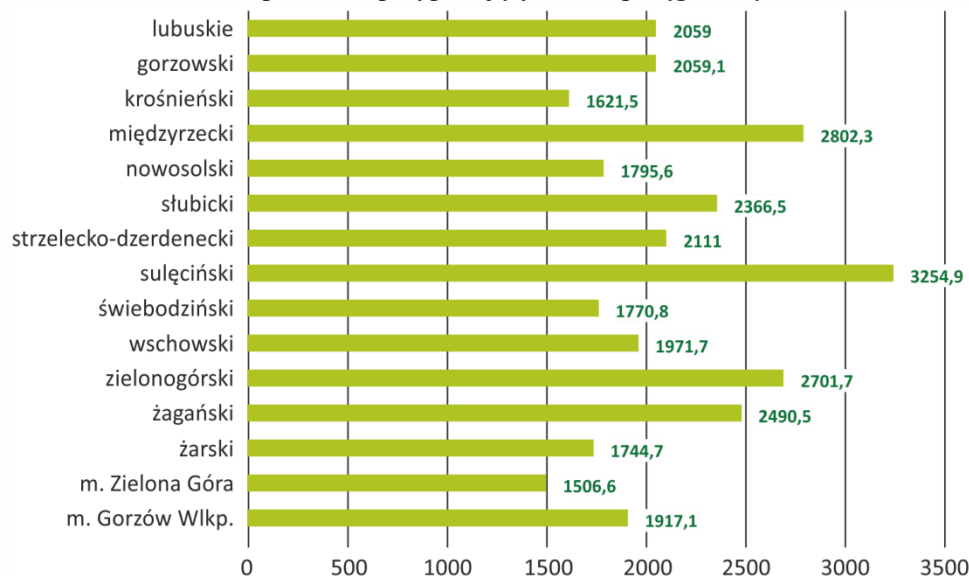
Tabela 47. Liczba mieszkańców województwa lubuskiego przypadających na 1 pielęgniarkę w latach 2010-2012

2010	2011	2012
2131,7	2100,9	2059,0

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

Najgorsza sytuacja w zakresie opieki pielęgniarskiej była w powiecie sulęcińskim, gdzie na 1 pielęgniarkę przypadało o 504,9 osoby więcej niż przewiduje norma, nieznaczne przekroczenie było także w powiecie międzyrzeckim – 52,3osoby.

Wykres 17. Liczba mieszkańców powiatów przypadających na 1 pielęgniarkę POZ w 2012 r.



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

6.2 Lecznictwo stacjonarne

Według Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan na 12 sierpnia 2013 r.) na terenie województwa funkcjonują 542 zakłady opieki zdrowotnej:

- 62 pomioty lecznicze niebędące przedsiębiorstwami (publiczne),
- 480 podmiotów leczniczych – przedsiębiorcy, fundacje, stowarzyszenia, osoby prawne i jednostki organizacyjne (niepubliczne).

Według ww. rejestru w województwie lubuskim funkcjonuje 41 podmiotów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych (w tym świadczeń szpitalnych i innych niż szpitalne) – 16 publicznych i 25 niepublicznych (stan na 12 sierpnia 2013 roku).

Publiczne:

1. 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach
2. SP Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. (od 6 września 2013 r. – Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.)
3. Szpital Wojewódzki SP ZOZ Zielona Góra
4. Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ w Nowej Soli
5. Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny SP ZOZ w Świebodzinie
6. SP ZOZ w Międzyrzeczu (od 23 września 2013 r. – Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o.)
7. SP ZOZ w Sulechowie
8. SP ZOZ w Sulęcinie
9. Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie
10. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SPZOZ w Ciborzu
11. SP Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Międzyrzecze
12. Ośrodek dla Osób Uzależnionych SP ZOZ w Nowym Dworcu
13. SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży Zabór

14. Hospicjum im. Lady Rader of Warsaw w Zielonej Górze
15. SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Zielonej Górze
16. SP ZOZ „MEDKOL” w Zielonej Górze

Niepubliczne:

1. Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o. o.
2. „Powiatowe Centrum Zdrowia” w Drezdenku Sp. z o.o.
3. Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o.o.
4. Nowy Szpital Powiatu Krośnieńskiego Sp. z o.o. (Gubin i Krosno Odrzańskie)
5. NZOZ Szpital Powiatowy w Słubicach Sp. z o.o.
6. NZOZ Szpital im. dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego Sp. z o.o w Skwierzynie
7. Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o
8. Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o.o (Świebodzin i Krosno Odrzańskie)
9. Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o.o
10. Szpital na Wyspie Sp. z o.o w Żarach
11. Chirurgia Plastyczna Barańscy s.c. w Słubicach
12. Stowarzyszenie Pomocy Młodzieży "Anastasis" Strychy
13. Stowarzyszenie Hospicjum Św. Kamila w Gorzowie Wlkp.
14. Ośrodek Integracji Społecznej w Zielonej Górze
15. "URO-LASER" W. Zwierzyński i M. Drozd Lekarska Spółka Partnerska w Sulechowie
16. Prywatne Centrum Okulistyczne Blit - Vision Jerzy Blitek w Żarach
17. Zespół Chirurgii Jednego Dnia "EZ" s.c. T. Ebert, S. Zachara w Gorzowie Wlkp.
18. Okulistyczne Centrum Chirurgii NZOZ Korżel w Gorzowie Wlkp.
19. Ryszard Szcząchor ALDEMED Centrum Medyczne w Zielonej Górze
20. Specjalistyczne Centrum Medyczne „UROLOG” Bromber, Halińska s.j. w Zielonej Górze
21. Marek Chlamtacz URO-MEDIC w Zielonej Górze
22. Spółdzielnia Inwalidów "Rehabilitacja" w Zielonej Górze - Spółdzielnia Osób Prawnych
23. A&A Usługi Pielęgniarskie s.j. A. Hincygier, A. Walent w Zielonej Górze
24. Przedsiębiorstwo Lecznicze SALUS s.c. J. Kałasz, E. Koba, K. Ksieniewicz w Zielonej Górze
25. Gorzowskie Centrum Medyczne MEDI-RAJ Sp. z o.o w Gorzowie Wlkp.

6.2.1 Łóżka rzeczywiste i ich wykorzystanie

Liczba łóżek oraz wskaźnik na 10 tys. mieszkańców od blisko 10 lat roku utrzymuje się na podobnym poziomie. Wzrost liczby łóżek w szpitalach ogólnych, odnotowany w 2009 roku w porównaniu z rokiem poprzednim i widoczny w statystyce publicznej, został spowodowany głównie poprzez zmianę metodologii liczenia łóżek; liczba łóżek ogólnych uwzględnia obecnie także łóżka i inkubatory dla noworodków.

Tabela 48. Liczba łóżek rzeczywistych na terenie woj. lubuskiego w latach 2009-2012 (bez MSW i oddziałów dziennych) z noworodkami według stanu na 31 XII

Oddziały	2009		2010		2011		2012	
	łóżka rzeczywiste	wskaźnik na 10 tys. ludności	łóżka rzeczywiste	wskaźnik na 10 tys. ludności	łóżka rzeczywiste	wskaźnik na 10 tys. ludności	łóżka rzeczywiste	wskaźnik na 10 tys. ludności
Województwo lubuskie	6 511	64,5	6 392	63,22	6 779	66,26	6 583	64,33
Hostel dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	47	0,47	47	0,46	47	0,46	47	0,46
Chorób wewnętrznych	677	6,70	642	6,35	672	6,57	643	6,28
Endokrynologiczny	-	-	-	-	5	0,05	5	0,05

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Oddziały	2009		2010		2011		2012	
	łóżka rzeczywiste	wskaźnik na 10 tys. ludności	łóżka rzeczywiste	wskaźnik na 10 tys. ludności	łóżka rzeczywiste	wskaźnik na 10 tys. ludności	łóżka rzeczywiste	wskaźnik na 10 tys. ludności
Gastroenterologiczny	-	-	-	-	4	0,04	4	0,04
Geriatryczny	25	0,25	25	0,25	25	0,24	25	0,24
Hematologiczne	26	0,26	26	0,26	53	0,52	53	0,52
Kardiologiczne	124	1,23	124	1,23	107	1,05	129	1,26
Intensywnego nadzoru kardiologicznego	-	-	-	-	29	0,28	7	0,07
Nefrologiczne	22	0,22	22	0,22	32	0,31	29	0,28
Medycyny paliatywnej	-	-	15	0,15	15	0,15	15	0,15
Dermatologiczny	25	0,25	-	-	24	0,23	21	0,21
Neurologiczne	195	1,93	171	1,69	115	1,12	134	1,31
Neurologiczny dla dzieci	-	-	-	-	10	0,10	10	0,10
Udarowe	-	-	-	-	52	0,51	36	0,35
Onkologiczny	59	0,58	59	0,58	59	0,58	60	0,59
Onkologii klinicznej/chemioterapii	72	0,71	72	0,71	72	0,70	72	0,70
Radioterapii	-	-	-	-	-	-	23	0,22
Anestezjologii i intensywnej terapii	74	0,73	74	0,73	86	0,84	91	0,89
Gruźlicy i chorób płuc	48	0,48	48	0,47	48	0,48	48	0,47
Chorób płuc	109	1,08	88	0,87	86	0,84	93	0,91
Reumatologiczny	16	0,16	16	0,16	16	0,16	16	0,16
Rehabilitacyjne	258	2,55	258	2,55	228	2,23	203	1,98
Rehabilitacyjny dla dzieci	50	0,50	50	0,49	50	0,49	50	0,49
Rehabilitacji narządu ruchu	57	0,56	57	0,56	57	0,56	57	0,56
Rehabilitacji neurologicznej	-	-	-	-	74	0,72	81	0,79
Rehabilitacji kardiologicznej	45	0,45	60	0,59	70	0,68	70	0,68
Rehabilitacji pulmonologicznej	-	-	-	-	-	-	25	0,24
Chorób zakaźnych	33	0,33	33	0,33	33	0,32	47	0,46
Pediatryczne	262	2,59	262	2,59	252	2,46	240	2,35
Neonatologiczne	330	3,27	224	2,22	234	2,29	223	2,18
Ginekologiczno-położnicze	529	5,24	583	5,77	616	6,02	556	5,43
Chirurgiczne ogólne	508	5,03	475	4,70	517	5,05	489	4,78
Chirurgiczne dla dzieci	62	0,61	62	0,61	62	0,61	56	0,55
Chirurgii klatki piersiowej	24	0,24	24	0,24	24	0,23	24	0,23
Chirurgii naczyniowej	-	-	26	0,26	36	0,35	36	0,35
Chirurgii onkologicznej	-	-	-	-	5	0,05	5	0,05
Chirurgii plastycznej	19	0,19	19	0,19	19	0,19	19	0,19
Kardiochirurgiczny	33	0,33	33	0,33	33	0,32	16	0,16
Neurochirurgiczne	72	0,71	72	0,71	73	0,71	67	0,65
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	215	2,13	215	2,13	251	2,45	253	2,47
Okulistyczne	65	0,64	65	0,64	65	0,64	59	0,58
Laryngologiczne	63	0,62	63	0,62	85	0,83	81	0,79
Urologiczne	72	0,71	72	0,71	69	0,67	69	0,67
Psychiatryczne ogólne	323	3,20	354	3,50	413	4,04	392	3,83
Psychiatryczny dla dzieci	40	0,40	40	0,40	40	0,39	105	1,03
Rehabilitacji psychiatrycznej	20	0,20	20	0,20	20	0,20	24	0,23
Leczenia zaburzeń nerwicowych	30	0,30	30	0,30	30	0,29	33	0,32
Psychogeriatryczny	50	0,50	30	0,30	30	0,29	30	0,29
Psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu	85	0,84	81	0,80	81	0,79	81	0,79
Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży	30	0,30	30	0,30	30	0,29	37	0,36

Oddziały	2009		2010		2011		2012	
	łóżka rzeczywiste	wskaźnik na 10 tys. ludności	łóżka rzeczywiste	wskaźnik na 10 tys. ludności	łóżka rzeczywiste	wskaźnik na 10 tys. ludności	łóżka rzeczywiste	wskaźnik na 10 tys. ludności
Odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu	-	-	-	-	32	0,31	32	0,31
Leczenia uzależnień	-	-	15	0,15	15	0,15	15	0,15
Detoksykacji (alkoholowy)	71	0,70	55	0,54	55	0,54	56	0,55
Terapii uzależnienia od alkoholu	107	1,06	115	1,14	115	1,12	126	1,23
Terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	45	0,45	60	0,59	60	0,59	60	0,59
Detoksykacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych	20	0,20	20	0,20	20	0,20	20	0,20
Rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	205	2,03	205	2,03	210	2,05	210	2,05
Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży	30	0,30	30	0,30	30	0,29	30	0,29
Rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi	25	0,25	25	0,25	25	0,24	25	0,24
Szpitalne oddziały ratunkowe ^a	13	0,13	13	0,13	21	0,21	25	0,24
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	51	0,50	56	0,55	54	0,53	54	0,53
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci	-	-	-	-	6	0,06	2	0,02
Zakłady opiekuńczo -lecnicze (w tym poudarowy rehab.)	357	3,53	377	3,73	354	3,46	351	3,43
Zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne	648	6,42	627	6,20	601	5,87	550	5,37
Hospicja stacjonarne	36	0,36	38	0,38	38	0,32	38	0,37

^a Ponadto na terenie woj. lubuskiego funkcjonowały szpitalne oddziały ratunkowe w trybie dziennym.

źródło: Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

Na koniec 2012 r. w oddziałach szpitali wpisanych do Rejestru ZOZ Wojewody Lubuskiego (łącznie z filiami) były 6 583 łóżka rzeczywiste (bez MSW i oddziałów dziennych z noworodkami), co przekładało się na wskaźnik 64,33 łóżka na 10 tys. ludności. Dla porównania w 2010 r. analogiczny wskaźnik dla Unii Europejskiej (27 krajów) wynosił 53 łóżka na 10 tys. ludności¹², w Polsce był wyższy o 13 łóżek na 10 tys. mieszkańców, natomiast w województwie lubuskim utrzymał się na poziomie 63 łóżek na 10 tys. mieszkańców.

Tabela 49. Łóżka rzeczywiste, łóżeczka i inkubatory w stacjonarnej i całodobowej opiece zdrowotnej woj. lubuskiego wg stanu na 31.12.2012 r. (bez MSW)

Wyszczególnienie	Razem łóżka rzeczywiste	W tym		
		szpitale (z miejscami dla noworodków)	zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	zakłady opiekuńczo-lecznicze

¹² źródło: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO European Health for All Database, s.77

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Wyszczególnienie		Razem łóżka rzeczywiste	W tym			
			szpitale (z miejscami dla nowo- rodków)	zakłady pie- lęgnacyjno- opiekuńcze	zakłady opiekuńczo lecnicze	
Województwo lubuskie		6 583	5 588	56	901	
w tym:						
sp zoz-y, jednostki budżetowe		4 859	4 259	-	585	
pozostałe podmioty lecznicze		1 724	1 329	56	316	
1	105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach	Żary Żagań	273 130	273 130	- -	- -
2	SP Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.		1 019	846	-	173 ^a
3	Szpital Wojewódzki SP ZOZ Zielona Góra		799	799	-	-
4	Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ Nowa Sól		449	449	-	-
5	LORO SP ZOZ Świebodzin		105	105	-	-
6	SP ZOZ Międzyrzecz		195	195	-	-
7	SP ZOZ Sulechów		174	174	-	-
8	SP ZOZ Sulęcín		173	173	-	-
9	Szpital Rehabilitacyjno - Leczniczy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie		50	50	-	-
10	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno- Kardiologiczny spółka z.o.o w Torzymiu		238	208	-	30
11	Powiatowe Centrum Zdrowia Szpital w Drezdenku		156	131	-	25
12	Nowy Szpital w Kostrzynie		211	161	-	50
13	Nowy Szpital Powiatu Krośnieńskiego	Gubin Krosno Odrzańskie	35 60	- 60	- -	35 -
14	NZOZ Szpital Powiatowy w Słubicach		146	146	-	-
15	NZOZ Szpital w Skwierzynie		114	78	-	36
16	Nowy Szpital w Szprotawie		114	79	-	35
17	Nowy Szpital w Świebodzinie	Świebodzin filia Krosno Odrzańskie	135 35	100 35	- -	35 -
18	Nowy Szpital we Wschowie		132 ^b	82	-	40
19	Szpital na Wyspie w Żarach		219	166	23	30
20	Chirurgia Plastyczna Barańscy s.c. w Słubicach		4	4	-	-
21	Dolnośląskie Centrum Chorób Serca „MEDINET” Filia w Nowej Soli		22	22	-	-
22	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SPZOZ Cibórz		636	386 ^c	-	250
23	SP Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Międzyrzecz		496	334	-	162
24	Ośrodek dla Osób Uzależnionych SP ZOZ Nowy Dworek		240	240 ^c	-	-
25	SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży Zabór		105	105	-	-
26	Stowarzyszenie Pomocy Młodzieży „Anastasis” Strychy		42	42 ^c	-	-
27	NZOZ Ośrodek Terapii "HORYZONT BIS" w Krośnie Odrz.		15	15	-	-
28	Hospicjum im. Lady Rader of Warsaw w Zielonej Górze		15	-	-	-
29	Stowarzyszenie Hospicjum Św. Kamila w Gorzowie Wlkp.		13	-	-	-
30	Ośrodek Integracji Społecznej w Zielonej Górze		33	-	33	-

^a W tym 35 łóżkowy oddział poudarowy. ^b W tym 10 łóżek hospicjum stacjonarnego. ^c W tym hostel (Szpital Cibórz - 10 łóżek, Ośrodek w Nowym Dworku - 25 łóżek i Stowarzyszenie Pomocy Młodzieży Anastasis Strychy - 12 łóżek).

■ SP ZOZy i jednostki budżetowe.

źródło: Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

Średnie procentowe wykorzystanie łóżek szpitalnych w województwie lubuskim w latach 2009-2012 wyniosło 73,73% i było o ponad 6% niższe od wskaźnika przyjętego jako pożądanego (80%)¹³.

Tabela 50. Średnie wykorzystanie łóżek na oddziałach w województwie lubuskim w latach 2009-2012

2009	2010	2011	2012
76,0%	74,7%	72,9%	71,3%

źródło: Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

Przyjmując za optymalny wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych na poziomie 85%, w 2012 r. tylko w 12 typach oddziałów szpitalnych (na 65), tj. w 18,5 % wskaźnik wykorzystania łóżek mieścił się w granicach od 80% do 90%. Oddziały obciążone bardziej niż optymalnie (12) stanowiły w 2012 r. 18,5 %, a oddziały obciążone mniej niż optymalnie (41) stanowiły 63 % ogółu oddziałów.

Tabela 51. Oddziały w województwie lubuskim, na których w 2012 r. wskaźnik wykorzystania łóżek przekraczał 80% (bez MSW i oddziałów dziennych) z noworodkami

O d d z i a ł y	2009	2010	2011	2012
	średnie wykorzystanie łóżek w %			
Hematologiczne	82,5	79,5	79,2	85,9
Intensywnego nadzoru kardiologicznego	-	-	128,7	137,0
Medycyny paliatywnej	-	76,9	80,3	89,6
Udarowe	-	-	84,8	89,7
Radioterapii	-	-	-	81,7
Chorób płuc	63,7	64,7	95,1	80,6
Rehabilitacyjne	99,3	95,6	86,8	90,8
Rehabilitacji neurologicznej	-	-	99,9	82,7
Chirurgii onkologicznej	-	-	112,4	122,4
Psychiatryczne ogólne	99,0	98,4	96,6	93,5
Rehabilitacji psychiatrycznej	98,2	104,4	112,1	86,7
Leczenia zaburzeń nerwicowych	85,1	82,7	101,4	98,2
Psychogeriatryczny	96,5	98,7	100,1	96,6
Psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu	102,2	100,7	106,0	96,1
Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży	97,7	112,5	111,2	87,9
Detoksykacji (alkoholowy)	86,5	83,0	86,1	81,5
Terapii uzależnienia od alkoholu	98,3	94,4	101,5	87,3
Terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	95,7	112,9	90,7	86,5
Rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	108,6	99,6	91,4	96,5
Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży	90,0	83,0	84,9	86,8
Rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi	80,3	97,2	142,1	91,2
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	75,2	83,9	92,8	99,5
Zakłady opiekuńczo-lecznicze (w tym poudarowy rehabilitacyjny)	93,7	89,9	84,5	91,9
Zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne	100,1	97,6	96,0	97,7

źródło: Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

¹³ Opracowanie pt. „Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności”, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2006).

Poniższa tabela pokazuje, że łóżka w placówkach są nieefektywnie wykorzystane, a system ponosi znaczne koszty utrzymania „w mocy niewykorzystanych”. Oznacza to, że konieczna jest restrukturyzacja zasobów.

Tabela 52. Oddziały w województwie lubuskim, na których w 2012 r. wskaźnik wykorzystania łóżek nie przekraczał 60% (bez MSW i oddziałów dziennych) z noworodkami

Oddziały	2009	2010	2011	2012
	średnie wykorzystanie łóżek w %			
Endokrynologiczny	-	-	63,9	40,5
Gastroenterologiczny	-	-	35,5	28,0
Dermatologiczny	68,30	-	57,0	54,0
Neurologiczny dla dzieci	-	-	40,7	42,3
Anestezjologii i intensywnej terapii	55,70	54,1	59,1	57,1
Rehabilitacji pulmonologicznej	-	-	-	45,4
Chorób zakaźnych	59,7	59,0	58,5	47,2
Pediatryczne	59,4	53,7	55,9	53,3
Neonatologiczne	42,7	43,8	41,2	42,5
Ginekologiczno-położnicze	60,6	52,3	48,2	48,7
Chirurgiczne ogólne	56,1	54,6	50,1	50,3
Chirurgiczne dla dzieci	48,7	52,8	56,1	55,0
Chirurgii klatki piersiowej	56,8	61,6	61,9	53,8
Kardiochirurgiczny	30,8 (filia)	34,2 (filia)	34,0 (filia)	59,6
Okulistyczne	52,7	44,2	35,2	30,7
Laryngologiczne	61,9	55,7	52,2	48,2
Urologiczne	67,4	57,6	60,4	56,5
Odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu	-	-	63,8	53,8
Leczenia uzależnień	-	58,6	92,2	5,6
Szpitalne oddziały ratunkowe	7,4	2,6	5,4	8,7
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci	-	-	16,2	50,0

źródło: Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

6.3 Lecznictwo ambulatoryjne

W myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 217) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie nie jest wymagane do świadczeń: ginekologa i położnika, dentysty, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty,

psychiatry, dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zakażonych wirusem HIV, dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów; dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych; dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego; dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa; dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.¹⁴

Tabela 53. Liczba placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w województwie lubuskim w latach 2009-2012^a

Poradnie	2009 ^b	2010 ^b	2011 ^c	2012 ^c
Ogółem	923	941	1 067	1 069
Chorób wewnętrznych, w tym:	123	125	150	151
- Alergologiczna	17	21	23	20
- Diabetologiczna	9	10	20	17
- Nefrologiczna	10	10	12	16
- Kardiologiczna	24	26	31	32
- Medycyny nuklearnej	-	-	1	1
Innych specjalności zachowawczych, w tym:	153	172	203	190
- Dermatologiczna	36	37	42	43
- Neurologiczna	44	50	61	57
- Onkologiczna	9	12	16	15
- Rehabilitacyjna	11	14	13	12
- Chorób zakaźnych	5	6	8	6
Opieki nad matką i dzieckiem, w tym:	107	106	114	109
- Pediatria	2	3	3	4
- Neonatologiczna	5	4	4	4
- Ginekologiczno-położnicza	100	99	107	101
Zabiegowe, w tym:	236	238	287	287
- Chirurgia ogólna	46	47	51	50
- Chirurgia onkologiczna	6	4	6	7
- Urazowo-ortopedyczna	41	39	51	50
- Okulistyczna	55	53	66	66
- Otolaryngologiczna	51	58	64	59
- Urologiczna	21	22	32	34
Stomatologiczne, w tym:	304	300	313	332
- Ortodontyczna	15	15	17	17
- Protetyki stomatologicznej	24	23	21	21
- Chirurgii stomatologicznej	14	15	17	17

a Dane dotyczą specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego nie obejmują poradni podstawowej opieki zdrowotnej. *b* Bez indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich i dentystrycznych, które nie zawarły kontraktów z LOW NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz bez resortowej służby zdrowia. *c* Bez indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich i dentystrycznych, które nie zawarły kontraktów z LOW NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz bez zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez MSW.

źródło: Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

¹⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008 nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)

Od 2009 do 2012 roku liczba placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wzrosła o 146 poradni, w tym: chorób wewnętrznych – 28, innych specjalności zachowawczych – 37, opieki nad matką i dzieckiem – 2, zabiegowych – 51 i stomatologicznych – 28.

6.4 Wyposażenie placówek ochrony zdrowia

Nowoczesne technologie medyczne poprawiają diagnostykę i leczenie, ale także wymuszają zwiększanie nakładów na leczenie. Pomimo że specjalistyczny sprzęt jest drogi, to lubuskie placówki ochrony zdrowia są coraz lepiej wyposażone. Jednak liczba poszczególnych aparatów na 100 tys. mieszkańców w większości przypadków jest nadal poniżej średniej krajowej.

Jak wynika z poniższych danych, jedynie w przypadku aparatów RTG z torem wizyjnym wyposażenie szpitali ogólnych w województwie lubuskim jest na poziomie wyższym, niż wynosi średnia dla całej Polski. Na poziomie średniej krajowej szpitale ogólne w województwie lubuskim wyposażone są w: akceleratory liniowe, litotryptery, tomografy komputerowe i rezonanse magnetyczne.

Tabela 54. Wyposażenie szpitali ogólnych w województwie lubuskim w nowoczesny sprzęt medyczny (bez resortowej służby zdrowia)

Wyszczególnienie		2009	2010	2011	2012
Aparat do echokardiografii		22	25	26	30
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)	2,2	2,5	2,5	2,9
Polska		2,4	3,1	2,7	b.danych
Aparat do elektroencefalografii		4	4	5	5
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)	0,4	0,4	0,5	0,5
Polska		0,9	0,9	0,9	b.danych
Aparat do elektromiografii		0	1	1	1
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)	0	0,1	0,1	0,1
Polska		0,3	0,3	0,3	b.danych
Analizator biochemiczny		13	12	15	15
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)	1,3	1,2	1,5	1,5
Polska		2,1	2,0	2,0	b.danych
Gammakamera		3	3	4	4
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)	0,3	0,3	0,4	0,4
Polska		0,2	0,2	0,3	b.danych
Litotrypter		2	4	4	4
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)	0,2	0,4	0,4	0,4
Polska		0,3	0,4	0,4	b.danych
Akcelerator liniowy		2	2	3	3
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)	0,2	0,2	0,3	0,3
Polska		0,2	0,3	0,3	b.danych
Aparat RTG z torem wizyjnym		28	29	34	36
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)	2,8	2,9	3,3	3,5
Polska		2,5	2,6	2,7	b.danych
Tomograf komputerowy		8	7	8	10
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)	0,8	0,7	0,8	1
Polska		0,8	0,9	1,0	b.danych
Rezonans magnetyczny		1	1	3	3
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)	0,1	0,1	0,3	0,3
Polska		0,2	0,2	0,3	b.danych
Mammograf		7	7	8	8
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)	0,7	0,7	0,8	0,8
Polska		b.danych	b.danych	b.danych	b.danych
Urządzenie do angiografii		3	4	5	6
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)	0,3	0,4	0,5	0,6

Polska	mieszkańców)	b.danych	b.danych	b.danych	b.danych
Aparat RTG z opcją naczyńniową i obróbką cyfrową		3	4	6	6
Województwo lubuskie	(wskaźnik na 100 tys.	0,3	0,4	0,6	0,6
Polska	mieszkańców)	b.danych	b.danych	b.danych	b.danych

Źródło i opracowanie: Wydział Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. na podstawie sprawozdania MZ-29 za lata 2009-2012 oraz Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia wydawanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia za lata 2009-2011.

Według raportu „Health at a Glance – Europe 2012”¹⁵ w 23 krajach Unii Europejskiej na 1 mln mieszkańców liczba:

- rezonansów magnetycznych wyniosła – 10,3, w Polsce – 4,7,
- tomografów komputerowych wyniosła – 20,4, w Polsce – 14,3.

Stawia nas to odpowiednio na 21 i 18 miejscu wśród krajów wspólnoty.

6.5 Programy profilaktyczne

W ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia w województwie lubuskim realizowanych jest **6** profilaktycznych programów zdrowotnych, w tym programy onkologiczne, w ramach których przeprowadza się badania pozwalające wcześniej wykryć nowotwory.

Tabela 55. Nakłady na profilaktyczne programy zdrowotne (w zł)

Wyszczególnienie	2011	2012	2013
Ogółem	5 401 822,60	5 135 164,50	5 711 543,40
Profilaktyka raka piersi	3 335 222,70	2 932 121,50	3 413 935,20
Program profilaktyki raka szyjki macicy	1 248 145,90	1 237 718,00	1 302 050,20
Program badań prenatalnych	666 696,00	831 816,00	865 716,00
Program Chorób Układu Krążenia	126 000,00	112 512,00	78 528,00
Program Profilaktyki Gruźlicy	24 512,00	17 784,00	46 316,00
Program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych	1 246,00	3 213,00	4 998,00

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

6.5.1 Program Profilaktyki Raka Piersi

Realizacja programu ma prowadzić do obniżenia wskaźnika umieralności z powodu raka piersi do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka sutka i wprowadzenie na terenie całego kraju zasad postępowania diagnostycznego.

Program adresowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat, które nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy lub otrzymały w ramach programu profilaktyki raka piersi w ubiegłym roku pisemne wskazanie do wykonania ponownej mammografii po 12 miesiącach, nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi.

¹⁵ Źródło: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO European Health for All Database, s.75

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

W celu efektywności realizowanego programu Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ współpracuje z Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (WOK) w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ w Zielonej Górze, powołanym przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego "Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" (Dz. U. Nr 143 poz.1200 z późn. zm.)

Tabela 56. Wykrywalność zmian chorobowych w ramach program profilaktyki raka piersi (50-69 lat)

Wyszczególnienie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Liczba wykonanych badań	21 882	28 969	24 967	31 074	28 423	39 745	34 550	38 883
Nowotwory złośliwe	42	40	45	35	37	44	32	43
Procent/nowotwory	0,19%	0,14%	0,18%	0,11%	0,13%	0,11%	0,09%	0,11%

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Dzięki współpracy Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z WOK, samorządami lubuskimi oraz licznym działaniom prowadzonym na rzecz kampanii edukacyjno-informacyjnej w latach 2007-2013 odsetek populacji objętej programem wzrasta.

Wykres 18. Procent objęcia populacji programem profilaktyki raka piersi



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

6.5.2 Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy

Celem programu jest zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i wprowadzenie na terenie całego kraju jednolitego modelu postępowania diagnostycznego.

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

W celu poprawy efektywności realizowanego programu LOW NFZ współpracuje z Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy (WOK) w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o., powołanym przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego "Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" (Dz. U. Nr 143 poz.1200 z późn. zm.).

Tabela 57. Wykrywalność zmian chorobowych w ramach program profilaktyki raka szyjki macicy (25-59 lat)

Wyszczególnienie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Liczba wykonanych badań	8 303	13 773	17 690	25 025	21 728	23 905	22 917	20 820
Nowotwory złośliwe	265	491	667	1009	751	984	907	822
Procent/nowotwory	3,19%	3,56%	3,77%	4,03%	3,46%	4,12%	3,96%	3,95%

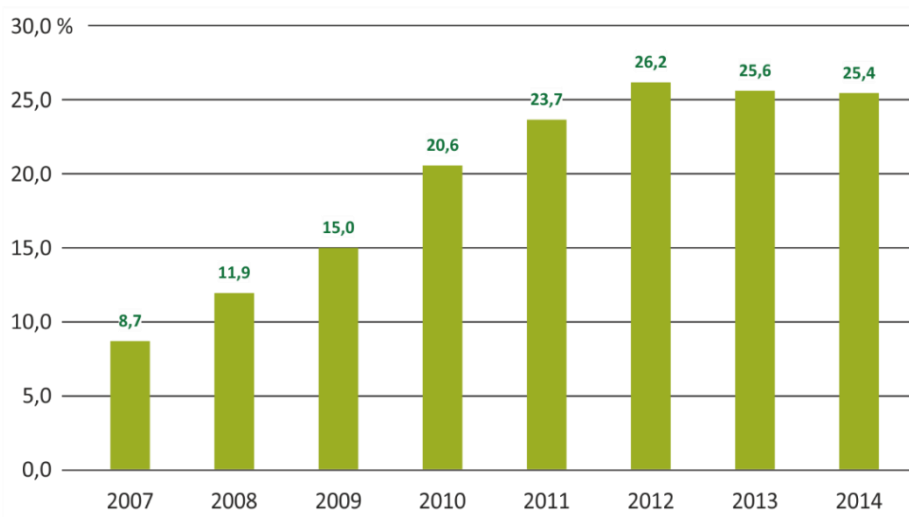
Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze (SIMP)

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

Dzięki współpracy Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym, samorządami lubuskimi oraz licznym działaniom prowadzonym na rzecz kampanii edukacyjno-informacyjnej programu w latach 2007-2012 odsetek populacji objętej programem wzrasta.

Należałoby także rozważyć możliwość zakontraktowania przez NFZ wykonywania skriningu cytologicznego w mobilnych punktach.

Wykres 19. Procent objęcia populacji programem profilaktyki raka szyjki macicy



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

6.5.3 Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia

Celem programu jest obniżenie o ok. 20% zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia wśród populacji objętej programem, dzięki wczesnemu wykryciu, redukcji występowania i natężenia czynników ryzyka. Planowane są również osiągnięcie zwiększenia wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia, wczesna identyfikacja osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia oraz promocja zdrowego stylu życia.

Tabela 58. Efekty realizacji programu profilaktyki chorób układu krążenia

Wyszczególnienie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Liczba wykonanych badań	11 770	8 536	4 798	3 977	3 046	2 625	2 344	1 686
Liczba osób skierowanych do specjalisty poza programem	836	413	91	55	40	27	30	6
Liczba miejsc wykonywania świadczeń	22	26	85	79	71	68	55	55

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

Program adresowany jest do osób, które są w wieku 35, 40, 45, 50, lub 55 lat, nie miały wykonywanych badań objętych programem profilaktycznym w ciągu ostatnich 5 lat i nie miały wcześniej rozpoznanej choroby układu krążenia. Program realizowany jest przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

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

6.5.4 Program Profilaktyki Chorób Odytoniowych (w tym POCHP)

Celami programu są zmniejszenie zachorowalności na schorzenia odytoniowe, poprawa świadomości w zakresie szkodliwości palenia oraz metod zapobiegania i leczenia uzależnienia od tytoniu oraz poprawa dostępności do specjalistycznego leczenia uzależnienia od tytoniu w szczególności dla osób obciążonych chorobami układu krążenia, układu oddechowego i nowotworowymi, a w konsekwencji zmniejszenie kosztów leczenia chorób odytoniowych. Program adresowany jest do osób, które mają powyżej 18 lat i palą papierosy. W ramach programu wykonuje się wywiad lekarski, badanie przedmiotowe (waga, wzrost, ciśnienie tętnicze), spirometrię (dla osób w wieku 40-65 lat celem profilaktyki POCHP), plan terapii odwykowej, a w razie potrzeby pacjent kierowany jest na dalsze badania lub leczenie do specjalisty. Program finansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

6.5.5 Program Badań Prenatalnych

Celami programu są umożliwienie identyfikacji ryzyka wad i wczesnego rozpoznawania wad płodu, profilaktyka chorób dziedzicznych w rodzinach wysokiego ryzyka genetycznego oraz zwiększenie dostępności badań prenatalnych w Polsce. Rosnący systematycznie średni wiek kobiet rodzących doprowadził do sytuacji, gdzie rodzące powyżej 35 roku życia stanowią do 10% ogólnej liczby porodów. U kobiet powyżej 35 roku życia wzrasta ryzyko wystąpienia patologii płodu uwarunkowanych aberracją chromosomalną. Określenie ryzyka ich wystąpienia i wykrycie wad rozwojowych we wczesnym okresie ciąży pozwalają na bezpieczne prowadzenie ciąży, umożliwiają podjęcie leczenia już w czasie życia płodowego i przygotowanie się rodziców do wdrożenia specjalistycznej opieki medycznej po urodzeniu dziecka.

Tabela 59. Wykrywalność wad/chorób płodu w ramach programu badań prenatalnych

Wyszczególnienie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Liczba kobiet objętych programem	215	286	348	464	529	1006	1327
Liczba kobiet z potwierdzeniem wady/choroby płodu	15	13	8	23	58	79	47
Liczba miejsc wykonywania świadczeń	1	1	1	1	1	3	3

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

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

1. wiek powyżej 35 roku życia;
2. w poprzedniej ciąży wystąpiły aberracje chromosomowe u płodu;
3. w rodzinie występują strukturalne aberracje chromosomowe, nieprawidłowy kariotyp, np.: translokacja;

4. stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową;
5. stwierdzony w czasie ciąży nieprawidłowy wynik badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

W celu włączenia do programu, wymagane jest skierowanie zawierające informacje o wskazaniach do objęcia programem wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do programu, wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę.

6.5.6 Program Profilaktyki Gruźlicy

Gruźlica jest chorobą zakaźną wywoływaną przez bakterię – prątek gruźlicy. Źródłem zakażenia jest najczęściej chory na gruźlicę – prątkujący. Osoba chora na gruźlicę podczas kaszlu, kichania, odkrztuszania /odpluwania, głośnego śmiechu, mówienia, wydalą prątki wraz z kropelkami śluzu. Zakażenie drogą powietrzną, zwane też zakażeniem inhalacyjnym (kropelkowym) jest najczęstszym sposobem zakażenia. Jeden nie leczony chory prątkujący zakaża w ciągu roku średnio od 10 do 15 osób. Program ten realizują pielęgniarki POZ wśród swojej populacji pacjentów. W ramach programu badania wykonywane są co 2 lata.

Tabela 60. Efektywność programu profilaktyki gruźlicy w latach 2006-2013

Wyszczególnienie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Liczba wykonanych badań	brak realizacji	5180	7420	13 449	8 549	6 740	4 488	11 579
Liczba osób skierowanych do specjalisty poza programem	-	128	91	28	10	0	3	25

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Program adresowany jest do osób, u których do tej pory nie rozpoznano gruźlicy, a w szczególności osób, które miały bezpośredni kontakt z chorymi na gruźlicę; osób, które spełniają jedno z wymienionych kryteriów: bezrobotny, niepełnosprawny, obciążony długotrwałą chorobą, obciążony problemem alkoholowym i/lub narkomanią, bezdomny, a także osoby, które nie korzystały z programu w ciągu ostatnich 24 miesięcy. Program finansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

6.5.7 Programy profilaktyczne finansowane z innych źródeł niż LOW NFZ

Szczepienia przeciw wirusowi HPV

WHO, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Profilaktyki Zakażeń HPV rekomendują rutynowe szczepienia nastolatek w wieku 11-12 lat oraz szczepienia starszych dziewcząt i kobiet przeciw HPV. Zdaniem polskich lekarzy szczepienia przeciw HPV znacząco

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

W województwie lubuskim takie szczepienia realizują niektóre samorządy lokalne ze środków własnych m.in.: Powiat Krośnieński, Powiat Żarski, Powiat Żagański, Powiat Zielonogórski (gminy Świdnica, Zabór, Czerwieńsk, Zielona Góra).

Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego

W ramach programu wykonywana jest bezpłatnie kolonoskopia, do której kwalifikowane są wszystkie osoby w wieku 50-65 lat bez objawów raka jelita grubego, osoby w wieku 40-65 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego oraz osoby w wieku 25-65 lat z rodzin obciążonych zespołem Lyncha. Program jest finansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Program Opieki nad Rodzinami Ryzyka Zachorowania na Nowotwory

Zadanie jest realizowane ze środków Ministerstwa Zdrowia od 2003 r., a od 2006 r. – jako program w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Jest podzielony na trzy moduły. Celem programu (w I module) jest zidentyfikowanie możliwie największej liczby rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika oraz objęcie ich opieką ukierunkowaną na możliwie najwcześniejsze rozpoznanie, a w szczególnych przypadkach także na aktywną prewencję zachorowań na te nowotwory. II moduł zakłada zidentyfikowanie i zapewnienie opieki rodzinom z zespołem FAP i zespołem Lyncha. W innych grupach wysokiego ryzyka rodzinnego (rodzinny rak jelita grubego i rodzinny rak błony śluzowej trzonu macicy) wdrożenie programu opieki powinno umożliwić znaczne zwiększenie odsetka wczesnych rozpoznań nowotworów i wyleczeń. Celem III modułu jest zidentyfikowanie możliwie największej liczby rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na siatkówczaka oraz chorobę VHL i objęcie ich opieką ukierunkowaną na aktywną prewencję zachorowań na wskazane nowotwory.

7. Sytuacja finansowa w publicznej służbie zdrowia

Wysokość zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki stacjonarnej od 2009 do 2012 r. zmniejszyła się o blisko 92 mln zł. Jednakże niepokój budzi gwałtowny wzrost zobowiązań

wymagalnych (wszystkie zobowiązania wraz z odsetkami, których termin płatności upłynął, a które nie są przedawnione lub umorzone), których wartość zwiększyła się o ponad 50 mln zł tj. o 147 proc.

Najwyższą pozycję w strukturze zobowiązań stanowią zobowiązania z tytułu pożyczek udzielonych przez jednostki samorządu terytorialnego oraz innych kredytów i pożyczek, których wartość na koniec 2012 r. wyniosła 167,4 mln zł.

Tabela 61. Struktura zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki stacjonarnej na terenie województwa lubuskiego według stanu na koniec czwartego kwartału w latach 2009-2012 (dane ostateczne po weryfikacji z MSF)

Wyszczególnienie w układzie rodzajowym	2009		2010		2011		2012	
	zobowiązania SP ZOZ w zł							
	razem	w tym wymagalne	razem	w tym wymagalne	razem	w tym wymagalne	razem	w tym wymagalne
Zobowiązania ogółem	448 713 453	34 417 683	383 104 665	30 700 087	382 083 705	42 666 761	356 838 758	85 056 374
w tym:								
Zobowiązania wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	52 689 617	302 926	42 023 883	0	30 405 294	0	23 521 059	503 436
Zobowiązania wobec Urzędu Skarbowego	4 133 645	680 940	2 922 118	0	2 864 045	0	2 970 271	0
Zobowiązania wobec PFRON	304 002	70 481	24 693	19 512	4 078	0	8 379	0
Zobowiązania z tytułu pożyczki restrukturyzacyjnej udzielonej za pośrednictwem BGK	23 557 844	0	16 871 762	0	12 754 727	0	8 546 000	0
Zobowiązania z tytułu pożyczek udzielonych przez jednostki samorządu terytorialnego	110 752 840	0	99 483 521	4 528 521	94 458 000	0	94 215 630	0
Zobowiązania z tytułu innych pożyczek i kredytów	127 429 990	0	89 458 401	0	84 279 831	0	73 225 304	0
Zobowiązania z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych	31 315 542	18 460 545	27 648 853	14 386 196	36 340 151	23 766 775	52 244 420	41 578 547
Zobowiązania z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej	4 365 732	1 955 139	4 223 269	215 127	3 207 682	667 998	4 774 905	2 515 192
Zobowiązania z tytułu zużycia energii, gazu, wody	6 438 326	2 091 556	5 987 203	3 890 325	7 338 794	5 676 434	10 717 591	6 724 381
Zobowiązania z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych i in.)	13 237 952	4 382 831	16 561 136	3 923 574	20 505 971	6 727 420	23 262 684	9 163 431
Zobowiązania wobec pracowni-	0	0	0	0	0	0	0	0

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Wyszczególnienie w układzie rodzajowym	2009		2010		2011		2012	
	zobowiązania SP ZOZ w zł							
	razem	w tym wymagalne	razem	w tym wymagalne	razem	w tym wymagalne	razem	w tym wymagalne
ków z tytułu tzw. „ustawy 203”								
Inne zobowiązania wobec pracowników	14 712 079	2 102 989	13 636 536	1 555 602	15 738 918	2 201 427	10 473 209	3 018 250
Pozostałe zobowiązania publicznoprawne	2 469 394	104 783	2 043 789	0	1 698 381	0	1 377 899	216 319
Pozostałe zobowiązania cywilnoprawne	57 306 490	4 265 493	62 219 501	2 181 230	72 487 833	3 626 707	51 501 407	21 336 818
Rezerwy utworzone na zobowiązania z tyt. „ustawy 203”		0		0		0		0
Zobowiązania zakładu przekazane przez wierzycieli pierwotnych innym podmiotom		13 168 305		27 494 123		24 39 178		34 553 938

źródło: Wydział Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

Od 2009 r. do 2012 r. znacząco spadła ogólna wysokość zobowiązań:

- z tytułu innych pożyczek i kredytów – 54,20 mln zł,
- wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – o 29,10 mln zł,
- cywilnoprawnych – o 5,81 mln zł,
- wobec pracowników – o 4,24 mln zł,
- wobec Urzędu Skarbowego – o 1,16 mln zł,
- publicznoprawnych – o 1,09 mln zł.

W tym samym okresie niepokojąco wzrosła wysokość zobowiązań:

- z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych – o 20,93 mln zł,
- z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych i innych) – o 10,02 mln zł,
- z tytułu zużycia energii, gazu, wody – o 4,28 mln zł.

7.1 Finanse samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej

Analiza obejmuje samodzielne zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez wojewódzką, powiatową lub gminną jednostkę samorządu terytorialnego oraz gminę miejską na prawach powiatu.

W roku 2012 były to 22 jednostki.

Tabela 62. Finanse samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w województwie lubuskim w 2012 roku

Kod	Wyszczególnienie	Ogółem (w zł)	W tym wymagalne (w zł)
	Dział I. Aktywa		
A	Aktywa trwałe	358 126 627	
B.	Aktywa obrotowe	178 664 670	
B.I.	Zapasy	11 146 971	

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Kod	Wyszczególnienie	Ogółem (w zł)	W tym wymagalne (w zł)
B.II.	Należności krótkoterminowe	96 047 848	
B.III.	Inwestycje krótkoterminowe	59 702 366	
B.IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	11 767 485	
	Aktywa razem	536 791 297	
	Dział II. Pasywa		
A	Kapitał (fundusz) własny	16 530 861	
B	Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	520 260 436	
B.I	Rezerwy na zobowiązania	35 859 897	
B.II	Zobowiązania długoterminowe	155 154 562	
B.III	Zobowiązania krótkoterminowe	198 858 068	
B.IV.	Rozliczenia międzyokresowe	130 387 909	
	Pasywa razem	536 791 297	
	Dział III. Przychody i koszty		
A.	Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi	710 175 969	
A.I.	Przychody netto ze sprzedaży produktów	710 327 899	
A.I.1.	sprzedanych NFZ (Kasom Chorych)	683 991 743	
A.I.2.	sprzedanych pracodawcom	4 639 324	
A.I.3.	pozostałych	21 696 832	
B.	Koszty działalności operacyjnej	720 646 104	
B.I.	Amortyzacja	42 196 576	
B.II.	Zużycie materiałów i energii	186 949 963	
B.II.1	w tym materiałów	164 575 427	
B.II.2	w tym energii	22 374 536	
B.III.	Usługi obce	184 406 517	
B.III.1	remontowe	7 155 453	
B.III.2	transportowe	2 461 708	
B.III.3	medyczne obce (umowy cywilno-prawne, prace wykonane przez laboratoria itp.)	141 480 213	
B.III.4	pozostałe usługi	33 309 143	
B.IV.	Podatki i opłaty	3 147 321	
B.V.	Wynagrodzenia	243 533 840	
B.VI.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	51 744 778	
B.VII.	Pozostałe koszty rodzajowe	8 060 976	
B.VIII.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	606 133	
C.	Zysk (Strata) ze sprzedaży (A-B)	-10 470 135	
D.	Pozostałe przychody operacyjne	41 029 781	
E.	Pozostałe koszty operacyjne	11 009 547	
F.	Zysk (Strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)	19 550 099	
G.	Przychody finansowe	3 312 767	
H.	Koszty finansowe	16 440 781	
I.	Zysk (Strata) z działalności gospodarczej (F+G-H)	6 422 085	
J.	Wynik zdarzeń nadzwyczajnych (J.I.-J.II.)	-3 227 131	
K.	Zysk (Strata) brutto (I+J)	3 194 954	
N.	Zysk (Strata) netto (K-L-M)	4 356 182	
	Dział IV. Zobowiązania cz I.		
A	Zobowiązania ogółem (*)	354 012 630	
A.I	Zobowiązania przekazane w drodze cesji przez wierzycieli pierwotnych na inne podmioty	35 385 657	
A.II	Zobowiązania objęte umowami z pierwotnymi wierzycielami	75 337 363	
A.III	Pozostałe zobowiązania	243 289 610	

Kod	Wyszczególnienie	Ogółem (w zł)	W tym wymagalne (w zł)
	Dział V. Zobowiązania cz II.		
A	Zobowiązania ogółem (*)	354 012 630	79 601 138
A.I	ZUS	21 583 261	503 436
A.II	PFRON	11 701	0
A.III	Energia, gaz, woda, inne media	8 435 844	6 159 378
A.IV	Pracownicy	15 486 174	3 018 250
A.V	Pozostałe	308 495 650	69 920 074
	Dział VI. Należności		
A	Należności ogółem	96 047 848	13 082 692
A.I	Narodowy Fundusz Zdrowia	80 024 783	8 310 097
A.II	Ministerstwo Zdrowia	41 291	15 772
A.III	Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	289 415	191 092
A.IV	Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej	229 299	15 936
A.V	Pozostałe	15 463 060	4 549 795

źródło: Biuletyn statystyczny 2013, CSIOZ, dane ze sprawozdania Mz-03, szacowana ściągłość 93%

7.2 Restrukturyzacja lubuskich jednostek ochrony zdrowia

Wraz z reformą administracyjną w 1999 r. zakłady opieki zdrowotnej zyskały status samodzielnych posiadających osobowość prawną, prowadzących własną gospodarkę finansową. Ich organami założycielskimi w większości stały się samorządy (poza klinikami i szpitalami resortowymi).

Przeprowadzone reformy obejmowały przede wszystkim zmiany w finansowaniu systemu ochrony zdrowia. Mniejszy zaś nacisk położono na zmiany organizacyjne w świadczeniu usług zdrowotnych. Wciąż uważano, że system ochrony zdrowia nie jest zdolny do funkcjonowania w określonych granicach finansowych. Z biegiem czasu zaczęło panować przeświadczenie, że podejmowane próby reform są nieudolne i w celu poprawy tego stanu konieczne są kolejne zmiany. W miejsce Kas Chorych, utworzono Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jednakże wprowadzone zmiany nie wpłynęły na poprawę sytuacji poszczególnych jednostek ochrony zdrowia. W ciągu ostatnich 8 lat budżet Narodowego Funduszu Zdrowia wzrósł dwukrotnie, jakość świadczonych usług poprawiła się, jednakże z uwagi na rosnące potrzeby zdrowotne, środki te są nadal niewystarczające. Wnioskować zatem można, że deficyt środków nie jest jedyną przyczyną słabości polskiego systemu ochrony zdrowia.

Na przestrzeni lat w województwie lubuskim zachodziły zmiany organizacyjne i restrukturyzacyjne w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, głównie w szpitalach. Aktualnie (stan na 15 października 2013 r.) w województwie lubuskim funkcjonuje 12 szpitali niepublicznych, które powstały na bazie publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Jako pierwsze przekształciły się szpitale w Skwierzynie (2001 r.) i Żarach (2002 r.). W 2001 r. nastąpiło połączenie SP ZOZ w Lubsku i Żarach, w wyniku czego rozpoczął działalność Powiatowy SP ZOZ w Żarach. Następnie na bazie szpitala wyodrębnionego z Powiatowego SP ZOZ w Żarach w 2002 r. rozpoczął działalność NZOZ „Szpital na Wyspie” w Żarach, a w Powiatowym SP ZOZ

w Żarach pozostała jedynie opieka ambulatoryjna (Powiatowy SP ZOZ w Żarach zakończył działalność medyczną w 2007 r.).

W latach 2006-2008 przekształcono kolejne 3 szpitale – we Wschowie (2006 r.), w Kostrzynie nad Odrą (2007 r.) i w Świebodzinie (2007/2008 r.).

7.2.1 Program rządowy – Plan B

W 2008 r. rząd przygotował ustawę, która przewidywała, że wszystkie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej przekształcone zostaną w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej prowadzone przez spółki prawa handlowego. Sejmowa większość nie była w stanie odrzucić weta, jakie zgłosił do tej ustawy prezydent. Rząd był jednak zdeterminowany, by wprowadzić zmiany w systemie. Tak powstał program wieloletni „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, zwany również „Planem B”. Decyzja o przystąpieniu do programu należała do organu założycielskiego.

Program wspierający jednostki samorządu w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia realizowany był w latach 2009-2011. Samorządy, które przekształciły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, mogły ubiegać się o pomoc finansową z budżetu państwa.

Zmiana organizacyjno-prawna zakładu opieki zdrowotnej polegała na powołaniu zupełnie nowego podmiotu przy jednoczesnej likwidacji starego. Proces ten następował w warunkach niezależności dwóch podmiotów bez wystąpienia między nimi następstwa prawnego, przy jednoczesnym zapewnieniu ciągłości świadczeń medycznych. Przy likwidacji zakład opieki zdrowotnej, jego zobowiązania stawały się zobowiązaniami samorządu. Były to niebagatelne kwoty, wygenerowane przez jednostki funkcjonujące w formule samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W opinii twórców programu, funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej utworzonego i prowadzonego przez spółkę dawało wiele korzyści, m.in.: przejrzysty nadzór właścicielski, efektywny sposób zarządzania, dyscyplinę finansową, łatwość pozyskiwania środków finansowych z zewnątrz. Spółka kapitałowa zagrożona niewypłacalnością mogła skorzystać z przepisów o postępowaniu naprawczym, natomiast w przypadku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej było to niemożliwe.

Największe wątpliwości przeciwników Planu B związane były z prywatyzacją systemu ochrony zdrowia w Polsce. Obawiano się, że opieka szpitalna dostępna będzie tylko dla tych, których będzie na to stać. Niemniej jednak należy pamiętać, że niepubliczny zakład opieki zdrowotnej założony i prowadzony jest przez spółkę prawa handlowego, w której 100 procent udziałów posiada samorząd. Nie ma więc zagrożenia ograniczenia dostępności do świadczeń medycznych w powołanych niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

By zachęcić samorządowców do przystąpienia do programu, rząd zaproponował pomoc w formie dotacji z budżetu państwa w wysokości:

- zobowiązań publicznoprawnych (wobec ZUS, Urzędu Skarbowego itp.) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przejętych przez jednostki samorządu terytorialnego według stanu na dzień zakończenia likwidacji, jednak nie większej niż kwota zobowiązań znana na dzień 31 grudnia 2008 r.,
- zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych na restrukturyzację publicznych zakładów opieki zdrowotnej pozostałych do spłaty na dzień 31 grudnia 2008 r.,
- podatku od towarów i usług uiszczanego od wniesionego przez jednostkę samorządu terytorialnego aportu do nowo powołanej spółki kapitałowej.

Na mocy planu B na terenie województwa lubuskiego przekształciło się kolejnych 5 szpitali publicznych – w Szprotawie (2009/2010 r.), w Krośnie Odrzańskim (2009/2010 r.), w Dreźnie (2010 r.), w Torzymiu – jako pierwszy szpital o zasięgu wojewódzkim (2010/2011 r.) i w Słubicach (2011 r.). Ponadto w 2010 r. zlikwidowany został SP ZOZ w Żaganiu, a świadczenia medyczne przejął 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach (z filią w Żaganiu).

Szpital w Torzymiu

Zarząd i Sejmik Województwa Lubuskiego już w kwietniu 2009 r. podjęły decyzję o przystąpieniu do programu „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” pięciu największych jednostek ochrony zdrowia, dla których organem założycielskim było województwo lubuskie.

Na mocy Programu we wrześniu 2010 r. utworzona została spółka pod nazwą Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o., która 1 stycznia 2011 r. rozpoczęła działalność medyczną po zlikwidowanym samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

Obecnie spółka rozwija się, odnotowuje dodatni wynik finansowy i rozszerza wachlarz świadczonych usług. W celu pełnego wykorzystania posiadanego potencjału, strategia funkcjonowania zakłada z jednej strony świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, z drugiej zaś generowanie przychodów z tytułu odpłatnych świadczeń zdrowotnych. To podejście ma na celu uzyskanie rentowności prowadzonej działalności Spółki, jak również wysokiej jakości świadczonych usług przy optymalnym wykorzystaniu istniejących zasobów. Jednym ze strategicznych kierunków rozwoju Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu Sp. z o.o., w ramach rozwoju opieki zdrowotnej województwa lubuskiego jest przyjęcie przez szpital roli Centrum Pulmonologii.

7.2.2 Ustawa o działalności leczniczej

Po zakończeniu obowiązywania przepisów związanych z Programem rządowym „Plan B” wspierającym jednostki samorządu terytorialnego w stabilizacji sytuacji w ochronie zdrowia, przyjęto ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która weszła w życie 1 lipca 2011 r.

i po kilku nowelizacjach obowiązuje do tej pory. Nowe regulacje nie pozwalają tworzyć nowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (wyjątkiem jest utworzenie sp zoz-u jedynie w wyniku połączenia już istniejących podmiotów) i zachęcają samorzady do zmian formy organizacyjno-prawnej istniejących zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego. W odróżnieniu do Planu B, ustawa o działalności leczniczej nie wskazuje konieczności likwidowania przekształcanej jednostki. Ustawa zakłada, że przyszła spółka będzie następcą prawnym przekształcanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Bilans zamknięcia sp zoz będzie, po uwzględnieniu wnoszonego przez samorząd majątku, bilansem otwarcia nowej spółki.

Zachętą do przekształceń jest możliwość otrzymania z budżetu państwa dotacji celowej. Ustawa określa wskaźnik zadłużenia sp zoz. Jeżeli dana jednostka przekroczy wskaźnik, samorząd – przekształcając ją – musi przejść od jednostki część zobowiązań. Warunkami otrzymania dotacji są:

- zawarcie ugody z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych podmiotu tworzącego przejętych od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, obejmującej co najmniej częściowe umorzenie tych zobowiązań lub odsetek od nich,
- istnienie w dniu przekształcenia przejętych przez podmiot tworzący zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, lub
- uiszczenie przez podmiot tworzący, który przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, podatku od towarów i usług od wniesionego do tej spółki aportu, lub
- istnienie w dniu przekształcenia zobowiązania wynikającego z pożyczki udzielonej przez podmiot tworzący samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej do dnia 31 grudnia 2009 r., lub
- poniesienie kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości w sposób, o którym mowa w art. 82 ust. 1 i 2, lub
- spłata przez podmiot tworzący, który przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, kredytów bankowych zaciągniętych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej poręczonych przez ten podmiot, dokonana do dnia 31 grudnia 2009 r.

Dodatkowo można ubiegać się o umorzenie zobowiązań:

- z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych,
- z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne,
- wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- z tytułu:

- a) opłat za gospodarcze korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów o ochronie i kształtowaniu środowiska,
- b) opłat za korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów Prawa ochrony środowiska,
- c) opłat za szczególne korzystanie z wód w rozumieniu przepisów Prawa wodnego
- stanowiących przychody Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, wojewódzkich funduszy ochrony środowiska i gospodarki wodnej oraz dochody budżetów powiatów i budżetów gmin, niezależnie od tego, na rachunek bankowy którego organu administracji publicznej opłaty te powinny być wpłacone przez zakład, z zastrzeżeniem art. 195,
- z tytułu administracyjnych kar pieniężnych określonych w przepisach ustaw wymienionych w pkt 4,
- z tytułu opłat za użytkowanie wieczyste gruntów Skarbu Państwa w części stanowiącej dochód budżetu państwa,
- z tytułu odsetek za zwłokę, opłaty prolongacyjnej, opłaty dodatkowej, kosztów upomnienia, od zaległości wymienionych w pkt 1-6.

We wrześniu 2013 r. w oparciu o ustawę o działalności leczniczej przekształciły się:

- Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim w Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
- SP ZOZ Międzyrzecz w Szpital Międzyrzecki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

Szpital w Gorzowie Wlkp.

W rozwiązaniach zaproponowanych przez ustawodawcę samorząd województwa upatrywał szansy na uzdrowienie sytuacji w SP Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp., gdzie zobowiązania wraz z rezerwami i rozliczeniami międzyokresowymi sięgnęły ponad 270 mln zł, przy rocznym kontrakcie wynoszącym ponad 190 mln zł.

2 lipca 2012 r. Sejmik Województwa Lubuskiego podjął uchwałę intencyjną w sprawie przekształcenia SP Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. w spółkę z o.o. Zaraz po tym rozpoczęły się – zarówno w szpitalu, jak i w urzędzie marszałkowskim – prace związane z tą operacją. Po zebraniu opinii związków zawodowych, zarówno działających w szpitalu, jak i trzech reprezentatywnych ogólnopolskich oraz rady społecznej szpitala, w lutym 2013 r. podjęto uchwałę o przekształceniu, mimo niechęci i oporu wielu środowisk. Zarząd Województwa Lubuskiego stał na stanowisku, że jedynym ratunkiem dla jednostki jest jej przekształcenie. Takie rozwiązanie wskazała także Najwyższa Izba Kontroli w swoim wystąpieniu z dnia 28 czerwca 2012 r. „(...) samodzielna spłata zobowiązań Szpitala w oparciu o uzyskane przychody z działalności podstawowej nie jest realna i w ocenie NIK wymagała będzie pomocy organu założycielskiego i/lub państwa”.

Od końca 2012 r. konta jednostki zaczęły być zajmowane przez komornika. Zgodnie z prawem, co miesiąc komornik przejmował jedną czwartą wartości kontraktu. Taka sytuacja

powodowała, że już w marcu 2013 r. szpital miał ponad 90 mln zł zobowiązań wymagalnych. Pozostawienie jednostki bez radykalnych działań mogłoby doprowadzić do jej likwidacji.

W końcu sierpnia 2013 r. Zarząd Województwa Lubuskiego podjął trzy kluczowe uchwały w sprawie zmiany formy organizacyjno-prawnej jednostki:

- w sprawie przyjęcia aktu przekształcenia SP Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.,
- w sprawie przejęcia części zobowiązań SP Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.,
- w sprawie wniesienia do nowo powoływanej spółki majątku nieruchomości w formie aportu.

Województwo przejęło zobowiązania w wysokości ponad 126 mln zł, jednocześnie wnosząc do spółki majątek w postaci nieruchomości o wartości prawie 140 mln zł. Po stronie szpitala pozostało ponad 98 mln zł zobowiązań, głównie z tytułu pożyczki udzielonej przez samorząd województwa (80 mln zł). Zarząd zdecydował o rozłożeniu spłaty pożyczki na raty na 15 lat.

6 września 2013 r. sąd rejestrowy w Zielonej Górze wpisał do rejestru spółek Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. Tym samym szpital w Gorzowie Wlkp. zaczął funkcjonować w formie spółki prawa handlowego.

7.2.3 Zmiany formy organizacyjno-prawnej jednostek ochrony zdrowia, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa lubuskiego

Ideą Samorządu Województwa Lubuskiego była zmiana formy organizacyjno-prawnej zakładów opieki zdrowotnej w celu poprawienia ich efektywności. Zauważano, iż dobrze funkcjonujący podmiot leczniczy, mimo, że formalnie stanie się on niepubliczny, znacznie lepiej i bardziej efektywnie poradzi sobie z prowadzeniem działalności statutowej niż szpital publiczny.

Samorząd Województwa Lubuskiego jest 100-procentowym udziałowcem w 2 szpitalnych spółkach: Lubuskim Szpitalu Specjalistycznym Pulmonologiczno-Kardiologicznym w Torzymiu Sp. z o.o. i Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. Ponadto jest podmiotem tworzącym dla 11 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzi również dwie jednostki budżetowe – wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

Tworzenie dwóch szpitalnych spółek odbywało się w różnych warunkach prawnych. Pierwsza z nich – szpital w Torzymiu – powoływana była na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, natomiast szpital w Gorzowie Wlkp., zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej. Niemniej jednak cel był wspólny: uzdrowienie sytuacji ekonomiczno-finansowej jednostek, co jest podstawą do prawidłowego funkcjonowania i prowadzenia działalności medycznej.

Niemniej jednak Zarząd Województwa Lubuskiego nadal będzie konsekwentnie kontynuował i inicjował nowe działania mające na celu zoptymalizowanie funkcjonowania opieki zdrowotnej na terenie województwa poprzez zmiany organizacyjno-prawne podległych jednostek. Warto zaznaczyć, że nie jest nadrzędnym celem Zarządu Województwa przekształcanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego, a poprawa jakości leczenia. Zarząd Województwa będzie podejmował wszelkie działania zmierzające do oddłużenia jednostek,

a następnie wprowadzał rozwiązania, które nie pozwolą na ponowne generowanie długów przez podmioty.

8. Strategia kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

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

Priorytety definiowane są na szczeblach ogólnopolskim oraz wojewódzkich. Priorytety centralne określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych. Centrala NFZ również tworzy wykaz priorytetów w oparciu o koszyk świadczeń gwarantowanych.

Oddziały wojewódzkie NFZ – w oparciu o priorytety centralne, uwzględniając specyfikę regionu określa zakres celów i zadań do osiągnięcia – priorytety wojewódzkie.

Tabela 63. Priorytety regionalne LOW NFZ na rok 2014 i lata następne

Priorytet (krótki opis)	Cel priorytetu i sposób jego realizacji	Mierniki służące do oceny realizacji celu
Zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych - raka piersi, raka szyjki macicy, układu pokarmowego	<p>1) Zintensyfikowanie działań w zakresie kampanii edukacyjno-informacyjnej w celu objęcia badaniami profilaktycznymi 60% populacji kwalifikującej się do wykonania świadczeń w ramach programu.</p> <p>2) W celu obniżenia współczynnika zgonów na raka szyjki macicy spowodowanego zbyt późnym zgłaszaniem się na badanie w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy. Objęcie 40% populacji kwalifikującej się na badania profilaktyczne.</p> <p>3) Zapewnienie dostępności do diagnostyki ambulatoryjnej w kierunku chorób układu pokarmowego poprzez zakontraktowanie w każdym powiecie przynajmniej 1 pracowni badań endoskopowych układu pokarmowego w ramach badań kosztochłonnych (kolonoskopia i gastroskopia), pozwoli to na ograniczenie świadczeń realizowanych w tym zakresie w warunkach szpitalnych, a także na szybkie wdrożenie niezbędnego leczenia w przypadku potwierdzenie</p>	<p>1) Utrzymanie tendencji wzrostowej w zakresie zgłaszalności kobiet do programu profilaktyki raka piersi (średnie objęcie populacji w 2012 r. kształtowało się na poziomie 51,9% natomiast w okresie styczeń-czerwiec 2013 r. kształtuje się na poziomie 52,7%- dane SIMP). Przy takiej dynamice zakłada się osiągnięcie 60% objęcia populacji programem w 2016 r.</p> <p>2) Utrzymanie systematycznego wzrostu liczby kobiet objętych programem. Biorąc pod uwagę dynamikę zmian, należy założyć, że 40% objęcia populacji zostanie osiągnięte najwcześniej w roku 2016. W roku 2014 wskaźnik ten powinien wynieść około 30%, w roku 2015 powinien wzrosnąć o kolejne 5% i docelowo w roku 2016 wynieść 40%.</p> <p>3) Co najmniej 1 pracownia badań endoskopowych układu pokarmowego (kolonoskopia, gastroskopia) w każdym powiecie. Zlikwidowanie kolejek oczekujących na badania kolonoskopii i gastrokopii (maksymalne wykorzystanie potencjału świadczeniodawców) zwiększenie nakładów dotyczących realizacji badań.</p>

	zmian chorobowych.	
Zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.	Zapewnienie optymalnego dostępu do badań w kierunku wykrywania chorób układu oddechowego zachęcenie placówek POZ do zawarcia umów w zakresie programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) - etap podstawowy.	Zakontraktowanie co najmniej jednej placówki realizującej program na poziomie powiatu.
Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem	Obniżenie współczynnika zgonów niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych do średniej krajowej. W tym celu zwiększone zostaną nakłady na finansowanie badań prenatalnych, świadczenia z zakresu ginekologii i położnictwa, w tym poprawę dostępności do tych świadczeń oraz ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne dla dzieci.	Współczynnik zgonów niemowląt na 1 tys. urodzeń w 2011 r. w województwie lubuskim wyniósł 5,6 w 2012 r. wyniósł 6,0 (wg GUS). W województwie lubuskim utrzymuje się tendencja wzrostowa, a wskaźnik jest wyższy niż w kraju, który wynosi 4,6. W celu poprawy sytuacji zwiększeniu ulegną: nakłady na finansowanie badań prenatalnych, w planie zakupu świadczeń ambulatoryjne świadczenia z zakresu ginekologii i położnictwa kontraktowane będą na poziomie gminy (lub grupy niewielkich gmin), ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne dla dzieci będą kontraktowane z uwzględnieniem rzeczywistego wykonania.

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

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

Biorąc pod uwagę średnie nakłady na ubezpieczonego na przestrzeni ostatnich lat, należy stwierdzić, że w województwie lubuskim powoli następuje wyrównanie do średniej krajowej. Choć nadal są one poniżej średniej z jednej z ostatnich pozycji w roku 2008 znaleźliśmy się na pozycji 7 w roku 2013.

Tabela 64. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych na 1 mieszkańca w latach 2009-2012 (w tys. zł)

Województwo	2009	2010	2011	2012
RAZEM NFZ	1,45	1,50	1,52	1,61
Dolnośląskie	1,48	1,51	1,51	1,61
Kujawsko-Pomorskie	1,42	1,46	1,46	1,59
Lubelskie	1,41	1,46	1,49	1,60
Lubuskie	1,37	1,42	1,44	1,57
Łódzkie	1,48	1,54	1,56	1,66

Małopolskie	1,38	1,41	1,42	1,54
Mazowieckie	1,63	1,68	1,69	1,71
Opolskie	1,34	1,38	1,43	1,53
Podkarpackie	1,28	1,31	1,40	1,53
Podlaskie	1,40	1,44	1,45	1,57
Pomorskie	1,47	1,49	1,48	1,56
Śląskie	1,48	1,52	1,54	1,62
Świętokrzyskie	1,39	1,46	1,52	1,64
Warmińsko-Mazurskie	1,35	1,37	1,39	1,50
Wielkopolskie	1,40	1,44	1,44	1,56
Zachodniopomorskie	1,45	1,49	1,48	1,58

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

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

Zgodnie ze stanem na 2013 r., jedynie świadczenia wysokospecjalistyczne, takie jak transplantologia, nie są dostępne na terenie województwa. Wynika to z możliwości podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa lubuskiego.

8.1 Długość oczekiwania na świadczenie zdrowotne

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

Tabela 65. Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w województwie lubuskim

Wyszczególnienie	Stan w dniu			
	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012
Liczba osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” (w osobach)	2 515	6 029	5 301	7 713
Średni czas oczekiwania (w dniach)	2,17	3,16	4,13	5,75
Liczba osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” (osoba)	72 655	82 843	84 473	106 419
Średni czas oczekiwania (w dniach)	35,65	42,85	37,40	43,19

Wyszczególnienie	Stan w dniu			
	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012
Liczba oczekujących ogółem (w osobach)	75 170	88 872	89 774	114 132
Średni czas oczekiwania (w dniach)	18,91	23,01	20,77	24,47

źródło: LOW NFZ w Zielonej Górze

Liczba oczekujących w kolejkach na świadczenia zdrowotne na koniec 2012 r. zwiększyła się w stosunku do końca roku 2009 o 38 962 pacjentów, w tym na zabiegi posiadające status „pilne” – o 5 198 osób. Średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne także się wydłużył z 18,91 dni w 2009 roku do 24,47 w 2012 roku tj. o 5,56 dni. W przypadku czasu oczekiwania na świadczenia o statusie „pilne” czas oczekiwania wydłużył się o 3,58 dni.

Tabela 66. Największa liczba oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” i średni czas oczekiwania na świadczenia na dzień 31.12.2012

Nazwa świadczeniodawcy	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej, Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny w Świebodzinie	1 175	144
Rezonans magnetyczny, Euromedic Lubuskie Centrum Medyczne w Zielonej Górze	858	33
Oddział rehabilitacji narządu ruchu, Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny w Świebodzinie	332	111
Poradnia okulistyczna, Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z o.o.	302	48
Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z o.o.	295	148
Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	268	114
Oddział neurochirurgiczny, Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	210	62
Pracownia fizjoterapii, SP ZOZ Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej w Nowej Soli	200	30
Poradnia okulistyczna, Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	195	46
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego, Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny w Świebodzinie	187	174

źródło: LOW NFZ w Zielonej Górze

Największa liczba osób oczekujących według stanu na 31 grudnia 2012 r. była na Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej w Lubuskim Ośrodku Rehabilitacyjno-Ortopedycznym w Świebodzinie – 1 175, gdzie na ten dzień średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne wynosił 144 dni, oraz w Euromedic w Zielonej Górze na rezonans magnetyczny – 858 ze średnim czasem oczekiwania 33 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. Należy również szczegółowo przeanalizować, czy kolejki na świadczenia „pilne” wynikają z oczekiwania na udzielenie świadczenia przez wybranego specjalistę, czy z niedostosowania kontraktów do potrzeb w danym zakresie.

Tabela 67. Najdłuższy czas oczekiwania i liczba oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” na dzień 31.12.2012

Nazwa świadczeniodawcy	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania
Pielęgniarska opieka długoterminowa Centrum Medyczne w Sulechowie	16	506
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	6	328
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ w Nowej Soli	6	282
Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) Okulistyczne Centrum Chirurgii NZOZ Korzeł w Gorzowie Wlkp.	21	219
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	6	184
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach	21	178
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno - Ortopedyczny w Świebodzinie	187	174
Leczenie wysiękowej postaci AMD z Zastosowaniem iniekcji doszklistych przeciwciała monoklonalnego anti-vegf Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z o.o.	7	171
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach	29	163
Rewizja po endoprotezo plastyce stawu kolanowego 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach	0	161

źródło: LOW NFZ w Zielonej Górze

8.2 Wpływ migracji na dostępność świadczeń dla mieszkańców

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

W województwie lubuskim w analizowanym okresie występowało ujemne saldo migracji pacjentów. Od 2009 roku koszty zobowiązań niemalże dwukrotnie przewyższyły wysokość należności z innych oddziałów wojewódzkich.

Tabela 68. Per saldo kosztów migracji w latach 2009-2012 (bez refundacji cen leków, w tys. zł)

Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012
Zobowiązania	125 440,85	150 600,63	172 152,83	210 622,82
Należności	78 661,27	82 108,70	96 689,31	102 607,92
Koszty migracji pacjentów - per saldo	-46 779,58	-68 491,93	-75 463,52	-108 014,90

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze, dane określone na podstawie kosztów migracji rozliczonych w danym roku.

Tabela 69. Procentowy udział należności z innych oddziałów wojewódzkich NFZ w kosztach świadczeń zakupionych przez LOW NFZ w latach 2009-2012 (w tys. zł)

Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012
Koszty świadczeń zdrowotnych	1 378 761,47	1 431 557,64	1 472 562,08	1 554 303,94
Należności od innych OW NFZ	84 248,38	88 172,86	102 183,98	107 179,31
% udział należności w kosztach świadczeń	6,11%	6,16%	6,94%	6,90%

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze, dane określone na podstawie kosztów migracji rozliczonych w danym roku.

Do głównych przyczyn migracji Lubuszan ogółem w okresie od lipca 2012 r. do czerwca 2013 r. należały:

- Nowotwory złośliwe –16%, 4 989 hospitalizacji,
- Zewnętrzne przyczyny oraz inne czynniki – 13%, 3 914 hospitalizacji,
- Choroby układu moczowo-płciowego – 8%, 2 505 hospitalizacji,
- Choroby układu krążenia – 7%, 2 266 hospitalizacji ,
- Choroby układu kostno-mięśniowego – 7%, 2 195 hospitalizacji,
- Ciąża, poród i połóg – 6%, 1 998 hospitalizacji,
- Choroby układu trawiennego – 6%, 1 890 hospitalizacji,
- Choroby układu oddechowego – 6%, 1 854 hospitalizacji
- Pozostałe – 31 %, 9 650 hospitalizacji.

W dokumencie „Kierunki rozwoju lecznictwa w zakresie onkologii i onkohematologii w województwie lubuskim na lata 2012-2020” zwraca się szczególną uwagę na wysokie koszty migracji Lubuszan na leczenie onkologiczne do innych województw. Wartość migracji mieszkańców województwa lubuskiego wyjeżdżających na leczenie onkologiczne do innych województw, według powiatów, w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w 2011 r. kształtowała się następująco: dla miasta Gorzowa Wlkp. – 511 112 zł, dla powiatu międzyrzeckiego – 451 506 zł oraz strzelecko-drezdeneckiego 448 208 zł. Najniższa wartość migracji wystąpiła w powiecie zielonogórskim – 165 346 zł oraz w Zielonej Górze 190 936 zł.

Teleradioterapia to zakres leczenia onkologicznego, na które wyjeżdża najczęściej Lubuszan. Najwyższą wartość migracji mieszkańców województwa lubuskiego na teleradioterapię do innych województw w 2011 r. zaobserwowano w Gorzowie Wlkp. – aż 2 276 130 zł, najniższą natomiast w powiecie świebodzińskim – 177 531 zł.

Z powyższej analizy wynika, że utworzenie Ośrodka Radioterapii w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Spółka z o.o. (docelowo jako części Gorzowskiego Centrum Onkologii) i rozbudowa Zakładu Radioterapii w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze przyczynią się do zwiększenia dostępności do świadczeń i wpłyną na zmniejszenie migracji pacjentów poza województwo. Ich funkcjonowanie będzie powiązane z zapleczem naukowym oraz już istniejącym potencjałem infrastrukturalnym i kadrowym. Zgodnie z Kartą Projektu w skład Ośrodka Radioterapii wchodziły będą: Zakład Radioterapii, Oddział Radioterapii (40 łóżek) oraz Poradnia Radioterapii. Utworzenie ponadregionalnego Ośrodka Radioterapii w Wielospecjalistycznym Szpitalu

Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. zapewni pacjentom kompleksową onkologiczną opiekę medyczną w zakresie leczenia onkologicznego. Obecnie nie ma takiego ośrodka w północnej części województwa lubuskiego.

Według danych LOW NFZ łączna wartość świadczeń na rzecz Lubuszan w wieku 0-18 lat leczonych w 2012 r. poza województwem lubuskim wyniosła 25,4 mln zł. Do głównych przyczyn migracji dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat z województwa lubuskiego w okresie od lipca 2012 r. do czerwca 2013 r. należały:

- choroby układu oddechowego –14%, 845 hospitalizacji,
- nowotwory złośliwe – 12%, 670 hospitalizacji,
- zewnętrzne przyczyny oraz inne czynniki – 10%, 565 hospitalizacji,
- zaburzenia wydzielania wewnętrznego – 9%, 536 hospitalizacji ,
- choroby układu trawiennego – 8%, 487 hospitalizacji,
- wady rozwojowe wrodzone – 8%, 484 hospitalizacji,
- pozostałe – 39 %, 2 319 hospitalizacji.

Wobec powyższych danych, uzasadnione jest utworzenie w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze Wielospecjalistycznego Centrum Pediatrii, które w sposób kompleksowy zabezpieczy świadczenia w tym zakresie, pozwoli na zmniejszenie migracji poza województwo lubuskie, przyczyni się do zwiększenia dostępności i podniesieniu poziomu świadczeń medycznych udzielanych najmłodszym Lubuszanom.

9. Opinie konsultantów wojewódzkich

Na potrzeby województwa lubuskiego funkcje konsultantów wojewódzkich pełni 66 specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny (stan na 12 listopada 2013 r.). 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 ich zadań należą w szczególności:

- kontrola podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego kadry medycznej oraz w zawodach mających zastosowanie w ochronie zdrowia w zakresie wynikającym z programów kształcenia,
- kontrola dostępności do świadczeń zdrowotnych,
- kontrola wyposażenia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w aparaturę i sprzęt medyczny oraz pokrewny i kontrola ich efektywnego wykorzystania w realizacji zadań dydaktycznych,
- informowanie właściwych organów i podmiotów tworzących o stwierdzonych uchybieniach oraz powiadamianie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o incydentach medycznych lub nieprawidłowościach w zakresie wyrobów medycznych i pozostałych wyszczególnionych w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679),

- 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,
- wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków,
- opiniowanie w zakresie wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych i innych wymienionych w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych, na wniosek Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych,
- sporządzanie rocznych raportów z wykonywania zadań w zakresie obejmującym reprezentowaną przez właściwego konsultanta dziedzinę medycyny.

Przedmiotowe raporty z działalności konsultantów medycznych obejmują analizę: dostępności do świadczeń, poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych, kadry medycznej i szkoleń kadry, infrastruktury, sprzętu i aparatury medycznej oraz kontraktów zawieranych z NFZ.

9.1 Opinie w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych

Ocena konsultantów z poszczególnych specjalności pod kątem dostępności do świadczeń zdrowotnych wskazuje na niewystarczającą liczbę poradni lub miejsc na oddziałach szpitalnych, długie okresy oczekiwania, niedostateczne wykorzystanie potencjału oddziału, niewystarczające kontrakty z LOW NFZ w zakresie:

- ortodoncji, periodontologii
- chirurgii klatki piersiowej
- chorób wewnętrznych i geriatrii
- chorób zakaźnych
- dermatologii i wenerologii
- mikrobiologii lekarskiej
- otolaryngologii i otolaryngologii dziecięcej
- rehabilitacji medycznej i fizjoterapii
- alergologii
- chirurgii onkologicznej
- onkologii klinicznej (niezbędne działania w kierunku poprawy dostępności do badania NMR)
- radioterapii onkologicznej (w regionie gorzowskim brak ośrodka radioterapeutycznego)
- reumatologii (do zrealizowania poprawa dostępu do badań wysokospecjalistycznych i specjalistów)
- medycyny ratunkowej (konieczność zwiększenia ilości zespołów ratownictwa medycznego wraz z rozśrodkowaniem miejsca ich wyczekiwania w celu skrócenia czasu dojazdu do oddalonych miejsc rejonu operacyjnego)

- neurochirurgii (w Zielonej Górze czas oczekiwania na leczenie na oddziale wynosi ok. 3 lat)
- okulistyki (problemem w zapewnieniu okulistycznej pomocy doraźnej dla dorosłych i dzieci)
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu (oddział zielonogórskiego szpitala pełni funkcję oddziału pourazowego narządu ruchu, co wydłuża czas oczekiwania zabiegów planowych do nawet 3 lat)
- psychiatrii (brak hosteli, oddziałów dziennych, zespołów leczenia środowiskowego oraz konieczne jest uruchomienie przynajmniej dwóch poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w Gorzowie Wlkp. i Zielonej Górze)
- diabetologii (kontynuacja działań mających na celu utworzenie Oddziału Diabetologii, powinny powstać 2 – po jednym w północnej i południowej części województwa)
- endokrynologii (niedostateczna liczba poradni endokrynologicznych oraz brak poradni ginekologii endokrynologicznej)
- hematologii (brak ośrodka przeszczepowego, konieczność migracji)
- kardiologii dziecięcej
- neurologii dziecięcej (wskazane utworzenie oddziału neurologii dziecięcej)
- pielęgniarstwa oraz pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych (należy poprawić dostępność do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej ze szczególnym zwróceniem uwagi na pacjentów przewlekle wentylowanych i pacjentów psychiatrycznych)
- medycyny pracy.

9.2 Opinie w zakresie poziomu udzielanych świadczeń

W zakresie podniesienia poziomu udzielanych świadczeń wskazane jest wyrównanie zróżnicowanego poziomu usług, pozyskanie deficytowej wyspecjalizowanej kadry medycznej, poprawy stanu technicznego i warunków sanitarno-epidemiologicznych w podmiotach leczniczych, poprawa organizacji pracy oraz współpracy w następujących dziedzinach:

- periodontologia
- chirurgia dziecięca (rezygnacja z własnych karettek przez niektóre szpitale, powoduje wydłużenie się czasu transportu dziecka do właściwego oddziału chirurgii dziecięcej w Zielonej Górze lub Gorzowie Wlkp.).
- chorób wewnętrznych
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu (niedostateczna baza łóżkowa oddziału rehabilitacyjnego, który mógłby odciążać oddział urazowy w procesie leczenia pooperacyjnego w szpitalu zielonogórskim)
- pielęgniarstwo przewlekle chorych i niepełnosprawnych (w niektórych podmiotach jest minimalny poziom opieki z powodu braków kadrowych)
- pielęgniarstwo ratunkowe (braki personelu oraz nieprawidłowa organizacja pracy na SOR w gorzowskim szpitalu)

- transfuzjologia kliniczna (w niektórych podmiotach brakuje lekarzy, odpowiadających za gospodarkę krwią oraz brak aktualnych procedur dotyczących krwiolecznictwa)
- medycyna pracy (braki kadry specjalistów medycyny pracy powodują zniżenie poziomu jakości udzielanych świadczeń ograniczonych do niezbędnego minimum).

9.3 Opinie w zakresie kadry medycznej

Konsultanci wojewódzcy w raportach z działalności za rok 2012 wskazali na niedobór lekarzy specjalistów, zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i stacjonarnej, w dziedzinach uznanych za priorytetowe (chirurgia onkologiczna, geriatryka, hematologia, medycyna pracy, patomorfologia, pediatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna), a także w takich dziedzinach jak: chirurgia szczękowa, choroby płuc, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, dermatologia, diabetologia, diagnostyka laboratoryjna, endokrynologia, epidemiologia, fizjoterapia, kardiologia dziecięca, mikrobiologia lekarska, neurologia, otorynolaryngologia, pielęgniarstwo, periodontologia, psychiatria, transfuzjologia kliniczna, farmacja. Konsultanci wskazują na brak finansowej motywacji do specjalizacji w określonych dziedzinach np. chirurgii ogólnej. Zauważa się również proces starzenia lekarzy i pielęgniarek (luka pokoleniowa), co wynika z braku napływu młodej kadry. Najtrudniej sytuacja wygląda w przypadku wskaźnika zatrudnienia pediatrów, który jest najniższy w kraju, mimo uznania pediatrii za specjalność deficytową. W zakresie wyszczególnionych specjalności należy podjąć działania:

- pielęgniarstwa (w lecznictwie stacjonarnym brakuje 104 etatów, konieczne jest stworzenie możliwości kształcenia zawodowego pielęgniarek w północnej części województwa)
- psychiatrii (według potrzeb NPOZP brakuje 25 lekarzy psychiatrów, 8 lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży, 49 psychologów klinicznych, 24 terapeutów zajęciowych i 16 psychoterapeutów a także pracowników socjalnych)
- radioterapii onkologicznej (niedobór 12 specjalistów)
- kardiologia dziecięca (w jednym ze szpitali brakuje 2 specjalistów)
- audiologia i foniatria (niedobór 2 specjalistów)
- medycyna pracy (istnieje potrzeba podjęcia działań na rzecz zwiększenia kadry specjalistów medycyny pracy w województwie lubuskim poprzez zachęcenie do podjęcia specjalizacji w tej dziedzinie oraz stworzenie lepszych warunków organizacyjnych do prowadzenia staży lekarskich w jednostkach akredytowanych).

9.4 Opinie w zakresie infrastruktury

W zakresie infrastruktury konsultanci wojewódzcy wskazują na konieczność wykonania pilnych remontów, wydzielenia dodatkowych miejsc, modernizacji, przeorganizowania lokalizacji niektórych oddziałów w lubuskich powiatach leczniczych w dziedzinie:

- anestezjologii i intensywnej terapii (niezbędne remonty i zwiększenie miejsc w OIOM w szpitalach wojewódzkich, szczególnie pilne są działania w Zielonej Górze ze względu na uruchomienie Centrum Urazowego)
- chirurgii klatki piersiowej (przeniesienie oddziału torakochirurgii do głównego budynku szpitala zielonogórskiego, zapewnienie pełnego zaplecza anestezjologicznego)
- rehabilitacji medycznej (konieczność zmiany lokalizacji oddziału w Międzyrzeczu oraz pilnego remontu i rozbudowy oddziału w Kostrzynie)
- transfuzjologii klinicznej (wymagane wydzielenie pracowni serologicznej ze struktur laboratorium szpitala zielonogórskiego, zapewnienie stałej obsady kadrowej)
- chirurgii onkologicznej (konieczność utworzenia Zakładu Radioterapii w gorzowskim szpitalu)
- chorób płuc (zła baza lokalowa oddziałów pulmonologicznych, szczególnie w Żaganie)
- endokrynologii (wskazane wznowienie poradni endokrynologicznej w Zielonej Górze)
- gastroenterologii
- hematologii (poprawa stanu technicznego oddziału w Zielonej Górze i utworzenia oddziału dziennego)
- kardiologii dziecięcej (konieczność uruchomienia dwóch poradni kardiologicznych dla dzieci)
- farmacji aptecznej (istnieje potrzeba pilnych remontów, modernizacji i doposażenia w brakujący sprzęt i aparaturę także na poziomie aptek szpitalnych w celu poprawy standardów lokalowych i procesu leczenia. Stworzenia pracowni leków do żywienia do- i pozajelitowego oraz pracowni leku cytostatycznego)
- diabetologii (istnieje potrzeba wyodrębnienia z funkcjonujących w obrębie Poradni Diabetologicznych w podmiotach leczniczych w Zielonej Górze Poradni Stopy Cukrzycowej i Poradni dla ciężarnych z cukrzycą jako samodzielnych jednostek oraz utworzenie takowych w północnej części województwa)
- ginekologii i położnictwa (pilnego remontu wymaga oddział w szpitalu w Zielonej Górze)
- medycyna pracy (należałoby podjąć działania rozwiązujące problemy lokalowe bazy szkoleniowej WOMP w Zielonej Górze oraz rozważyć wyposażenie placówek szkoleniowych WOMP w Gorzowie Wlkp. i Zielonej Górze w wysokiej jakości sprzęt specjalistyczny do diagnostyki chorób zawodowych i parazawodowych).

9.5 Opinie w zakresie sprzętu i aparatury medycznej

Konsultanci wojewódzcy podkreślają konieczność regularnego doposażania podmiotów leczniczych w sprzęt diagnostyczny. Jednocześnie wskazują na konieczność uzupełnienia braków szczególnie w zakresie sprzętu i aparatury medycznej w dziedzinie:

- farmacji aptecznej (konieczność regularnego doposażenia aptek szpitalnych w zakresie aparatury farmaceutycznej oraz sprzętu informatycznego)
- stomatologii zachowawczej z endodoncją

- chirurgii dziecięcej (konieczna wymiana pomp infuzyjnych oraz zakup aparatów typu „ligasure”)
- chirurgii klatki piersiowej (konieczność doposażenia sali operacyjnej)
- diagnostyki laboratoryjnej (aparatura pomiarowo-badawcza jest zróżnicowana, wymagająca wymiany na sprzęt nowszej generacji)
- kardiologii (kompletne wyposażenie oddziału w Gorzowie Wielkopolskim przy braku podstawowego sprzętu jednorazowego)
- medycyny ratunkowej (konieczność zakupu ambulansu w WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze)
- mikrobiologii lekarskiej (bezwzględne doposażenia i remontu wymaga Pracownia Bakteriologiczna w szpitalu w Torzymiu)
- neurochirurgii (zapewnienie dostępu do aparatu RTG na bloku pooperacyjnym w Gorzowie Wlkp., brak kardiomonitorów)
- neurologii (doposażenie w kardiomonitorów, pompy infuzyjne, aparaty Holtera, EEG i ciśnienia krwi pododdziałów udarowych w Nowej Soli, Zielonej Górze, Gorzowie i Żarach)
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu (konieczność wymiany zamortyzowanego podstawowego sprzętu medycznego oddziału zielonogórskiego, blok operacyjny w Słubicach wraz z infrastrukturą wymaga pilnych nakładów finansowych, oddziały szpitali powiatowych są niedoposażone, nieprzystosowane do wykonywania świadczeń urazowych)
- otolaryngologii dziecięcej (w opiece ambulatoryjnej wymagane jest doposażenie w sprzęt endoskopowy diagnostyczny dla dzieci oraz odnowienie sprzętu operacyjnego)
- patomorfologii (zakup sprzętu do pełnej automatyzacji procesu technologicznego w Gorzowie Wielkopolskim)
- pielęgniarstwo i pielęgniarstwo przewlekle chorych i niepełnosprawnych (zaopatrzenie oddziałów szpitalnych, ZOL i ZPO w sprzęt do pielęgnacji chorych – materace przeciwoleżynowe, wózkowanny, podpórki, krążki, maty poślizgowe, podnośniki)
- psychiatrii (aparatura i sprzęt medyczny wymagają wymiany i/lub uzupełnienia)
- transfuzjologii klinicznej (zaopatrzenie w sprzęt pracowni serologicznych niedostateczne, wymiana wirówek i ciepłarek oraz zapewnienie do badań immunologicznych transfuzjologicznych mikrotestów serologicznych)
- chirurgii onkologicznej (wskazane rozszerzenie aparatury do procedur laparoskopowych w chirurgii onkologicznej oraz USG śródoperacyjnego w Zielonej Górze)
- hematologii (konieczne doposażenie oddziału w Gorzowie Wielkopolskim w kardiomonitorów, pulsoksymetri, EKG, defibrylatory, mikroskopy i wózki reanimacyjne).

9.6 Opinie w zakresie kontraktów zawieranych z NFZ

Konsultanci medyczni w większości wskazują na konieczność uzyskania większych kontraktów oraz zbyt niską wycenę procedur leczniczych i diagnostycznych (brak standardów postępowania w kontraktowanych przez NFZ procedurach, co ułatwiłoby ich prawidłową i zgodną z kosztami wycenę). Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego i poprawa dostępności powinna dotyczyć specjalności:

- Periodontologia (brak zakontraktowanych świadczeń, umowy łączone na świadczenia chirurgiczne)
- stomatologia zachowawcza z endodocją (konieczne stworzenie możliwości zawierania kontraktów specjalistycznych do realizacji praktycznego szkolenia specjalizacyjnego jednostkom kształcącym przy akceptacji NFZ wykonywania zabiegów z grupy świadczeń gwarantowanych kontraktu specjalizacyjnego w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodocją przez lekarzy odbywających szkolenie podyplomowe)
- fizjoterapia
- audiologia i foniatria
- chirurgia dziecięca (konieczna korekta wyceny procedur dziecięcych)
- chirurgia ogólna i klatki piersiowej
- choroby wewnętrzne i reumatologia
- choroby zakaźne (brak zakontraktowanych programów lekowych w Gorzowie Wlkp.)
- medycyna rodzinna (system płatności w ramach kontraktu za zarejestrowaną osobę nie sprzyja "inwestowaniu w pacjenta")
- neurochirurgia (wskazane zwiększenie kontraktu dla Lubuskiego Ośrodka Neurochirurgii i Neurotraumatologii w Zielonej Górze oraz Oddziału Neurochirurgii i Neurotraumatologii w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. w związku ze znacznym ograniczeniem dostępności do zabiegów operacyjnych)
- neurologia (poprawa wyceny punktu dla utrzymania świadczeń na poziomie średniej europejskiej)
- okulistyka (brak odpowiedniego finansowania dyżurujących oddziałów, zwiększenie wartości punktowej pozwoliłoby szpitalom na zatrudnienie odpowiedniej ilości okulistów)
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu (niski kontrakt LORO w Świebodzinie uniemożliwia zmniejszenie kolejek oczekujących, niezbędne doszacowanie kontraktów dużych ośrodków, wykonujących najwięcej drogich procedur)
- otolaryngologia (ze względu na leczenie pacjentów onkologicznych niewystarczający kontrakt oddziału zielonogórskiego – obejmuje pacjentów onkologicznych)
- pielęgniarstwo przewlekle chorych i niepełnosprawnych (niedoszacowanie stawki za osobodzień od 20% do 50%)

- diabetologia (brak finansowania edukacji diabetologicznej, zbyt niska wycena punktów, zbyt mała punktacja procedur leczenia za pomocą osobistych pomp insulinowych oraz procedur leczenia zespołu stopy cukrzycowej)
- urologia dziecięca (procedury z urologii dziecięcej są realizowane w ramach kontraktu i procedur chirurgii dziecięcej, co ogranicza rozwój urologii dziecięcej i powstanie samodzielnych oddziałów urologii dziecięcej)
- farmacja apteczna (niepokojący spadek udziału środków przeznaczonych na refundację leków i poprawę w zakresie procedury przetargowej)
- psychiatria (w celu realizacji zapisów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego konieczne jest zwiększenie nakładów NFZ na psychiatrię do min. 5 % w ogólnym budżecie).

10. Podsumowanie diagnozy lubuskiego systemu ochrony zdrowia

Mocne strony	Słabe strony
<ol style="list-style-type: none"> 1. Poprawa zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz remonty i modernizacje infrastruktury z wykorzystaniem m.in. środków unijnych. 2. Wysoki poziom świadczenia usług medycznych w większości placówek opieki zdrowotnej. 3. Nowatorskie terapie i zabiegi operacyjne. 4. Dobrze rozwinięta sieć szpitali. 5. Migracja pacjentów z innych województw do szpitali lubuskich, głównie w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień oraz w neurochirurgii, ortopedii ostrej, kardiologii i innych. 6. Zwiększająca się liczba podmiotów posiadających certyfikaty jakości. 7. Sieć szpitali niepublicznych stwarza szansę na aktywniejsze pozyskiwanie specjalistów i poszukiwanie nisz w rynku usług medycznych. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problem prawidłowego zabezpieczenia kadry medycznej. Konsultanci wojewódzcy w raportach z działalności za rok 2012 wskazali na niedobór lekarzy specjalistów, zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i stacjonarnej, w dziedzinach uznanych za priorytetowe (chirurgia onkologiczna, geriatria, hematologia, medycyna pracy, patomorfologia, pediatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna), a także w takich dziedzinach jak: chirurgia szczękowa, choroby płuc, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, dermatologia, diabetologia, diagnostyka laboratoryjna, endokrynologia, epidemiologia, fizjoterapia, kardiologia dziecięca, mikrobiologia lekarska, neurologia, otorynolaryngologia, medycyny ratunkowej, pielęgniarstwo, periodontologia, psychiatria, transfuzjologia kliniczna. 2. W niektórych dziedzinach medycyny brak chętnych do specjalizowania się (luka pokoleniowa), a także brak jednostek akredytacyjnych na terenie województwa lubuskiego. 3. Atrakcyjniejsza oferta finansowa dla kadry

	<p>medycznej za granicą, szczególnie zachęcająca do migracji bliskość granicy zachodniej.</p> <ol style="list-style-type: none">4. Utrudniony dostęp do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i specjalistycznych usług medycznych.5. Ograniczona dostępność do świadczeń z zakresu: chirurgii klatki piersiowej, pediatrii i specjalistyki dziecięcej (głównie gastrologii, reumatologii, laryngologii, neurologii, kardiologii, urologii, psychiatrii), rehabilitacji, diabetologii, hematologii, okulistyki, geriatrici, endokrynologii, chirurgii stomatologicznej, chirurgii szczękowo-twarzowej, nocnej i świątecznej opieki stomatologicznej, pielęgniarstwa i usług opiekuńczych, a także badań w neonatologii, ortopedia i traumatologia narządu ruchu.6. Niski poziom finansowania ochrony zdrowia. Zbyt niskie kontrakty z NFZ w odniesieniu do zapotrzebowania – zarówno pod względem liczby świadczeń, jak i wyceny punktowej.7. Wzrost zobowiązań niektórych szpitali.8. Konieczność przeprowadzenia remontów w obiektach szpitalnych.9. Konieczność doposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny lub wymiany na sprzęt nowszej generacji.10. Brak ośrodków klinicznych.11. Brak Bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w północnej części województwa.12. Brak możliwości kompleksowego leczenia onkologicznego (chemioterapia i radioterapia) w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. z uwagi na brak radioterapii.13. Brak szpitala dziecięcego zapewniającego kompleksowe leczenie dzieci, w szczególności szpitalnego oddziału ratunkowego i intensywnej terapii dla dzieci.14. W wyniku reorganizacji szpitali w mniejszych
--	--

	<p>miastach może dojść do ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców tych miast i okolic.</p> <p>15. Niedostateczna liczba laboratoriów (każdy szpital powinien móc korzystać z laboratorium mikrobiologicznego usytuowanego nie dalej niż w promieniu 50 km).</p> <p>16. Brak szczegółowych dokumentów kierunkowych dotyczących newralgicznych obszarów opieki zdrowotnej w województwie lubuskim (np. pulmonologia, pediatria).</p> <p>17. Brak regulacji dotyczących osób rozpoczynających specjalizację w Lubuskiem, a chcących kontynuować ją w miejscu stałego zamieszkania.</p> <p>18. Brak możliwości diagnostyki i leczenia chorób zakaźnych w północnej części województwa.</p> <p>19. Migracja pacjentów do ośrodków położonych poza województwem lubuskim.</p>
--	---

Szanse	Zagrożenia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Wzrost świadomości mieszkańców województwa lubuskiego i decydentów w zakresie utrzymania i poprawy stanu zdrowia poprzez profilaktykę i promocję zachowań prozdrowotnych. 2. Przekształcenie podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego wpływające na poprawę jakości zarządzania i zbilansowanie jednostek. 3. Utworzenie kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Zielonogórskim. 4. Tworzenie przez regionalne uczelnie wyższe kierunków nauczania wspomagających zarządzanie w ochronie zdrowia (zdrowie publiczne). 5. Rosnąca aktywność instytucji pozarządowych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Starzenie się społeczeństwa, migracje, zmniejszenie liczby mieszkańców w wieku produkcyjnym. 2. Nadumieralność mężczyzn w grupie osób aktywnych zawodowo. 3. Utrzymywanie się zbyt niskiego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w stosunku do potrzeb zdrowotnych. Starzejące się społeczeństwo wymaga zwiększonej liczby świadczeń, które w związku rozwojem medycyny i pojawianiem nowych technologii medycznych są coraz droższe. 4. Niewystarczające wykorzystanie zasobów lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. 5. Niewystarczające dostosowanie infrastruktury i organizacji systemu zdrowia do procesów

<ol style="list-style-type: none"> 6. Utworzenie Bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w północnej części województwa (wpisanie na listę kluczowych inwestycji w SRWL 2020). 7. Utworzenie Ośrodka Radioterapii w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. (docelowo jako części Gorzowskiego Centrum Onkologii) i rozbudowa Zakładu Radioterapii w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze. 8. Wdrażanie nowoczesnych technologii informatycznych wpierających zarządzanie w ochronie zdrowia oraz systemu informacji medycznej (e-zdrowie). 9. Budowa Wielospecjalistycznego Centrum Pediatrii w Zielonej Górze. 10. Uzyskanie przez gminy Łagów i Lubniewice statusu uzdrowiska. 11. Tworzenie warunków zachęcających kadrę lekarską do pracy i zamieszkania na terenie województwa lubuskiego. 12. Aktywny udział ordynatorów/ kierowników oddziałów w kształceniu wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej w ramach danych specjalizacji, szczególnie tych deficytowych. 13. Podjęcie prac nad stworzeniem regionalnego programu opieki nad matką i dzieckiem 14. Rozwój świadczeń medycznych w zakresie pediatrii na oddziałach dziecięcych w szpitalach na terenie województwa lubuskiego. 	<p>demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Pogłębianie się negatywnych tendencji epidemiologicznych dotyczących chorób cywilizacyjnych przy stabilnej obecnie sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych. 7. Wzrost zachorowalności na choroby psychiczne. 8. Zbyt duża koncentracja władz państwowych i samorządowych na medycynie naprawczej z pominięciem szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej. 9. Istnieje ryzyko, że szpitale, które w wyniku ujemnych wyników finansowych zostały przekształcone w spółki, mogą ponownie się zadłużać, co w rezultacie może prowadzić do zamknięcia niektórych szpitali i zmniejszenia dostępu do opieki zdrowotnej w terenie. 10. Zmniejszająca się liczba pielęgniarek i położnych z równoczesnym wzrostem średniej wieku pielęgniarek i położnych. 11. System kontraktowania niedający gwarancji ciągłości świadczeń.
---	---

11. Priorytetowe cele i działania

Formułując cele „Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020” uwzględniono (utrwalone w literaturze przedmiotu) czynniki wpływające na stan zdrowia człowieka oraz oszacowanie procentowego wpływu tych czynników na zdrowie ludności. Były Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Kanady Marc Lalonde w 1974 roku opracował koncepcję tzw. „pól zdrowia”

i wykazał, że stan naszego zdrowia aż w 53 procentach zależy od profilaktyki i zdrowego stylu życia. 21 procent to wpływ środowiska, następne 16 procent to nasze geny, a tylko w 10 procentach zdrowie zależy od systemu leczenia.

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

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015,
- Program Wieloletni na lata 2011-2020 "Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej",
- Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015,
- Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012-2018,
- Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych,
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015,
- Krajowy Program Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2012-2016,
- Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych,
- Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2013-2016 POLKARD.

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

Uwzględniając wszystkie powyższe dokumenty, programy, analizy i okoliczności, jako cel nadrzędny Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 wskazano:

**Wzmocnienie jakości życia poprzez poprawę zdrowia mieszkańców Województwa
Lubuskiego i zmniejszanie nierówności w zdrowiu.**

Cel ten ukierunkowany jest na wzmocnienie jakości życia i zmniejszenie nierówności w zdrowiu, ponieważ to te czynniki w dużym stopniu determinują stan zdrowia mieszkańców.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dobry stan zdrowia ma zasadnicze znaczenie dla rozwoju społeczno-ekonomicznego i odgrywa bardzo ważną rolę w życiu każdego człowieka, rodziny i społeczności. Zły stan zdrowia jest przyczyną niewykorzystywania potencjału, osobistego nieszczęścia dotkniętych nim osób oraz zmniejszenia zasobów we wszystkich sektorach. Umożliwienie ludziom sprawowania kontroli nad stanem własnego zdrowia i czynnikami, które wpływają na zdrowie, prowadzi do wzmocnienia społeczeństwa i poprawy jakości życia. Bez

aktywnego angażowania mieszkańców marnuje się wiele możliwości promowania zdrowego stylu życia oraz poprawy dobrostanu ludności. Równy dostęp do edukacji, pracy, mieszkania i godnego wynagrodzenia, sprzyja zdrowiu. Dobry poziom zdrowia przyczynia się do zwiększenia produktywności, wydajności siły roboczej i zdrowszego starzenia się społeczeństwa. Pozwala to również zmniejszyć wydatki na zasiłki chorobowe i socjalne oraz utracone wpływy podatkowe do budżetu.

Cele strategiczne

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

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

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

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

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

2. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

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

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

Kierunki zmian wyznacza Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012 nr 0 poz. 739). Jednostki zobowiązane zostały do opracowania planów strategicznych wraz z harmonogramami działań dostosowawczych do wymagań rozporządzenia.

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

W poprawie dostępności do diagnostyki oraz terapii istotnym elementem będzie osiągnięcie wskaźników kierunkowych populacji w dostępie do sprzętu i aparatury medycznej. W związku z tym jednostki powinny kontynuować poszukiwanie źródeł finansowania dokonywanych modernizacji np. w funduszach strukturalnych Unii Europejskiej, dotacjach oraz dążyć do zaplanowania inwestycji w budżecie lokalnym.

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

Kolejnym elementem wskazującym na dążenie do poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych powinno być ustawiczne zaangażowanie i kształcenie personelu w kierunku wdrażania dobrych praktyk zarządczych. Współpraca ze specjalistycznymi ośrodkami związanymi z wdrażaniem systemów jakości, oraz przenoszenie teorii na grunt praktyki stosowanej w jednostkach ochrony zdrowia, przyczyni się do upowszechniania wiedzy dotyczącej praktyk zarządczych stosowanych w placówkach. Istotnym czynnikiem wpływającym na realizację omawianej problematyki są również opracowywane programy naprawcze oraz restrukturyzacyjne w ochronie zdrowia, które uwzględniają aspekty poprawy dostępności do świadczeń. Przykładem nowych mechanizmów zarządzania jest zawieranie kontraktów menedżerskich z kierownikami jednostek.

Istotnym problemem w poprawie jakości, dostępności i ciągłości świadczeń zdrowotnych jest kwestia profesjonalnej kadry, zarówno pod kątem ilościowym jak również jakościowym. Duże zagrożenie obecnie stanowi migracja zarobkowa oraz odchodzenie personelu medycznego

do konkurencyjnych zawodów. Należy podjąć zdecydowane działania związane z systemami motywacyjnymi oraz wzrostem wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia.

3. Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

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

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

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

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.

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

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

trudną i kosztowną, a pozytywne wyniki możliwe są do uzyskania w dłuższej perspektywie czasowej. Warto jednak podejmować takie działania, gdyż prowadzą do poprawy wskaźników epidemiologicznych, a tym samym pozwalają zmniejszyć koszty absencji chorobowej i nakłady na leczenie.

5. Zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

„Najczęściej wykorzystywana definicja nierówności w zdrowiu opiera się na założeniu, że nierówności odzwierciedlają niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia, które uważane są za niesprawiedliwe. Zmniejszenie różnic zdrowotnych stanowi nakaz etyczny, akceptowany przez większość nowoczesnych społeczeństw.”¹⁶ W Polsce zmniejszanie nierówności w zdrowiu jest jednym z nadrzędnych celów Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015.

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

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

Cele operacyjne

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

Cel operacyjny 1.1.	Poprawa zdrowia kobiet w wieku rozrodczym oraz noworodków i niemowląt	Wskaźniki
Działania:	1. Respektowanie przez osoby sprawujące opiekę nad kobietą w okresie ciąży, rodzącą oraz położnicą i noworodkiem (w opiece ambulatoryjnej oraz stacjonarnej) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem. 2. Poprawa opieki przedporodowej poprzez jak najwcześniejsze objęcie opieką wszystkich kobiet ciężarnych. 3. Zwiększenie profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do	- Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych -Wskaźnik zgonów według przyczyn łącznie (w tym choroby układu krążenia, nowotwory) Dodatkowo: -Wskaźnik kobiet ciężarnych objętych

¹⁶ Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, World Health Organization 2012

	<p>dziewcząt i kobiet ciężarnych, w tym wykonywanie badań oraz uświadamianie zagrożeń, które mogą mieć wpływ na wystąpienie porodu przedwczesnego.</p> <p>4. Podjęcie działań zmierzających do zmniejszenia ryzyka zachorowań w okresie przedkoncepcyjnym jak i w czasie ciąży.</p>	<p>opieką przedporodową do ogólnej liczby rodzących</p> <p>- Wskaźnik chorobowości dzieci i młodzieży</p>
Cel operacyjny 1.2.	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. Zwiększenie liczby dzieci objętych szczepieniami zalecanymi poprzez ich promocję i wsparcie finansowe. 3. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz w ramach podstawowej lekarskiej i pielęgniarskiej opieki zdrowotnej. 4. Zapobieganie próchnicy u dzieci i młodzieży. 5. Profilaktyka zdrowotna dzieci i młodzieży w kierunku wad postawy. 6. Zapewnienie opieki wykwalifikowanych pielęgniarek medycyny szkolnej dzieciom od momentu objęcia nad nimi opieki placówek przedszkolnych, to jest od 3 roku życia. 	
Cel operacyjny 1.3.	Zmniejszenie przedwczesnej umieralności i wydłużenie średniej długości życia ze szczególnym uwzględnieniem mężczyzn oraz kobiet zamieszkałych na wsi.	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usprawnienie i rozwój wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami cywilizacyjnymi, w szczególności: chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami złośliwymi, przewlekłymi chorobami układu oddechowego i kostno-stawowego, nerwowego, przewlekłymi chorobami układu trawiennego, cukrzycą, chorobami tarczycy, układu rozrodczego, chorobami zakaźnymi, wypadkami komunikacyjnymi i samobójstwami. 2. Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska pracy i nauki. 3. Realizacja programu „Kierunki rozwoju lecznictwa w zakresie onkologii i onkohematologii w województwie lubuskim” (m.in. poprzez utworzenie Ośrodka Radioterapii w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. docelowo jako części Gorzowskiego Centrum Onkologii oraz rozbudowa Zakładu Radioterapii w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze). 	
Cel operacyjny 1.4.	Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej sprawowanej nad osobami starszymi.	

Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wspieranie rozwoju systemu usług zdrowotnych dedykowanych osobom starszym, w tym środowiskowej opieki długoterminowej. 2. Doskonalenie form opieki domowej długoterminowej nad osobami w wieku podeszłym. 3. Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia w zakresie geriatry, opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej. 4. Rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr do prowadzenia postępowania zapobiegawczego, leczniczego i usprawniającego osób w wieku podeszłym. 5. Wspieranie działań organizacji pozarządowych zajmujących się opieką zdrowotną nad osobami w wieku podeszłym. 6. Wzmocnienie współpracy pomocy społecznej z ochroną zdrowia w zakresie opieki nad osobami starszymi. 7. Rozwój form aktywizacji osób starszych i przeciwdziałanie wykluczeniu. 8. Zwiększenie dostępności do ambulatoryjnych i szpitalnych świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry i rehabilitacji. 	
Cel operacyjny 1.5.	Zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym.	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji (m.in. dowozy). 	
Cel operacyjny 1.6.	Zapewnienie właściwej opieki osobom chorym psychicznie i osobom uzależnionym.	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Lubuskiego na lata 2012-2015. 2. Realizacja Strategii Polityki Społecznej Województwa Lubuskiego oraz programów wojewódzkich w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom. 3. Realizacja Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. 	

2. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Cel operacyjny 2.1.	Poprawa jakości usług medycznych.	Wskaźniki
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dostosowanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do wymagań określonych przepisami prawa. 2. Wprowadzanie systemów jakości i standardów świadczenia 	- Liczba lekarzy i lekarzy dentystów pracujących wg

	<p>usług medycznych w ochronie zdrowia.</p> <ol style="list-style-type: none"> Wprowadzanie nowych technologii medycznych (zakup aparatów i urządzeń medycznych). Pozyskiwanie kadry specjalistycznej oraz tworzenie warunków organizacyjnych do kształcenia wyższych kadr medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy (zwiększenie rezydentur, programy stypendialne, utworzenie Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie Zielonogórskim). Przestrzeganie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcą. Rozwijanie instytucji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jako efektywnego narzędzia promocji, profilaktyki i leczenia. 	<p>podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców.</p> <p>-Liczba pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców.</p> <p>-Przeciętne miesięczne wydatki przeznaczone na zdrowie</p>
Cel operacyjny 2.2.	Poprawa organizacji świadczenia usług zdrowotnych – optymalne wykorzystanie zasobów.	<p>w przeliczeniu na 1 osobę</p> <p>w gospodarstwach domowych oraz koszt zakupu świadczeń zdrowotnych przez LOW NFZ.</p>
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> Racjonalizacja rozmieszczenia i specjalizacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą w województwie lubuskim. 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. 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). Restrukturyzacja podmiotów leczniczych. Stworzenie sieci współpracy pomiędzy jednostkami opieki zdrowotnej, w celu poprawy jakości świadczeń zdrowotnych. Rozwijanie specjalistycznych ośrodków medycznych w województwie lubuskim oraz utworzenie Ośrodka Radioterapii w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. (docelowo jako części Gorzowskiego Centrum Onkologii), rozbudowa Zakładu Radioterapii w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze, a także utworzenie Wielospecjalistycznego Centrum Pediatrii w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze. Niwelowanie dysproporcji w dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie województwa. Zmniejszanie migracji pacjentów do ośrodków położonych poza województwem lubuskim. 	<p>- Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania (w dniach) na świadczenie w województwie lubuskim.</p> <p>Dodatkowo :</p> <p>-Średnie wykorzystanie łóżek</p> <p>- Średni pobyt pacjenta</p>
Cel operacyjny 2.3.	Optymalizacja wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia.	

Działania:	<ol style="list-style-type: none"> Wykorzystanie dodatkowych, zewnętrznych źródeł finansowania działalności i rozwoju jednostek ochrony zdrowia. Analiza wyników finansowych i rentowności wykonywania świadczeń zdrowotnych. Rozwój turystyki medycznej. 	
Cel operacyjny 2.4.	Poprawa funkcjonowania systemu informacji i wiedzy o ochronie zdrowia.	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> Rozwój systemu informacji medycznej i systemów bazodanowych. Wdrażanie systemów informatycznych wspomagających zarządzanie jednostek ochrony zdrowia. Rozwój Regionalnego Systemu Informacji Medycznej – e-Zdrowie. 	

3. Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

Cel operacyjny 3.1.	Rozwój systemu ratownictwa medycznego.	Wskaźniki
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> Realizacja wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Lubuskiego. Rozwój bazy ratownictwa medycznego (Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, Centrum Urazowe dla Dzieci). Podniesienie poziomu wiedzy mieszkańców regionu w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Doskonalenie zawodowe kadr regionalnego systemu ratownictwa medycznego. Wzmocnienie współpracy oraz koordynacja działań podmiotów biorących udział w akcjach ratunkowych. 	<p>Dodatkowo:</p> <p>-Średni czas przybycia ZRM na miejsce zdarzenia</p>
Cel operacyjny 3.2.	Ograniczanie negatywnych skutków zdrowotnych narażenia na szkodliwe czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne środowiska.	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> Monitorowanie szkodliwych czynników fizycznych, chemicznych i biologicznych występujących na terenie województwa lubuskiego. Realizacja Programu Ochrony Środowiska dla Województwa Lubuskiego na lata 2012-2015 z perspektywą do 2019 roku. Realizacja Planu Gospodarki Odpadami dla Województwa Lubuskiego na lata 2012– 2017 z perspektywą do 2020 roku. Realizacja Programu Ochrony Powietrza dla m. Zielona Góra. Realizacja Programu Ochrony Powietrza dla m. Gorzów Wlkp. Realizacja Programu Ochrony Powietrza dla Strefy Lubuskiej. Realizacja założeń Strategii Energetyki Województwa 	

	Lubuskiego	
Cel operacyjny 3.3.	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 – Dobrej Praktyki Higienicznej i Produkcyjnej (GHP/GMP), Systemu Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli (HACCP). 2. Monitorowanie zanieczyszczeń mikrobiologicznych i fizykochemicznych żywności oraz materiałów do kontaktu z żywnością. 	
Cel operacyjny 3.4.	Ochrona ujęć wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi i zapobieganie skutkom jej zanieczyszczeń.	
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozwój systemów wodociągów publicznych oraz utylizacja ścieków i odpadów. 2. Prowadzenie monitoringu jakości wody przeznaczonej do spożycia. 3. Sporządzanie analiz w zakresie szacowania ryzyka zdrowotnego. 4. Systematyczne informowanie ludności o jakości wody przeznaczonej do picia. 5. Zabezpieczenie źródeł awaryjnego zaopatrzenia ludności w wodę. 	

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

Cel operacyjny 4.1.	Profilaktyka zdrowotna.	Wskaźniki
Działania:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wdrażanie specjalistycznych programów zdrowotnych mających na celu kontrolowanie czynników ryzyka w odniesieniu do osób na nie narażonych. 2. Edukacja ekologiczna. 3. Edukacja prozdrowotna dzieci i młodzieży w zakresie: profilaktyki chorób, racjonalnego odżywiania, znaczenia aktywności fizycznej, higieny osobistej i udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej oraz profilaktyki uzależnień. 	- Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn/kobiet w momencie urodzenia.
Cel operacyjny 4.2.	Promocja zdrowego stylu życia.	

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

5. Zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

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

12. Wdrażanie i ocena wyników realizacji Strategii

12.1 Podmioty wdrażające

Realizatorami Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 są:

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

Głównymi partnerami w realizacji Strategii będą:

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

12.2 Zarządzanie procesem wdrażania Strategii

Odpowiedzialność za wdrożenie Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 jako dokumentu przyjętego przez Sejmik Województwa Lubuskiego oraz nadzór nad realizacją jej zapisów leżeć będzie w kompetencjach Zarządu Województwa Lubuskiego.

Osiągnięcie założonych celów strategicznych i operacyjnych wymagać będzie współdziałania instytucji, organizacji pozarządowych i podmiotów świadczących usługi komercyjne, działających w obszarze zdrowia i odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną w województwie lubuskim. Zadania

z zakresu ochrony zdrowia realizowane są w województwie lubuskim przez szereg różnych podmiotów, stąd w celu skoordynowania realizacji poszczególnych zapisów Strategii, Zarząd Województwa Lubuskiego powoła Lubuską Radę Zdrowia, jako zespół wdrażający Lubuską Strategię Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020.

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

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

Do zadań Lubuskiej Rady Zdrowia 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 o znaczeniu regionalnym dotyczących promocji zdrowia oraz prewencji chorób;
- przygotowywanie co 2 lata sprawozdań z realizacji Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na podstawie:
 - wskaźników monitoringu,
 - bieżących opinii konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia (w zakresie potrzeb kadrowych, potrzeb w zakresie sprzętu i aparatury medycznej, poziomu świadczenia usług, i in.).

12.3 Monitoring Strategii

Ocena efektywności wdrażania prowadzona będzie w oparciu o monitoring. Celem monitoringu jest ciągła ocena postępów w realizacji Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata

2014-2020. Wykonywana będzie w taki sposób, aby zagwarantować realizację celów strategicznych i operacyjnych określonych w Strategii poprzez wdrażanie poszczególnych, zdefiniowanych działań.

Prawidłowy przebieg procesu monitorowania pozwoli w sposób regularny i usystematyzowany śledzić postępy realizacji, odpowiednio wcześniej reagować na występujące trudności i nieprawidłowości, co w konsekwencji zapewni odpowiednią jakość wdrażania i wprowadzenia na bieżąco korekt lub podjęcie innych środków zaradczych. Badanie postępu rzeczowego i finansowego w realizacji Strategii będzie odbywało się na bieżąco. Natomiast raz na 2 lata 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.

Ilość głównych wskaźników ograniczono do zamkniętej listy, która powstała w oparciu o „Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym”¹⁷, „Wskaźniki zrównoważonego rozwoju dla Polski”¹⁸. 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.

12.3.1 Wskaźniki poziomu wdrażania Strategii

Wskaźnikami poziomu wdrażania są:

1. Liczba lekarzy i lekarzy dentyków pracujących według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców.
2. Liczba pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców.

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

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

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

¹⁷ „Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym”, Biuro Projektowe UNDP w Polsce na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2012

¹⁸ „Wskaźniki zrównoważonego rozwoju dla Polski”, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Katowicach, Katowice 2011

Nazwa wskaźnika	Liczba lekarzy i lekarzy dentystów pracujących według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Pokazuje liczbę lekarzy i lekarzy dentystów pracujących w danej placówce przypadającą na 10 tysięcy ludności (stan na 31 grudnia), bez względu na rodzaj umowy, na podstawie której wykonywana jest praca (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, w tym umowa zlecenie) i wymiar czasu pracy. Pracujący lekarze, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy wg oświadczenia pracującego. Osoby te, niezależnie od wymiaru czasu pracy, są liczone raz.
Jednostka miary	osoba
Znaczenie	Zdrowie mieszkańców bezpośrednio uzależnione jest od jakości i dostępności usług medycznych. Dostęp do odpowiedniej liczby lekarzy daje szansę na uzyskanie właściwej opieki medycznej w krótkim czasie.
Pożądany kierunek zmian:	Wzrost wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS

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

Tabela 70. Personel medyczny w latach 2009-2012 na 10 tys. mieszkańców

Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
	lekarze				lekarze dentyści				pielęgniarki				położne			
POLSKA	20,7	20,6	20,9	22,1	3,1	3,2	3,3	3,2	48,7	47,9	48,4	54,9	5,8	5,8	5,8	6,3
LUBUSKIE	17,5	17,5	17,6	19,4	4,3	4,5	5,0	5,4	44,7	43,3	43,5	49,1	5,9	5,7	5,8	5,9

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

Nazwa wskaźnika	Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania (w dniach) na świadczenie w województwie lubuskim
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	<p>Średni czas oczekiwania oznacza średnią liczbę dni, jaką oczekiwały na udzielenie świadczenia osoby skreślone z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia u danego świadczeniodawcy. Czas ten świadczeniodawcy mają obowiązek obliczać zgodnie z <i>rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 123, poz. 801, z późn. zm.)</i>. Do obliczenia średniego czasu oczekiwania są brane wyłącznie informacje o osobach znajdujących się na liście oczekujących, którym w okresie ostatnich 6 miesięcy udzielono świadczenia i z tego powodu zostały z listy skreślone. Nie brane są pod uwagę informacje o osobach, którym wykonano świadczenie, a które nie są umieszczane na listach oczekujących, tj. osoby znajdujące się w momencie zgłoszenia do świadczeniodawcy w stanie nagłym oraz osoby znajdujące się w planie leczenia i wymagające okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia. Średni czas oczekiwania wynoszący 0 dni może oznaczać dwie sytuacje: świadczenia są udzielane na bieżąco lub w okresie ostatnich 6 miesięcy nikt nie został skreślony z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Należy zwracać uwagę nie tylko na średni czas oczekiwania, ale jednocześnie na liczbę osób oczekujących oraz liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.</p> <p>Kolejność pacjentów na listach oczekujących, określająca ich planowane przyjęcie, uzależniona jest od terminu zgłoszenia i kategorii medycznej, do której zostaną zakwalifikowani. Rozróżnia się kategorie na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przypadek pilny – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia, - przypadek stabilny w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny
Jednostka miary	Osoby i dni
Znaczenie	Zdrowie mieszkańców bezpośrednio uzależnione jest od jakości i dostępności usług medycznych.
Pożądany kierunek zmian:	Obniżenie liczby oczekujących oraz skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego .
Źródło danych	LOW NFZ, Ministerstwo Zdrowia

12.3.2 Wskaźniki oceny efektów realizacji Strategii

Wskaźnikami oceny efektów realizacji są:

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

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

Nazwa wskaźnika	Wskaźnik zgonów według przyczyn
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Jest to udział zgonów osób z powodu wybranych chorób (układu krążenia oraz nowotworów- razem) w ogólnej liczbie zgonów.
Jednostka miary	%
Znaczenie	Wskaźnik ten pozwala na syntetyczną ocenę stanu zdrowia społeczeństwa oraz (pośrednio) stanu ochrony zdrowia i poziomu wiedzy medycznej. Wysoki odsetek osób chorujących na nowotwory, choroby układu krążenia lub oddechowego, świadczy o złej kondycji zdrowotnej społeczeństwa i warunków życia oraz wskazuje na skuteczność służby zdrowia. Konsekwencją dużej liczby zachorowań i zgonów w wyniku chorób jest rosnące zapotrzebowanie na usługi zdrowotne. Jest to sygnał do podjęcia działań zapobiegawczych, mających na celu m.in. rozwój wiedzy medycznej oraz promujących zdrowy styl życia. Szczególnie niepokojąca jest sytuacja, gdy zgony z powodu chorób dotyczą grupy wieku znacznie poniżej granicy wyznaczonej przez przeciętne dalsze trwanie życia osób, które mogą być aktywne zawodowo (do 65 roku życia).
Pożądany kierunek zmian:	Spadek wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS

Nazwa wskaźnika	Zgony niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Pokazuje liczbę zgonów niemowląt, tj. dzieci do 1 roku życia, w relacji do liczby urodzeń żywych. Wartości ustalone według metodologii Światowej Organizacji

	Zdrowia.
Jednostka miary	promil
Znaczenie	Wskaźnik zgonów niemowląt w sposób syntetyczny odzwierciedla stan zdrowia społeczeństwa i poziom świadczeń zdrowotnych. Spadek zgonów niemowląt będzie świadczył m.in. o poprawie poziomu życia, rozwoju zachowań prozdrowotnych kobiet w ciąży, rozwoju medycyny w kierunku poprawy jakości opieki medycznej w związku z ciążą, porodem i położeniem.
Pożądaný kierunek zmian:	Spadek wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS

Nazwa wskaźnika	Współczynnik dzietności ogólnej
Obszar tematyczny	Zmiany demograficzne
Definicja	Współczynnik dzietności oznacza liczbę dzieci, które urodziłyby przeciętnie kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15-49 lat), przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłyby z intensywnością obserwowaną w badanym roku, tzn. przy przyjęciu cząstkowych współczynników płodności z tego okresu za niezmiennie.
Jednostka miary	Liczba dzieci
Znaczenie	Współczynnik dzietności jest syntetycznym miernikiem płodności określającym całkowitą płodność kobiet i intensywność urodzeń. Niska dzietność w perspektywie długookresowej prowadzi do deformacji w strukturze wieku, a w konsekwencji do niżu demograficznego. Spadek dzietności w powiązaniu z przyrostem liczby osób starszych nasila proces starzenia się społeczeństwa. W perspektywie długookresowej oznacza to m.in. powstawanie luki na rynku pracy, zachwianie systemu emerytalnego itd. Rozwój ekonomiczny i wyrównywanie dysproporcji między regionami wymaga znaczącego udziału kobiet w rynku pracy. Z tego względu w ramach polityki prorodzinnej uruchamiane są mechanizmy, które pozwolą kobietom na łączenie pracy zawodowej z realizacją planów prokreacyjnych.
Pożądaný kierunek zmian:	Wzrost wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS
Uwagi	Wskaźnik powinien przyjmować wartości z przedziału 2,10-2,15, który określa się przy istniejącej umieralności jako poziom zapewniający tzw. prostą zastępowalność pokoleń.

Nazwa wskaźnika	Urodzenia żywe na 1 tys. ludności
Obszar tematyczny	Zdrowie publiczne
Definicja	Pokazuje liczbę urodzeń żywych w stosunku do liczby ludności ogółem.
Jednostka miary	promil

Znaczenie	Wskaźnik urodzeń żywych jest istotnym narzędziem monitorowania procesów demograficznych wpływających na sytuację zdrowotną. W sposób syntetyczny odzwierciedla stan zdrowia społeczeństwa i poziom świadczeń zdrowotnych. Wzrost urodzeń żywych będzie świadczył m.in. o rozwoju zachowań prozdrowotnych kobiet w ciąży, rozwoju medycyny w kierunku poprawy jakości opieki medycznej w związku z ciążą, porodem i położeniem.
Pożądany kierunek zmian:	Wzrost wartości wskaźnika
Źródło danych	GUS

12.3.3 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. Ze względu na brak szczegółowych informacji np. na temat środków finansowych, które przeznaczane będą corocznie na ochronę zdrowia w województwie lubuskim, oszacowanie realnego tempa zmian jest trudne. Najważniejsze jest jednak zniwelowanie niekorzystnych tendencji i zbliżenie się do średniego poziomu opieki zdrowotnej w Polsce oraz Unii Europejskiej.

Tabela 71. Wskaźniki/mierniki LSOZ na lata 2014-2020

	ŹRÓDŁO	2012 WARTOŚĆ BAZOWA	2020 OCZEKIWANE ZMIANY
EFEKTYWNOŚĆ WYKORZYSTANIA ZASOBÓW			
Liczba oczekujących na świadczenia zdrowotne:	LOW NFZ		
ogółem		114 132	Obniżenie liczby oczekujących
w tym na świadczenia o statusie pilne		7 713	
Średni czas oczekiwania na świadczenia (w dniach):	LOW NFZ		
ogółem		24,47	Zmniejszenie czasu oczekiwania
w tym na świadczenia o statusie pilne		5,75	
Liczba lekarzy pracujących według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców	GUS	19,4	Wzrost liczby lekarzy i lekarzy dentystów
Liczba lekarzy dentystów pracujących według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców		5,4	
Liczba pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców	GUS	49,1	Wzrost liczby pielęgniarek i położnych
Liczba położnych podstawowej opieki zdrowotnej według podstawowego miejsca pracy na 10 tys. mieszkańców		5,9	
SYNTETYCZNY WPLYW WSZYSTKICH CZYNNIKÓW			
Przeciętne dalsze trwanie życia (lata):			
mężczyźni	GUS	72,3	74,0
kobiety		80,3	81,3
Zgony niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych (%)	GUS	6,0	Obniżenie wskaźnika
Wskaźnik zgonów na 10 tys. mieszkańców według przyczyn: choroby układu krążenia	GUS	24,7 ^a	Obniżenie wskaźników

nowotwory		40,53 ^a	
Współczynnik dzietności	GUS	1,307	1,45
Urodzenia żywe na 1 tys. mieszkańców (‰)	GUS	10,13	Wzrost wskaźnika

^a Ze względu na ograniczenia statystyczne rokiem bazowym jest 2011 r.

Źródło: opracowanie własne.

12.4 Źródła finansowania

Podstawowe źródła finansowania zadań ujętych w Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 to:

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

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

12.4.1 Środki finansowe Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Środki finansowe Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczane na zakup świadczeń zdrowotnych (pochodzące przede wszystkim ze składek na ubezpieczenie zdrowotne) stanowiąc będą w latach 2014-2020 główne źródło finansowania ochrony zdrowia oraz służyć będą realizacji celów zawartych w Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia. Mimo corocznie zwiększanych środków finansowych (z uwagi na rosnące potrzeby zdrowotne), są one nadal niewystarczające. Jednocześnie wysokość środków przeznaczanych na poszczególne świadczenia zmienia się z roku na rok.

Tabela 72. Procent składek przeznaczanych przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze na zakup świadczeń zdrowotnych w latach 2009-2012

Lata	Wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (w tys. zł)	Przychody ze składek (w tys. zł)	%
2009	1 378 761,47	1 345 509,00	102,47
2010	1 431 557,64	1 391 192,00	102,90
2011	1 472 562,08	1 494 325,00	98,54
2012	1 554 303,94	1 621 550,00	95,85

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

Analizując koszty w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych na przestrzeni lat 2009-2012, główne tendencje, jakie można stwierdzić, to przede wszystkim:

- wzrost udziału środków przeznaczanych na leczenie szpitalne, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz rehabilitację leczniczą,

- spadek udziału środków finansowych przeznaczanych na refundację leków, podstawową opiekę zdrowotną oraz leczenie stomatologiczne, a także opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień.

Tabela 73. Struktura kontraktowanych świadczeń zdrowotnych przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze w latach 2009-2012

Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012
	w %			
Koszty świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach świadczeń	100,00	100,00	100,00	100,00
podstawowa opieka zdrowotna	14,17	13,42	13,29	12,99
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	7,33	7,46	7,68	8,96
leczenie szpitalne	46,08	47,32	46,64	48,61
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	4,99	4,93	4,97	4,92
rehabilitacja lecznicza	2,95	2,76	3,09	3,12
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1,06	1,21	1,39	1,34
opieka paliatywna i hospicyjna	0,41	0,50	0,60	0,56
leczenie stomatologiczne	3,06	2,56	2,80	2,69
lecznictwo uzdrowiskowe	0,98	0,76	0,75	0,74
pomoc doraźna i transport sanitarny	0,12	0,15	0,14	0,15
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	0,27	0,24	0,32	0,29
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	2,30	2,53	2,53	2,51
zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	1,11	1,13	1,17	1,10
refundacja	14,20	14,05	14,17	10,72
koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych	0,95	0,97	0,46	1,30

Źródło: Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

W latach 2009-2010 wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przewyższało od około 2,5 % do 2,9 % przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W roku 2011 i 2012 przychody z ubezpieczenia zdrowotnego były wyższe niż koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych. Bardzo prawdopodobny w kolejnych latach spadek liczby bezrobotnych w województwie lubuskim, związany z rozwojem gospodarczym, może powodować dalszy wzrost kwot uzyskiwanych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, a tym samym wpływać na możliwości finansowania świadczeń przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zakupu świadczeń zdrowotnych.

12.4.2 Środki budżetowe samorządu województwa lubuskiego

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

Tabela 74. Wydatki z budżetu Województwa Lubuskiego na ochronę zdrowia w latach 2010-2012

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013
	wykonanie			
Ochrona zdrowia	18 274 689	11 814 145	10 645 494	111 527 765
w tym:				
szpitale ogólne	9 811 655	1 450 000	3 211 984	1 272 471
lecznictwo psychiatryczne	2 233 592	1 759 276	1 233 903	1 883 660
ratownictwo medyczne	17 000	0	0	0

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013
	wykonanie			
medycyna pracy	6 071 134	6 120 032	6 027 965	5 707 921
pozostała działalność	141 308	2 484 837	171 642	102 663 713
Wydatki budżetowe ogółem	513 350 113,35	502 206 634,50	446 772 814,13	578 337 377,11
udział wydatków na ochronę zdrowia w %	3,56	2,35	2,38	19,28

źródło: Departament Ochrony Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa

12.4.3 Własne środki finansowe samorządów powiatowych

Szczegółowe informacje dotyczące nakładów finansowych powiatów na ochronę zdrowia, w latach 2009-2012 oraz plan na rok 2013 przedstawiono w tabelach poniżej wg informacji otrzymanych z lubuskich starostw powiatowych:

Tabela 75. Nakłady finansowe w zł – POWIAT GORZOWSKI

Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2012	2013 - plan
Ogółem	0,00	0,00	73 999,56	0,00	10 000,00
Środki własne przeznaczone na ochronę zdrowia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	0,00	0,00	73 999,56	0,00	10 000,00
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

Tabela 76. Nakłady finansowe w zł – POWIAT ŻARSKI

Wyszczególnienie	2009	2010.	2011	2012	2013 - plan
Ogółem	5 373 867,58	4 591 973,60	11 379 565,75	5 208 009,72	4 088 197,00
Środki własne przeznaczone na ochronę zdrowia	4 977 058,61	4 439 796,05	626 441,44	5 063 785,83	4 088 197,00
Zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	300 000,00	0,00	0,00	0,00	50 000,00
Promocja zdrowia	886 250,50	311 997,81	334 197,39	201 821,52	16 600,00
w tym program szczepień ochronnych przeciwko HPV	846 326,13	301 517,87	323 035,00	190 617,63	0,00
Inne					
splata poręczeń i gwarancji oraz zobowiązań przejętych po zlikwidowanym PSP ZOZ	4 187 617,08	4 279 975,79	11 045 368,36	5 006 188,20	4 021 597,00
Środki z UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela 77. Nakłady finansowe w zł – POWIAT SULECIŃSKI

Wyszczególnienie	2009	2010.	2011	2012	2013 - plan
Ogółem	1 540 489,95	2 333 991,90	1 145 613,59	1 038 088,52	1 307 000,00
Środki własne przeznaczone na ochronę zdrowia	731 437,62	1 343 727,53	110 320,98	52 000,00	303 000,00
Zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt itp.)	721 727,52	1 336 727,53	80 000,00	50 000,00	300 000,00

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Promocja zdrowia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inne (NFZ)	809 052,33	990 264,37	1 035 292,61	986 088,52	1 004 000,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela 78. Nakłady finansowe w zł – POWIAT ZIELONOGÓRSKI

Wyszczególnienie	2009	2010.	2011	2012	2013 - plan
Ogółem	11 832 179,69	9 013 335,22	214 594,61	35 000,00	170 059,00
Środki własne przeznaczone na ochronę zdrowia	40 000,00	30 000,00	0,00	0,00	0,00
Zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt, itp.)	11 792 179,69	8 983 335,22	214 594,61	35 000,00	150 000,00
	w kwocie tej ujęta jest kwota zł stanowiąca środki UE na realizację zadania inwestycyjnego	w kwocie tej ujęta jest kwota zł stanowiąca środki UE na realizację zadania inwestycyjnego			
Promocja zdrowia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inne	3 773 027,34	4 957 377,16	0,00	0,00	20 059,00
					pokrycie ujemnego wyniku finansowego SPZOZ w Wojnowie
Środki UE	8 019 152,35	4 025 958,06	0,00	0,00	0,00

Tabela 79. Nakłady finansowe w zł – POWIAT KROŚNIENSKI

Wyszczególnienie	2009	2010.	2011	2012	2013 - plan
Ogółem	406 656,00	156 850,00	1 206 086,50	83 160,00	85 260,00
Środki własne przeznaczone na ochronę zdrowia	406 656,00	156 850,00	1 206 086,50	83 160,00	85 260,00
Zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt, itp.)	281 000,00	0,00	1 098 456,50	0,00	0,00
Promocja zdrowia program szczepień ochronnych przeciwko HPV	125 656,00	156 850,00	107 630,00	83 160,00	85 260,00
Inne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela 80. Nakłady finansowe w zł – POWIAT MIĘDZYRZECKI

Wyszczególnienie	2009	2010.	2011	2012	2013 - plan
Ogółem	125 000,00	40 000,00	561 161,29	309 500,00	203 900,00
Środki własne	125 000,00	40 000,00	561 161,29	309 500,00	203 900,00
Zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt, itp.)	125 000,00	40 000,00	561 161,29	300 000,00	200 000,00
Promocja zdrowia	0,00	0,00	0,00	9 500,00	3 900,00
Inne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela 81. Nakłady finansowe w zł – POWIAT NOWOSOLSKI

Wyszczególnienie	2009	2010.	2011	2012	2013 - plan
------------------	------	-------	------	------	-------------

Ogółem	16 960,00	15 914,00	24 780,00	22 500,00	25 000,00
Środki własne	16 960,00	15 914,00	24 780,00	22 500,00	25 000,00
Zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt, itp.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Promocja zdrowia	12 960,00	10 914,00	19 780,00	18 500,00	20 000,00
Inne	4 000,00	5 000,00	5 00,00	4 000,00	5 000,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela 82. Nakłady finansowe w zł – POWIAT STRZELECKO-DREZDENECKI

Wyszczególnienie	2009	2010.	2011	2012	2013 - plan
Ogółem	2 302 733,25	4 532 168,40	2 943 370,63	15 992,00	16 000,00
Środki własne	2 302 733,25	4 532 168,40	2 943 370,63	15 992,00	16 000,00
Zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt, itp.)	2 265 243,05	4 503 124,00	0,00	0,00	0,00
Promocja zdrowia	37 490,20	29 044,40	28 814,60	15 992,00	0,00
Inne	0,00	0,00	2 914 556,03	0,00	0,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela 83. Nakłady finansowe w zł – POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI

Wyszczególnienie	2009	2010.	2011	2012	2013 - plan
Ogółem	65 004,08	58 447,73 zł	7 746,20	6 623,23	6 000,00
Środki własne	65 004,08	58 447,73	7 746,20	6 623,23	6 000,00
Zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt, itp.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Promocja zdrowia	41 996,00	42 310,44	1 000,00	6 360,00	6 000,00
Inne	23 008,08	16 137,29	6 746,20	263,23	0,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela 84. Nakłady finansowe w zł – POWIAT ŻAGAŃSKI

Wyszczególnienie	2009	2010.	2011	2012	2013 - plan
Ogółem	4 565 153,00	3 663 506,00	440 645,00	102 914,00	538 307,00
Środki własne	2 865 153,00	3 663 506,00	440 645,00	102 914,00	538 307,00
Zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt, itp.)	1 267 048,00	3 235 934,00	254 694,00	33 272,00	500 007,00
Promocja zdrowia	56 770,00	102 406,00	96 605,00	69 604,00	38 300,00
Inne	1 541 335,00	325 166,00	89 346,00	38,00	0,00
Środki UE	1 700 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela 85. Nakłady finansowe w zł – POWIAT SŁUBICKI

Wyszczególnienie	2009	2010.	2011	2012	2013 - plan
Ogółem	3 685 076,21	518 910,00	16 441 172,86	756 228,91	513 600,00
Środki własne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt, itp.)	1 423 134,29	18 910,00	1 975 116,09	0,00	0,00
Promocja zdrowia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inne	98 670,00	500 000,00	14 466 056,77	756 228,91	513 600,00
Środki UE	2 163 271,92	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela 86. Nakłady finansowe w zł – POWIAT WSCHOWSKI

Wyszczególnienie	2009	2010.	2011	2012	2013 - plan
Ogółem:	39 457,10	7 100,00	18 845,00	15 549,87	3 000,00
Środki własne	10 000,00	7 100,00	18 845,00	14 250,00	0,00
Zadania inwestycyjne (remonty, modernizacje, sprzęt, itp.)	29 457,10	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	1 299, 87	3 000,00
Środki UE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

12.4.3 Środki pochodzące z Unii Europejskiej

W ramach Lubuskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013 realizowane były inwestycje, których celem była poprawa funkcjonowania zakładów opieki poprzez modernizację obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia, w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa.

Beneficjentem środków unijnych mógł być podmiot dostarczający świadczeń gwarantowanych w ramach kontraktu z instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne (np. NFZ). Projekty z obszaru ochrony zdrowia realizowane były 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 2005-2013.

W ramach Lubuskiego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013 zrealizowano 33 projekty z zakresu ochrony zdrowia. Ze środków programu zakupiono nowoczesny, wyskoscjalicystyczny sprzęt m.in. cyfrowe aparaty rentgenowskie, gamma-kamerę, rezonans magnetyczny oraz dokonano modernizacji oddziałów i termomodernizacji budynków. Wartość dofinansowania wyniosła 125 285 423,46 zł (stan na 30 sierpnia 2013 r.).

Tabela 87. Projekty w zakresie ochrony zdrowia w województwie lubuskim realizowane ze środków LRPO 2007-2013

Lp.	Tytuł projektu (termin realizacji)	Nazwa beneficjenta	Wartość ogółem	Dofinansowanie
1	Lubuska Sieć Teleradiologii e-zdrowie w diagnostyce obrazowej (2008-2013)	Uniwersytet Zielonogórski	19 328 932,36	15 013 539,88
2	Lubuskie e-Zdrowie (2011-2014)	Województwo Lubuskie	5 994 333,33	5 094 333,33
3	Najwyższy standard usług w zakresie diagnostyki obrazowej poprzez wdrożenie elektronicznego systemu obiegu i przetwarzania informacji w Szpitalu w Drezdenku – jako element tworzenia infrastruktury społeczeństwa informacyjnego (2011-2013)	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	969 326,00	822 672,40
4	Rozbudowa infrastruktury informatycznej i okablowania strukturalnego w celu poprawy jakości obsługi pacjentów, dostępności do e-usług medycznych oraz bezpieczeństwa Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu (2011-2013)	Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu	1 206 163,69	1 025 238,00

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Lp.	Tytuł projektu (termin realizacji)	Nazwa beneficjenta	Wartość ogółem	Dofinansowanie
5	Budowa technologii informacyjnych i komunikacyjnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Zielonej Górze (2013)	Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze	1 960 912,67	1 666 775,76
6	Modernizacja spalarni do termicznego unieszkodliwiania odpadów (2008-2010)	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.	6 012 585,40	5 100 000,00
7	Termomodernizacja budynków szpitalnych w SPZOZ w Dreźnie (2009-2010)	Powiat Strzelecko-Drezdenecki	1 561 183,07	1 129 302,92
8	Termomodernizacja budynku Szpitala Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu (2010-2012)	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu	1 857 101,49	1 137 274,98
9	Wolnostojąca instalacja solarna do podgrzewu ciepłej wody użytkowej (2008-2011)	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	2 920 310,87	2 444 871,74
10	Modernizacja systemu grzewczego z wykorzystaniem kolektorów słonecznych w budynku "L" Szpitala Wojewódzkiego SP ZOZ w Zielonej Górze (2008-2011)	Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze	606 543,96	496 481,85
11	Termomodernizacja Budynków nr 2, 3, 4 oraz 23 Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego SP ZOZ w Torzymiu z przeznaczeniem na oddziały szpitalne, izbę przyjęć i pracownie diagnostyczne (2009-2011)	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny SP ZOZ w Torzymiu	3 920 103,80	3 145 078,59
12	Termomodernizacja Wielospecjalistycznego Szpitala Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Nowa Sól (2008-2012)	Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli	5 373 838,01	2 644 317,33
13	Termomodernizacja ciepłowniczych sieci przesyłowych wielospecjalistycznego szpitala w Nowej Soli (2010-2012)	Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli	1 548 442,33	1 262 926,03
14	Termomodernizacja obiektów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Ciburzu (2009-2013)	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciburzu	8 272 578,84	6 703 984,78
15	Termomodernizacja budynków wraz z wykorzystaniem odnawialnych źródeł energii w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu (2009-2010)	Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu	9 282 839,83	7 881 277,68
16	Termomodernizacja-redukcja infiltracji powietrza oraz zastosowanie zwrotu kondensatu (2010-2012)	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	1 686 801,06	1 166 306,16
17	Termomodernizacja - preizolacja sieci ciepłowniczej (2009-2012).	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	2 721 361,72	2 240 309,72
18	Modernizacja pracowni diagnostyki obrazowej, wymiana sprzętu i adaptacja pomieszczeń. (2009)	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny SP ZOZ w Torzymiu	2 005 687,76	1 677 917,34
19	Dostosowanie zakładu opieki zdrowotnej do wymagań prawnych poprzez rozbudowę i modernizację budynku WOMP w Zielonej Górze (2007-2010)	Województwo Lubuskie	974 593,36	728 184,46

Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Lp.	Tytuł projektu (termin realizacji)	Nazwa beneficjenta	Wartość ogółem	Dofinansowanie
20	Modernizacja SPZOZ w Sulęcinie w zakresie Bloku Operacyjnego, Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem Onkologicznym i Poradni Specjalistycznych (2007-2010)	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	21 327 935,58	16 785 112,35
21	Remont i modernizacja Oddziału Ortopedii Onkologicznej LORO SP ZOZ w Świebodzinie (2009)	Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny SP ZOZ w Świebodzinie	1 145 390,81	909 315,03
22	Nowoczesny szpital. Poprawa jakości i dostępności do usług specjalistycznych dla Lubuszan z zachodniej części województwa (2009)	Powiat Słubicki	2 545 025,79	2 163 271,92
23	Modernizacja Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Drezdenku (2007-2010)	Powiat Strzelecko - Drezdenecki	11 689 946,86	5 388 064,07
24	Rozszerzenie zakresu procedur medycznych poprzez zakup Ramienia C oraz sprzętu endoskopowego dla Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Urazowo - Ortopedycznym SPZOZ w Drezdenku (2009)	Powiat Strzelecko - Drezdenecki	945 406,73	803 595,72
25	Zakup tomografu komputerowego dla Zakładu Diagnostyki Obrazowej Szpitala Wojewódzkiego SP ZOZ w Zielonej Górze.(2008-2009)	Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze	3 933 311,09	3 341 240,42
26	Zakup cyfrowego aparatu RTG jako element budowy systemu teleradiologii i sprzętu do endoskopii w szpitalu powiatowym w Żaganiu. (2009)	Powiat Żagański	2 145 497,71	1 700 000,00
27	Modernizacja szpitala w Sulechowie poprzez rozbudowę w celu dostosowania do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa. (2008-2010)	Powiat Zielonogórski	20 463 491,19	12 063 257,88
28	Modernizacja Zakładu Radiologii poprzez zakup nowoczesnych aparatów rentgenowskich dla Wielospecjalistycznego Szpitala Samodzielnego Publicznego ZOZ w Nowej Soli (2009)	Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli	1 210 078,00	1 018 300,00
29	Utworzenie Lubuskiego Ośrodka Neurochirurgii i Neurotraumatologii w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej Górze (2007-2009)	Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze	11 967 940,10	8 272 163,46
30	Zakup aparatu RTG i remont pomieszczeń pracowni RTG w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SP ZOZ w Ciburzu (2009)	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciburzu	1 408 218,27	1 194 077,16
31	Utworzenie Regionalnego Ośrodka Neuronawigacji w Terapii i Diagnostyce Centralnego Układu Nerwowego i Kręgosłupa (2009)	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	2 863 162,21	2 125 000,00
32	Zakup gamma-kamery. (2009)	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	1 524 613,00	1 295 921,05
33	Zakup rezonansu magnetycznego (2008-2009)	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	4 547 878,76	3 825 000,00
Suma			172 133 650,37	125 285 423,46

Źródło: Departament LRPO UMWL

Możliwe było 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.

Według informacji Departamentu Europejskiego Funduszu Społecznego Urzędu Marszałkowskiego w województwie lubuskim w latach 2008-2013 w ramach komponentu regionalnego PO KL zrealizowano 14 projektów z obszaru ochrony zdrowia (stan na 27 czerwca 2013 r.), na które uzyskano 3 242 144,29 zł dofinansowania.

12.4.4 Finansowanie inwestycji z Funduszy Europejskich w perspektywie 2014-2020

Regionalny Program Operacyjny – Lubuskie 2020

19 listopada 2013 r. Zarząd Województwa Lubuskiego przyjął projekt Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020. Całkowita wartość środków europejskich przeznaczonych na realizację RPO – Lubuskie 2020, zgodnie z zapisami Umowy Partnerstwa, to 906,1 mln euro. W tej kwocie aż 653,4 mln euro stanowi wkład Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, a 252,7 mln euro, to środki Europejskiego Funduszu Społecznego.

Zgodnie z zasadami podziału rezerwy programowej, część podstawowej alokacji Programu jest dedykowana na realizację działań ukierunkowanych terytorialnie (Zintegrowane Inwestycje Terytorialne, Obszary Strategicznej Interwencji) i nie może zostać przeznaczona na wsparcie innych działań. Środki rezerwy programowej wchodzi w skład alokacji poszczególnych Osi Priorytetowych RPO – Lubuskie 2020, w ramach których planuje się wdrażanie instrumentów terytorialnych.

Tabela 88. Alokacja RPO-Lubuskie 2020 906 100 000,00 w EURO

	Oś priorytetowa	Cel tematyczny	EFRR	653 400 000,00	EFS	252 700 000,00
1	Gospodarka i innowacje	1, 3, 9	28,50%	186 219 000,00	0,00%	0,00
2	Rozwój Cyfrowy	2	4,50%	29 403 000,00	0,00%	0,00

3	Gospodarka niskoemisyjna	4	15,00%	98 010 000,00	0,00%	0,00
4	Środowisko i kultura	5, 6	15,00%	98 010 000,00	0,00%	0,00
5	Transport	7	24,00%	156 816 000,00	0,00%	0,00
6	Regionalny rynek pracy	8	0,00%	0,00	38,00%	96 026 000,00
7	Równowaga społeczna	9	0,00%	0,00	22,00%	55 594 000,00
8	Nowoczesna edukacja	10	0,00%	0,00	26,00%	65 702 000,00
9	Infrastruktura społeczna	9, 10	13,00%	84 942 000,00	0,00%	0,00
10	Pomoc techniczna	n/d	0,00%	0,00	14,00%	35 378 000,00
Razem			100,00%	653 400 000,00	100,00%	252 700 000,00

Źródło: Departament Rozwoju Regionalnego i Współpracy Zagranicznej UMWL

Programy krajowe:

1. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020

Na poziomie krajowym wdrażany będzie Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020, który również zakłada interwencję środków publicznych w obszarze zdrowia.

- Oś priorytetowa VII – Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia. Zgodnie z przyjętym zakresem wsparcia, interwencja programu będzie ukierunkowana na rozwój strategicznych elementów infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu krajowym (ratownictwa medycznego oraz wysokospecjalistycznych ośrodków medycznych), które będą tworzyć warunki dla zwiększenia dostępu do niej wszystkim obywatelom, przyczyniając się tym samym do zakładanego zmniejszenia nierówności w zakresie stanu zdrowia. Budżet na realizację tej osi to ok. 503,9 mln euro.

2. Program operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Ponadto na poziomie krajowym wdrażany będzie również Program operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, w którym realizowane będą działania związane z kształceniem kadry medycznej.

- Oś priorytetowa III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju. W ramach celu 5. Rozwój kształcenia przeddyplomowego na kierunkach medycznych, w szczególności poprzez rozwój umiejętności praktycznych studentów tych kierunków przedmiotowej osi realizowane będą następujące działania:
 - Wsparcie systemu kształcenia praktycznego studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo poprzez tworzenie centrów symulacji medycznej do nauki pielęgniarstwa i położnictwa;
 - Wsparcie kształcenia przeddyplomowego na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym poprzez finansowanie programów rozwojowych dla uczelni i instytutów badawczych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej.
 Budżet na realizację tej osi to ok. 1 157,7 mln euro.

Potencjalne źródła finansowania kluczowych zadań z zakresu ochrony zdrowia:

1. Utworzenie Wielospecjalistycznego Centrum Pediatrii w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze – Regionalny Program Operacyjny – Lubuskie 2020;
2. Ponadregionalne specjalistyczne centra usług medycznych (Budowa Ośrodka Radioterapii w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. docelowo jako części Gorzowskiego Centrum Onkologii oraz Rozbudowa Zakładu Radioterapii w Zielonej Górze) – Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020 (projekt określony w ramach prac nad Strategią Rozwoju Polski Zachodniej 2020, zgłoszony do Kontraktu Terytorialnego);
3. Budowa bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego HEMS w północnej części województwa – Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020 – projekt kluczowy określony w Strategii Rozwoju Województwa Lubuskiego 2020, zgłoszony do Kontraktu Terytorialnego.

Spis tabel

Tabela 1. Ludność województwa lubuskiego według miejsca zamieszkania i płci w latach 2005-2012.....	15
Tabela 2. Ludność województwa lubuskiego według ekonomicznych grup wieku w latach 2000, 2010-2012 oraz prognoza na lata 2015, 2025 i 2035	16
Tabela 3. Urodzenia żywe w województwie lubuskim w latach 2005-2012.....	17
Tabela 4. Przyrost naturalny w powiatach na 1 tys. ludności w 2012 roku [w ‰].....	19
Tabela 5. Przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia (w latach).....	19
Tabela 6. Liczba zgonów w powiatach na 1 tys. ludności w latach 2008-2012 (‰).....	21
Tabela 7. Wybrane przyczyny zgonów w województwie lubuskim w latach 2005-2011.....	22
Tabela 8. Zgony według przyczyn w województwie lubuskim w latach 2009-2011.....	22
Tabela 9. Prognoza liczby ludności (w tysiącach)	24
Tabela 10. Prognoza zmian stanów ludności ^a w województwie lubuskim.....	24
Tabela 11. Chorobowość dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w województwie lubuskim w latach 2009-2012 - wskaźnik na 10 tys. mieszkańców.....	26
Tabela 12. Struktura chorobowości dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w województwie lubuskim w latach 2009-2012 - wskaźnik na 10 tys. mieszkańców.....	26
Tabela 13. Zachorowalność dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat zakwalifikowanych do opieki czynnej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2009-2012 (wskaźnik na 10 tys. mieszkańców).....	27
Tabela 14. Struktura zachorowalności dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w województwie lubuskim w latach 2009-2012 – wskaźnik na 10 tys. osób	27
Tabela 15. Chorobowość osób w wieku 19 lat i więcej (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2009-2012 (wskaźnik na 10 tys. mieszkańców)	28
Tabela 16. Struktura chorobowości osób w wieku 19 lat i więcej (osoby objęte opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w latach 2009-2012 – wskaźnik na 10 tys. osób	29
Tabela 17. Zachorowalność osób w wieku 19 lat i więcej zakwalifikowanych do opieki czynnej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2009-2012 (wskaźnik na 10 tys. mieszkańców)	29
Tabela 18. Struktura zachorowalności osób w wieku 19 lat i więcej (osoby zakwalifikowane do opieki czynnej) w latach 2006-2012 – wskaźnik na 10 tys. osób	30
Tabela 19. Choroby zawodowe w województwie lubuskim w latach 2009-2012.....	31
Tabela 20. Osoby niepełnosprawne według stopnia niepełnosprawności – wyniki wstępne.....	33
Tabela 21. Liczba leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w województwie lubuskim (bez uzależnień) w latach 2011-2012.....	37
Tabela 22. Potencjał lecznictwa psychiatrycznego stacjonarnego w województwie lubuskim	38
Tabela 23. Wyszczególnienie miejsc w oddziałach szpitalnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami oraz ośrodkach opieki pozaszpitalnej na terenie województwa lubuskiego.....	39
Tabela 24. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w stosunku do zaleceń NPOZP w latach 2010-2012.....	40
Tabela 25. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dorosłych z zaburzeniami psychicznym	40
Tabela 26. Dostępność do świadczeń do świadczeń zdrowotnych dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych w województwie lubuskim	41
Tabela 27. Dostępność do świadczeń zdrowotnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w stosunku do zaleceń NPOZP w latach 2010-2012.....	41
Tabela 28. Działalność lubuskich poradni zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnienia od substancji psychoaktywnych.....	42
Tabela 29. Liczba udzielonych porad ambulatoryjnych w poradni/gabinecie	42
Tabela 30. Oczekiwane zatrudnienie i docelowe wskaźniki zatrudnienia wybranych zawodów istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej na terenie województwa lubuskiego.....	43
Tabela 31. Działalność oddziałów ginekologiczno-położniczych na terenie województwa lubuskiego w latach 2008-2012	46
Tabela 32. Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w województwie lubuskim w latach 2009-2012.....	56
Tabela 33. Wykaz obiektów szpitalnych na terenie województwa lubuskiego, które nie posiadają rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę (stan na dzień 31 grudnia 2012 r.)	62
Tabela 34. Liczba studentów szkół wyższych w przeliczeniu na 10 tys. ludności w latach 2008-2012	66
Tabela 35. Przeciętny dochód (rozporządzalny) na 1 osobę w latach 2004-2012 (w zł / m-c)	67
Tabela 36. Wydatki na zdrowie w przeliczeniu na 1 osobę w latach 2004-2012 (w zł / m-c)	67
Tabela 37. Udział przeciętnych miesięcznych wydatków związanych ze zdrowiem na 1 osobę w gospodarstwie domowym w wydatkach ogółem (w %).....	67
Tabela 38. Poziom bezrobocia rejestrowanego w latach 2004-2012 (w %).....	68

Tabela 39. Kluby sportowe łącznie z klubami wyznaniowymi i UKS na terenie województwa lubuskiego w latach 2008-2012.....	73
Tabela 40. Zatrudnienie wybranego personelu medycznego w województwie lubuskim w porównaniu z krajem - wskaźnik na 10 tys. ludności według g podstawowego miejsca pracy, stan w dniu 31 XII.....	74
Tabela 41. Zatrudnienie wybranej kadry medycznej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w województwie lubuskim w latach 2008-2012	75
Tabela 42. Liczba absolwentów uczelni medycznych zameldowanych na terenie województwa lubuskiego i tych, którzy rozpoczęli staż na terenie województwa lubuskiego w latach 2007-2014	77
Tabela 43. Specjaliści zatrudnieni w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w latach 2008-2012.....	78
Tabela 44. Liczba lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w województwie lubuskim w latach 2010-2012 ^a	81
Tabela 45. Liczba mieszkańców województwa lubuskiego przypadających na 1 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2010-2012	81
Tabela 46. Liczba pielęgniarek POZ w województwie lubuskim w latach 2010-2012 ^a	82
Tabela 47. Liczba mieszkańców województwa lubuskiego przypadających na 1 pielęgniarkę w latach 2010-2012	82
Tabela 48. Liczba łóżek rzeczywistych na terenie woj. lubuskiego w latach 2009-2012 (bez MSW i oddziałów dziennych) z noworodkami według stanu na 31 XII	84
Tabela 49. Łóżka rzeczywiste, łóżeczka i inkubatory w stacjonarnej i całodobowej opiece zdrowotnej woj. lubuskiego wg stanu na 31.12.2012 r. (bez MSW)	86
Tabela 50. Średnie wykorzystanie łóżek na oddziałach w województwie lubuskim w latach 2009-2012.....	88
Tabela 51. Oddziały w województwie lubuskim, na których w 2012 r. wskaźnik wykorzystania łóżek przekraczał 80% (bez MSW i oddziałów dziennych) z noworodkami	88
Tabela 52. Oddziały w województwie lubuskim, na których w 2012 r. wskaźnik wykorzystania łóżek nie przekraczał 60% (bez MSW i oddziałów dziennych) z noworodkami.....	89
Tabela 53. Liczba placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w województwie lubuskim w latach 2009-2012 ^a	90
Tabela 54. Wyposażenie szpitali ogólnych w województwie lubuskim w nowoczesny sprzęt medyczny (bez resortowej służby zdrowia)	91
Tabela 55. Nakłady na profilaktyczne programy zdrowotne (w zł)	92
Tabela 56. Wykrywalność zmian chorobowych w ramach program profilaktyki raka piersi (50-69 lat)	93
Tabela 57. Wykrywalność zmian chorobowych w ramach program profilaktyki raka szyjki macicy (25-59 lat)	94
Tabela 58. Efekty realizacji programu profilaktyki chorób układu krążenia	95
Tabela 59. Wykrywalność wad/chorób płodu w ramach programu badań prenatalnych	96
Tabela 60. Efektywność programu profilaktyki gruźlicy	97
Tabela 61. Struktura zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki stacjonarnej na terenie województwa lubuskiego według stanu na koniec czwartego kwartału w latach 2009-2012 (dane ostateczne po weryfikacji z MSF)	99
Tabela 62. Finanse samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w województwie lubuskim w 2012 roku	100
Tabela 63. Priorytety regionalne LOW NFZ na rok 2014 i lata następne	108
Tabela 64. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych na 1 mieszkańca latach 2009-2012 (w tys. zł).....	109
Tabela 65. Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w województwie lubuskim	110
Tabela 66. Największa liczba oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” i średni czas oczekiwania na świadczenia na dzień 31.12.2012	111
Tabela 67. Najdłuższy czas oczekiwania i liczba oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” na dzień 31.12.2012	112
Tabela 68. Per saldo kosztów migracji w latach 2009-2012 (bez refundacji cen leków, w tys. zł)	112
Tabela 69. Procentowy udział należności z innych oddziałów wojewódzkich NFZ w kosztach świadczeń zakupionych przez LOW NFZ w latach 2009-2012 (w tys. zł).....	113
Tabela 70. Personel medyczny w latach 2009-2012 na 10 tys. mieszkańców	139
Tabela 71. Wskaźniki/mierniki LSOZ na lata 2014-2020.....	143
Tabela 72. Procent składek przeznaczanych przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze na zakup świadczeń zdrowotnych w latach 2009-2012	144
Tabela 73. Struktura kontraktowanych świadczeń zdrowotnych przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze w latach 2009-2012.....	145
Tabela 74. Wydatki z budżetu Województwa Lubuskiego na ochronę zdrowia w latach 2010-2012	145
Tabela 75. Nakłady finansowe w zł – POWIAT GORZOWSKI	146
Tabela 76. Nakłady finansowe w zł – POWIAT ŻARSKI.....	146
Tabela 77. Nakłady finansowe w zł – POWIAT SULĘCIŃSKI.....	146
Tabela 78. Nakłady finansowe w zł – POWIAT ZIELONOGÓRSKI	147
Tabela 79. Nakłady finansowe w zł – POWIAT KROŚNIENSKI	147

Tabela 80. Nakłady finansowe w zł – POWIAT MIĘDZYRZECKI	147
Tabela 81. Nakłady finansowe w zł – POWIAT NOWOSOLSKI.....	147
Tabela 82. Nakłady finansowe w zł – POWIAT STRZELECKO-DREZDENECKI	148
Tabela 83. Nakłady finansowe w zł – POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI.....	148
Tabela 84. Nakłady finansowe w zł – POWIAT ŻAGAŃSKI.....	148
Tabela 85. Nakłady finansowe w zł – POWIAT ŚLUBICKI.....	148
Tabela 86. Nakłady finansowe w zł – POWIAT WSCHOWSKI	149
Tabela 87. Projekty w zakresie ochrony zdrowia w województwie lubuskim realizowane ze środków LRPO 2007-2013	149
Tabela 88. Alokacja RPO-Lubuskie 2020 906 100 000,00 w EURO	152

Spis wykresów

Wykres 1. Ludność według płci i miejsca zamieszkania w Polsce i województwie lubuskim 2012 r.	16
Wykres 2. Ludność województwa lubuskiego według grup ekonomicznych w latach 2000, 2010-2012 oraz prognoza na lata 2015, 2025 i 2035	17
Wykres 3. Współczynnik dzietności w latach 2004-2012.....	18
Wykres 4. Przyrost naturalny na 1 tys. ludności w latach 2005-2012.....	18
Wykres 5. Przeciętne dalsze trwanie życia w województwie lubuskim w momencie urodzenia.....	20
Wykres 6. Zgony na 1 tys. ludności	20
Wykres 7. Liczba zgonów w województwie lubuskim według płci w latach 2004-2012.....	21
Wykres 8. Zgony niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych w latach 2004-2012	23
Wykres 9. Prawdopodobne przyczyny zakażenia WZW typu C według def. 2009 w województwie lubuskim w 2012 r.	52
Wykres 10. Zapadalność na AIDS w województwie lubuskim i w Polsce w latach 2008-2012.....	53
Wykres 11. Liczba zakażeń HIV na terenie województwa lubuskiego w latach 1999-2012	53
Wykres 12. Wyniki badań ciepłej wody w celu wykrywania bakterii Legionella sp. przeprowadzonych w szpitalach na terenie województwa lubuskiego w latach 2008-2012	62
Wykres 13. Sterylizatory wykorzystywane w placówkach lecznictwa – wiek aparatu.....	65
Wykres 14. Ludność w miastach w latach 2008-2012	66
Wykres 15. Specjaliści zatrudnieni w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w 2012 r.....	77
Wykres 16. Liczba mieszkańców powiatów przypadających na 1 lekarza POZ w 2012 r.	82
Wykres 17. Liczba mieszkańców powiatów przypadających na 1 pielęgniarkę POZ w 2012 r.	83
Wykres 18. Procent objęcia populacji programem profilaktyki raka piersi	93
Wykres 19. Procent objęcia populacji programem profilaktyki raka szyjki macicy	94