

*Załącznik
do Uchwały nr 4487/2013
Zarządu Województwa Opolskiego
z dnia 23 grudnia 2013 r.*

ZARZĄD WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO



**STRATEGIA OCHRONY ZDROWIA
DLA WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO
NA LATA 2014-2020**

Opole, 20 grudnia 2013 r.

Dokument opracował zespół redakcyjny w składzie:

Roman Kolek
Stanisław Łągiewka
Irena Barczyk
Danuta Rospond-Bednarska
Mariusz Bogucki
Lidia Dębicka
Tatiana Filipkowska
Marianna Kowalska
Krzysztof Krzyżanowski
Sylwia Mazur
Mirosława Olszewska
Jacek Ruszczewski
Magdalena Słaboń
Adriana Urbaniak
Joanna Walasek
Anna Adaszyńska-Wanacka
Marcin Wieszołek

Przy udziale członków Zespołu Konsultacyjnego:

Pan Roman Kolek	- Przewodniczący Zespołu Konsultacyjnego
Pan Marek Szymkowicz	- Przewodniczący Komisji Rodziny, Zdrowia i Spraw Społecznych Sejmiku Województwa Opolskiego
Pani Aleksandra Kozok	- Przewodnicząca Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ), Dyrektor SS ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Opolu
Pan Wojciech Redelbach	- Z-ca Przewodniczącego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ), Dyrektor SP ZOZ Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. prof. T. Koszarowskiego
Pan Jerzy Jakubiszyn	- Przewodniczący Opolskiej Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
Pani Sabina Wiatkowska	- Przewodnicząca Opolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu
Pan Józef Swaczyna	- Przewodniczący Konwentu Starostów, Starosta powiatu strzeleckiego
Pan Tomasz Halski	- Rektor Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu
Pani Anna Matejuk	- Opolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Opolu
Pan Andrzej Prygiel	- Opolska Okręgowa Rada Aptekarska w Opolu

Pod kierunkiem Zarządu Województwa Opolskiego:

Andrzej Buła	- Marszałek Województwa Opolskiego
Józef Sebesta	- Marszałek Województwa Opolskiego (do dnia 12 listopada 2013 r.)
Roman Kolek	- Wicemarszałek Województwa Opolskiego
Tomasz Kostuś	- Wicemarszałek Województwa Opolskiego
Barbara Kamińska	- Członek Zarządu Województwa Opolskiego
Antoni Konopka	- Członek Zarządu Województwa Opolskiego

SPIS TREŚCI

1. WPROWADZENIE.....	5
1.1. Metodyka opracowania.....	8
2. DIAGNOZA.....	11
2.1. Sytuacja społeczno-demograficzna województwa opolskiego.....	13
2.2. Sytuacja zdrowotna i epidemiologiczna.....	14
2.3. Promocja zdrowia oraz profilaktyka i edukacja zdrowotna.....	17
2.4. Zasoby kadry medycznej.....	19
2.5. Infrastruktura w ochronie zdrowia w województwie opolskim.....	21
2.6. Działalność podmiotów leczniczych w województwie opolskim.....	22
2.7. Ocena dostępności do świadczeń w województwie.....	25
2.8. Świadczenia migracyjne.....	27
2.9. Analiza SWOT.....	28
3. OBSZARY INTERWENCJI W OCHRONIE ZDROWIA.....	31
4. CELE STRATEGICZNE I OPERACYJNE.....	35
PROMOCJA ZDROWIA ORAZ PROFILAKTYKA I EDUKACJA ZDROWOTNA.....	39
Cel strategiczny 1.1. Profilaktyka chorób.....	39
KADRA MEDYCZNA.....	40
Cel strategiczny 2.1. Dogodne warunki rozwoju w placówkach ochrony zdrowia.....	40
AMBULATORIJNA OPIEKA ZDROWOTNA.....	41
Cel strategiczny 3.1. Opieka ambulatoryjna (podstawowa oraz specjalistyczna).....	41
LECZNICTWO SZPITALNE.....	41
Cel strategiczny 4.1. Specjalistyczne usługi medyczne.....	41
Cel strategiczny 4.2. Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem.....	42
Cel strategiczny 4.3. Opieka nad osobami starszymi.....	43
Cel strategiczny 4.4. Restrukturyzacja podmiotów leczniczych.....	44
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PALIATYWNO HOSPICYJNA.....	44
Cel strategiczny 5.1. Rozwój opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej.....	44
RATOWNICTWO MEDYCZNE.....	45
Cel strategiczny 6.1. Regionalne ratownictwo medyczne.....	45
INFORMATYZACJA W OCHRONIE ZDROWIA.....	46
Cel strategiczny 7.1. E-usługi w ochronie zdrowia.....	46
5. SPÓJNOŚĆ STRATEGII OCHRONY ZDROWIA DLA WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO NA LATA 2014 – 2020 Z INNYMI DOKUMENTAMI STRATEGICZNYMI.....	47
6. FINANSOWANIE REALIZACJI STRATEGII.....	53
7. MONITORING I EWALUACJA STRATEGII.....	57
8 ZAŁĄCZNIKI.....	63

Załącznik nr 1.

Diagnoza stanu ochrony zdrowia w województwie opolskim, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Opole czerwiec 2013r.

Załącznik nr 2.

Informacja o konsultacjach społecznych projektu Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 3.

Informacja o strategicznej ocenie oddziaływania na środowisko projektu Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020

Rozdział

1

WPROWADZENIE

Sejmik Województwa Opolskiego Uchwałą nr XXV/325/2012 w dniu 28 grudnia 2012 r. przyjął Strategię Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r. (SRWO 2020) tworząc tym samym formalne podstawy prawne do opracowania dokumentów wykonawczych, w tym strategii sektorowych m.in. Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020.

Przy opracowaniu nowej strategii ochrony zdrowia województwa opolskiego na lata 2014-2020 kierowano się zasadami określonymi w uchwale Nr IV/65/2011 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 22 lutego 2011 r. w sprawie określenia zasad, trybu i harmonogramu opracowania strategii rozwoju województwa opolskiego.

Na poziomie krajowym ustawodawstwo nakłada na jednostki samorządu terytorialnego, w tym również na województwo, obowiązek ochrony i promocji zdrowia. Obowiązek ten wynika przede wszystkim z następujących zapisów ustawowych:

- ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2013r., poz. 596) w której w art. 14 ust. 1 pkt. 2 przewidziano realizację zadań o charakterze wojewódzkim określonych ustawami, a w szczególności w zakresie promocji i ochrony zdrowia;
- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), art. 6 pkt 1-3 oraz art. 9 pkt 3 mówią o stwarzaniu warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz wdrażaniu programów służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217).

Założenia działań strategicznych w obszarze ochrony zdrowia w województwie opolskim na lata 2014-2020 są spójne z SRWO 2020. Obszar zdrowia w tym dokumencie zawiera się w zapisach:

Wyzwanie 3. Atrakcyjne obszary do zamieszkania, inwestowania i wypoczynku –

Cel strategiczny 5. Nowoczesne usługi oraz atrakcyjna oferta turystyczno-kulturalna,

Cel operacyjny 5.1. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych

działania służące realizacji celu operacyjnego:

- wspieranie rozwoju infrastruktury i wyposażenia podmiotów świadczących usługi zdrowotne
- wspieranie działań profilaktycznych, w tym programów edukacyjnych i promocji zdrowia
- wspieranie ratownictwa medycznego
- wspieranie rozwoju sfery usług uwzględniających i zaspokajających potrzeby starzejącej się populacji
- wspieranie rozwoju infrastruktury i wyposażenia jednostek opiekuńczych i wychowawczych
- wspieranie rozwoju mieszkalnictwa socjalnego
- wspieranie rozwoju infrastruktury i wyposażenia jednostek edukacyjnych

Szczegółowa diagnoza oraz analiza SWOT opracowana pod kierownictwem Zespołu Konsultacyjnego ds. opracowania strategii ochrony zdrowia pozwoliły doprecyzować zadania do realizacji w ochronie zdrowia w województwie. Ich celem będzie poprawa jakości i dostępności usług zdrowotnych i opiekuńczych.

Nowa Strategia ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020 będzie zawierać zaktualizowane cele strategiczne rozwoju ochrony zdrowia w województwie opolskim na kolejne lata, z zachowaniem wymogów i uwarunkowań zawartych w zaktualizowanej SRWO 2020. Nowy dokument przyczyni się do lepszego wykorzystania funduszy strukturalnych przez placówki

ochrony zdrowia w następnym okresie programowania. Niniejsza Strategia powinna być gwarantem rozwoju i inwestycji w ochronie zdrowia, realizowana konsekwentnie przez lata powinna sprzyjać rozwiązywaniu problemów zdrowotnych mieszkańców regionu.

Kluczowe znaczenie dla wyboru kierunków działań w sferze opolskiej polityki zdrowotnej, a także ostatecznego kształtu strategii ochrony zdrowia i realizacji samego Celu operacyjnego 5.1 określonego w SRWO 2020 mają także liczne akty wykonawcze do wymienionych wyżej ustaw. Strategia uwzględnia także kierunki rozwoju polskiego systemu zdrowia, wytyczone w następujących 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 Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2006 - 2015,
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011 – 2015,
- Narodowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV 2012 – 2016,
- Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo- Naczyniowego na lata 2013-2016 POLKARD,

oraz w następujących regionalnych dokumentach:

- Strategia Ochrony Zdrowia Województwa Opolskiego na lata 2006-2013,
- Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Opolskiego na lata 2012-2015,
- sporządzony przez Wojewodę Opolskiego Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Opolskiego na lata 2011 i następne.

1.1. Metodyka opracowania

Opracowanie niniejszego dokumentu poprzedzono diagnozą aktualnej sytuacji demograficznej i epidemiologicznej województwa oraz analizą stanu zasobów województwa. Strategia powstała przy współpracy i zaangażowaniu podmiotów funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia.

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

W pracach nad dokumentem bazowano na:

- Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020r.,
- danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego, Urzędu Statystycznego w Opolu,
- biuletynach statystycznych publikowane przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia,
- **danych m.in. z:** Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Opolskiej Izby Pielęgniarek i Położnych, Opolskiej Izby Lekarskiej, Opolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej, Centrum Kształcenia Podyplomowego

Pielęgniarek i Położnych, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego,

- **publikacjach m.in.:** Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska, Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu, Ministerstwa Zdrowia, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Rozdział

2

DIAGNOZA

W toku prac nad Strategią ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020 przygotowano osobny dokument diagnostyczny, który stanowił podstawę do określenia kierunków rozwoju województwa w obszarze ochrony zdrowia. Diagnoza obejmuje najważniejsze zagadnienia punktu widzenia kreowania szeroko rozumianej polityki zdrowotnej w regionie.

Pełna diagnoza ochrony zdrowia województwa opolskiego, zawarta została w załączniku do niniejszej Strategii. Poniżej natomiast zamieszczono podstawowe informacje diagnostyczne z tego zakresu.

2.1. Sytuacja społeczno-demograficzna województwa opolskiego

- 1) Województwo opolskie należy do grupy małych regionów europejskich, z populacją oscylującą wokół 1 mln mieszkańców¹, zamieszkującą obszar 9411,87 km² (2,8% powierzchni Polski). Na przestrzeni 15 lat liczba ludności województwa opolskiego zmniejszyła się o 63,9 tys. osób, tj. o 5,9%, a średnioroczne tempo jej ubytku wynosiło 0,4%. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego tendencja spadkowa utrzyma się w najbliższych latach². Szacuje się, że w województwie opolskim w 2035 r. będzie mieszkało 897,1 tys. osób, tj. o 11,2% mniej w porównaniu z 2012 r.³
- 2) Gęstość zaludnienia, tj. liczba osób przypadająca na 1 km² powierzchni, w województwie opolskim na koniec 2012 r. wyniosła 107 osób, w kraju – 123 osoby. Administracyjnie województwo opolskie dzieli się na 12 powiatów, w tym 1 powiat grodzki (Opole) oraz 71 gmin (w tym 3 miejskie, 32 miejsko-wiejskie i 36 wiejskich). Układ osadniczy regionu jest równomiernie rozwinięty, a do największych miast należą: Opole (121,6 tys. mieszkańców), Kędzierzyn-Koźle (63,6 tys.), Nysa (45,2 tys.), Brzeg (37,3 tys.) i Kluczbork (24,7 tys.)⁴.
- 3) Wyludnianie się regionu oraz starzenie się mieszkańców są głównymi wyzwaniami rozwojowymi, rzutującymi na obecny i przyszły rozwój województwa opolskiego. W latach 2002-2011 liczba mieszkańców województwa zmniejszyła się o 4,6% względem wzrostu o 0,7% przeciętnie w kraju.

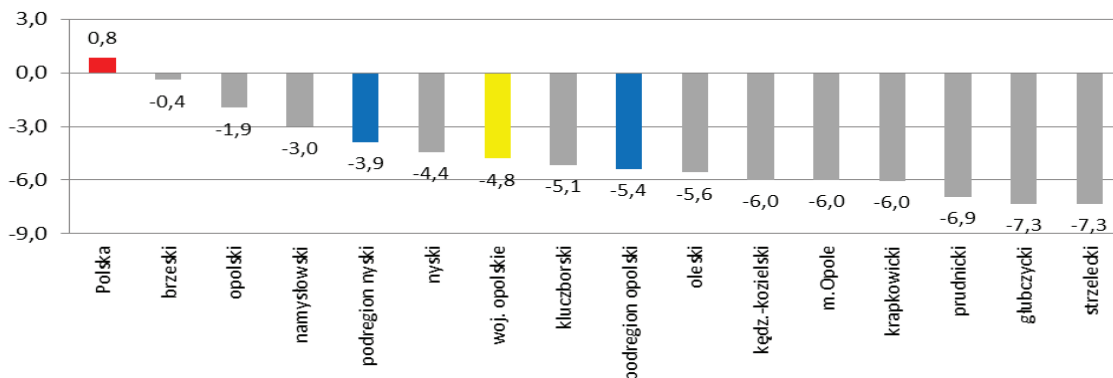
¹ Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020r., s. 21

² Urząd Statystyczny w Opolu, *Stan i ruch naturalny ludności w Województwie Opolskim w 2010 r.*, Informacja sygnałna, maj 2011

³ Główny Urząd Statystyczny – Bank Danych Lokalnych – www.stat.gov.pl

⁴ Główny Urząd Statystyczny – Bank Danych Lokalnych – www.stat.gov.pl. Dane dotyczące liczby mieszkańców podano wg stanu na dzień 31.12.2012r.

Wykres 1. Zmiana liczby ludności w województwie opolskim wg powiatów i podregionów w latach 2002-2012 (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego – Bank Danych Lokalnych – www.stat.gov.pl

- 4) Poprzez usytuowanie między dwoma metropoliami, województwo opolskie jest szczególnie zagrożone kumulacją negatywnych efektów skoncentrowanego wzrostu migracji do stosunkowo bliskich obszarów metropolitalnych. W latach 2007-2010, w ujęciu bezwzględnym, w przekroju wg powiatów, najwięcej ludzi przeprowadziło się do województwa opolskiego z Wrocławia (800) i dalej z powiatów: raciborskiego (470), kłodzkiego (304), Gliwic (304). Natomiast najwięcej mieszkańców wyprowadziło się do Wrocławia (ponad 2 tysiące) i w dalszej kolejności do powiatów: raciborskiego (669), m. st. Warszawa (634), wrocławskiego (427), miasta Krakowa (386)⁵. Prognozy demograficzne również nie są optymistyczne. Istnieje obawa, iż Polska, w tym województwo opolskie, będzie się wyludniała, tracąc tym samym zasoby siły roboczej – w skali zagrażającej zarówno procesom rozwoju społeczno-gospodarczego, jak i finansom publicznym. Zmiany te będą wymuszały modyfikację w podejściu polityki społecznej do zagadnienia zaspokajania potrzeb seniorów.
- 5) Przeciętne dalsze trwanie życia, w województwie opolskim (wg danych GUS z 2012 r.) dla mężczyzn wynosi 73,36 lat, a dla kobiet 80,96 lat i w obu przypadkach współczynniki te są wyższe niż średnio w kraju. Ponadto w latach 1990-2009 zaobserwowano wydłużenie średniej życia mężczyzn zamieszkałych na terenie województwa opolskiego o 6,2 lat oraz kobiet o 5,6 lat.

2.2. Sytuacja zdrowotna i epidemiologiczna

Analiza danych o zachorowalności i umieralności mieszkańców Polski pozwala na stwierdzenie, że stan zdrowia ludności po 2000 roku stopniowo się poprawiał, ale poprawa ta była wolniejsza niż w latach 90 - tych XX wieku⁶.

- 1) Choroby cywilizacyjne generują większość kosztów społecznych, wpływają na pogorszenie jakości życia oraz skrócenie jego długości. Na przestrzeni ostatnich trzech lat spośród chorób cywilizacyjnych⁷ stwierdzonych po raz pierwszy w roku sprawozdawczym wśród dzieci i młodzieży do 18 lat w województwie opolskim odnotowano schorzenia:
 - w 2009 r. u 6811 osób,
 - w 2010 r. u 5832 osób,
 - w 2011 r. u 6502 osób

⁵ Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020r., s.28

⁶ Krajowe Strategiczne Ramy Polityki w Obszarze Ochrony Zdrowia w Polsce, Warszawa czerwiec 2013 r.

⁷ Nowotwory, choroby tarczycy, cukrzyca, otyłość, zniekształcenie kręgosłupa...

W wieku 19 lat i więcej chorób cywilizacyjnych⁸ stwierdzonych po raz pierwszy w roku sprawozdawczym odnotowano:

- w 2009 r. u 24950 osób
- w 2010 r. u 39893 osób
- w 2011 r. u 36475 osób⁹

- 2) Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. Na skalę problemu wskazuje ponad 140 tys. zarejestrowanych nowych zachorowań w roku 2010. W 2010 r. Krajowy Rejestr Nowotworów otrzymał informację o 70 024 pierwszorazowych zgłoszeniach nowotworów złośliwych dla mężczyzn i 70 540 dla kobiet: łącznie 140 564 zgłoszenia nowotworów. Rok 2010 był kolejnym rokiem, w którym liczba zgłoszonych zachorowań u kobiet przekroczyła liczbę zachorowań u mężczyzn. Wskaźnik zachorowania/zgony w 2010 r. dla Polski ogółem wynosi 1,52 w tym 1,35 dla mężczyzn i 1,73 dla kobiet. W Polsce w 2010 r. zarejestrowano 92 611 zgonów na nowotwory złośliwe w tym 51 917 zgonów u mężczyzn i 40 794 zgony u kobiet. Wskaźnik zachorowania/zgony dla województwa opolskiego w 2010 r. wynosi 1,6 w tym 1,46 dla mężczyzn i 1,79 dla kobiet. W województwie opolskim w 2010 r. zarejestrowano 3733 zachorowania na nowotwory złośliwe¹⁰.

Tabela 1. Zarejestrowane zachorowania i zgony w roku 2010 wśród mężczyzn

Rodzaj nowotworu	Polska		województwo opolskie	
	zachorowania	zarejestrowane zgony	zachorowania	zarejestrowane zgony
oskrzela i płuca	14794	16187	360	381
gruczołu krokowego	9273	3940	194	110
pęcherza moczowego	4919	2470	153	93
okreźnicy	4819	3768	126	117
złośliwe skóry	4792	2518	198	0
żołądka	3399	3486	113	93
odbytnicy	3229	1652	119	52
nerki	2736	1574	76	0
krtani	1924	0	52	40
pozostałe	20139	13742	545	338

Źródło: Na podstawie opracowania Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego, Opole 2012

Tabela 2. Zarejestrowane zachorowania i zgony w roku 2010 wśród kobiet

Rodzaj nowotworu	Polska		województwo opolskie	
	zachorowania	zarejestrowane zgony	zachorowania	zarejestrowane zgony
sutka	15784	5226	376	125
oskrzela i płuca	6038	6161	126	134
inne skóry	5261	0	199	0
trzonu macicy	5125	0	122	0
okreźnicy	4301	3293	106	99
jajnika	3587	2547	112	77
szyjki macicy	3078	1735	70	53
odbytnicy	2267	0	70	50
nerki za wyjątkiem miedniczki nerkowej	1908	0	48	0
pozostałe nowotwory złośliwe	23191	13877	568	328
trzustki	0	2250	0	54
bez określenia jego umiejscowienia	0	2415	0	0
żołądka	0	1878	0	47
mózgu	0	1412	0	39

Źródło: Na podstawie opracowania Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego, Opole 2012

⁸ Nowotwory, gruźlica, choroby tarczycy, cukrzyca, choroby układu krążenia ...

⁹ CSIOZ na podstawie MZ-11, 2011r.

¹⁰ Na podstawie opracowania SP ZOZ Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego, Opole 2012

Tabela 3.Zarejestrowane zachorowania na nowotwory w roku 2010 w podziale na powiaty- mężczyźni i kobiety

Powiat	Liczba - mężczyźni	Liczba - kobiety
brzeski	157	148
głubczycki	94	91
kędzierzyńsko-kozielski	225	199
kluczborski	135	115
krapkowicki	102	91
namysłowski	83	86
nyski	297	267
oleski	136	93
opolski	216	205
prudnicki	82	102
strzelecki	136	112
m. Opole	273	288
razem	1936	1797

Źródło: Na podstawie opracowania Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego, Opole 2012

- 3) Korzystna sytuacja epidemiologiczna w zakresie ograniczenia szeregu chorób zakaźnych w Polsce utrzymuje się m.in. dzięki konsekwentnie prowadzonym wieloletnim programom szczepień ochronnych. W związku z rozszerzeniem w ostatnim dziesięcioleciu Programu Szczepień Ochronnych¹¹, w perspektywie kilku najbliższych lat oczekuje się radykalnego obniżenia zapadalności na różyczkę, świnkę oraz krztusiec. W ostatnich latach na terenie województwa opolskiego obserwowano sporadyczne zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu A. Prowadzone w ciągu ostatnich lat działania profilaktyczno – edukacyjne wpłynęły na poprawę sytuacji epidemiologicznej dotyczącej zachorowań na WZW B i C. W 2012 odnotowano niewielki wzrost liczby zachorowań na WZW typu C w porównaniu do 2011 roku. (w 2012 r. zgłoszono 70 zachorowań, w 2011 r. – 61).
Sytuację epidemiologiczną większości chorób zakaźnych w województwie opolskim należy uznać za dobrą. Niemniej jednak trzeba się liczyć z możliwością wystąpienia zachorowań na wysoce zakaźne i szczególnie niebezpieczne choroby zawleczone z innych krajów.
- 4) Analiza sytuacji epidemiologicznej w zakresie występowania zakażeń szpitalnych w 2012 r., w województwie opolskim w porównaniu do 2011 r. wykazała, iż nastąpił wzrost liczby zgłoszonych patogenów alarmowych. W ostatnich latach można zaobserwować nieznaczny wzrost liczby występujących ognisk epidemicznych przy jednoczesnym spadku liczby osób zakażonych, co jest wynikiem m.in. podjętych działań zespołów ds. zakażeń szpitalnych województwa opolskiego oraz nadzoru służb sanitarnych.
- 5) W 2012 r. w województwie opolskim stwierdzono 9 przypadków chorób zawodowych. Radykalny spadek stwierdzonych chorób w porównaniu do lat ubiegłych zanotowano już w 2011 r., kiedy to stwierdzono 11 przypadków (w 2010 r. stwierdzono 44 przypadki).
- 6) Na przestrzeni ostatnich sześciu lat (2006-2012) poprawił się wskaźnik urodzeń żywych w województwie (urodzenia żywe w województwie w 2006r. - 8460, w 2012r. – 8936).
- 7) Liczba zgonów na przestrzeni ostatnich sześciu lat (2006-2012), zwiększyła się (w 2006 r.- 9421; 2012 r.- 10 180). Większa była śmiertelność wśród mężczyzn zarówno w miastach jak i na wsi.
- 8) Podobnie na przestrzeni sześciu lat (2005-2011) wzrosła ilość zgonów z powodu nowotworów, natomiast w przypadku zgonów z powodu chorób układu krążenia w 2011 r. nastąpił niewielki spadek w stosunku do 2005 r.

¹¹ Na podstawie danych 2012 r. , WSSE Opole

- 9) Choroby sercowo-naczyniowe stanowią przyczynę prawie połowy wszystkich zgonów w Polsce. Chociaż umieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych maleje, to jednocześnie występowanie tych chorób wzrasta w związku z wydłużeniem życia i starzeniem się naszej populacji¹².
- 10) Od 2001 r. współczynnik zgonów ogółem na 100 tys. mieszkańców województwa opolskiego systematycznie wzrasta. W 2012 r. współczynnik ten wzrósł o 17,7% w stosunku do roku 2001, oraz 11,1% w stosunku do roku 2005. W 2012 r. współczynnik umieralności mężczyzn był o 13,7% większy od współczynnika umieralności kobiet. W 2009 r. różnica ta wyniosła 21,7%.

2.3. Promocja zdrowia oraz profilaktyka i edukacja zdrowotna

W przypadku promocji zdrowia mamy do czynienia z wieloma podejściami teoretycznymi oraz definicjami. Można także spotkać się z różnymi podejściami do wzajemnych relacji pomiędzy profilaktyką, edukacją zdrowotną, a promocją zdrowia. Jednakże działania prowadzące do zapobiegania chorobom i wzmacniania zdrowia można podzielić na trzy grupy:

- 1) Kształtowanie optymalnych dla życia i rozwoju człowieka warunków środowiska materialnego i społecznego: Działania te są ściśle sprzężone z rozwojem społeczno-gospodarczym (nie każdy typ tego rozwoju pozwala osiągać zakładane cele zdrowotne) oraz kształtem stosunków międzyludzkich mających ogromne znaczenie dla zdrowia i samopoczucia człowieka min. profilaktyka, edukacja zdrowotna.

Tabela 4. Zrealizowane programy zdrowotne oraz prozdrowotne działania edukacyjne w powiatach województwa opolskiego w latach 2010-2012

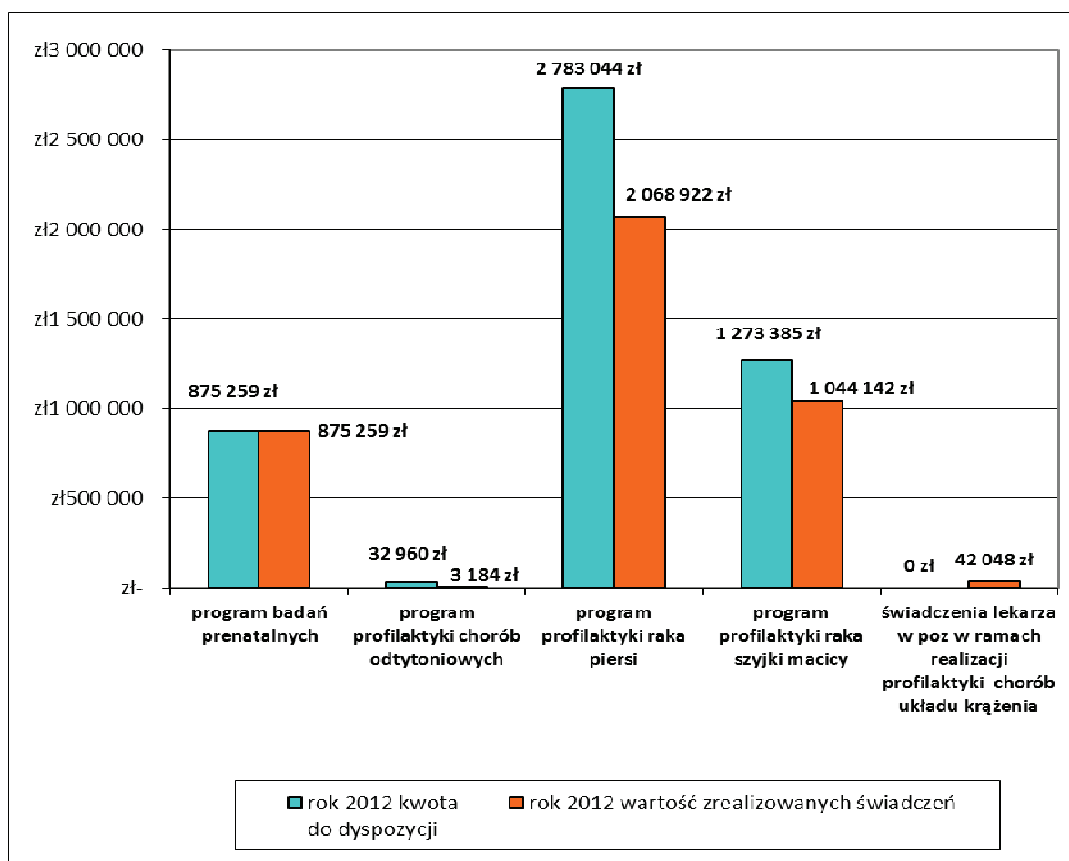
L.p.	Powiat	Liczba zrealizowanych programów zdrowotnych oraz działań edukacyjnych prozdrowotnych			Sumy roczne powiatowe
		2010 r.	2011 r.	2012 r.	
1	Brzeski	17	15	14	46
2	Głubczycki	brak informacji	0	0	0
3	Kędzierzyńsko-Kozielski	13	19	25	57
4	Kluczborski	brak informacji	13	2	15
5	Krapkowicki	15	17	17	49
6	Namysłowski	2	4	5	11
7	Nysa	3	3	6	12
8	Oleski	11	5	6	22
9	Opole (miasto)	13	12	12	37
10	Opolski	0	3	7	10
11	Prudnicki	4	7	1	12
12	Strzelecki	brak informacji	6	18	24
Sumy roczne wojewódzkie		78	108	113	295

Źródło: Materiały powiatów przekazane przez jednostki samorządu powiatowego województwa opolskiego do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego

¹² Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego

- 2) Rozwijanie kultury zdrowotnej społeczeństwa: Decydujące znaczenie ma tu realizowany model oświaty i wychowania oraz społecznie akceptowany system wartości. O stosunku człowieka do ochrony własnego zdrowia decyduje wiedza oraz motywacje i postawy określone przez różne czynniki wewnętrzne (np. cechy osobowości) i zewnętrzne.
- 3) Rozwijanie profilaktycznej działalności ochrony zdrowia oraz innych instytucji: Mieszczą się tu swoiste działania medyczne ukierunkowane na zapobieganie określonym chorobom, np. szczepienia ochronne przeciw chorobom zakaźnym, wszelkie badania profilaktyczne mające na celu ujawnienie czynników ryzyka lub wczesnych objawów szczególnie groźnych i zarazem podstępnych chorób. Profilaktyczna działalność ochrony zdrowia i innych instytucji obejmuje również wpływanie na działania mieszczące się w dwóch poprzednio wymienionych grupach, tj. kształtowanie optymalnych warunków środowiskowych i rozwijanie kultury zdrowotnej społeczeństwa, min. promocja zdrowia, edukacja zdrowotna.

Wykres 2. Finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach programów zdrowotnych finansowanych przez OOW NFZ w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z OOW NFZ

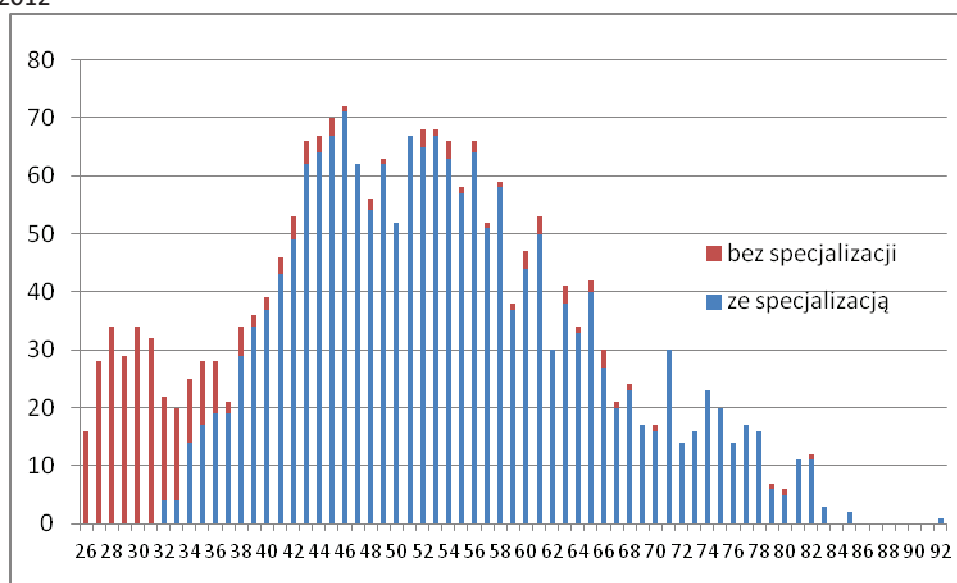
Przeznaczone przez płatnika (OOW NFZ) środki na programy profilaktyczne nie są w pełni wykorzystywane co świadczyć może np. o słabym zainteresowaniu realizacją tych programów, zbyt małej jeszcze dbałości o zdrowie wśród społeczności regionu lub o deficytach w rozpoznaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Niezależnie od powyższego, pogłębionych analiz wymaga realizacja programów profilaktycznych przez jednostki samorządu terytorialnego, między innymi w kontekście przestrzennego zróżnicowania realizacji tych programów oraz ustawowych zadań jakie w tym obszarze spoczywają na samorządach.

2.4. Zasoby kadry medycznej

- 1) Łącznie na koniec 2012 r. w rejestrze Opolskiej Izby Lekarskiej (OIL) figurowało 2123 lekarzy medycyny oraz 26 lekarzy niewykonujących zawodu. W grupie tej 1819 lekarzy medycyny posiadało specjalizacje. Średni wiek lekarza ze specjalizacją wynosił 54 lata, przy czym największą ich liczbę stanowili lekarze, którzy ukończyli 50 lat (58%), a 16% lekarzy specjalistów przekroczyło 65 rok życia.
- 2) W 2012 r. wśród lekarzy medycyny znajdujących się w rejestrze OIL 304 nie posiadało specjalizacji, a ich średni wiek wynosił 34,9 lat. Z uwagi na tryb uzyskania specjalizacji najmłodszy lekarze specjaliści to osoby 32-letnie.

Wykres 3. Liczba lekarzy medycyny posiadających specjalizacje oraz bez specjalizacji wg wieku w OIL w roku 2012

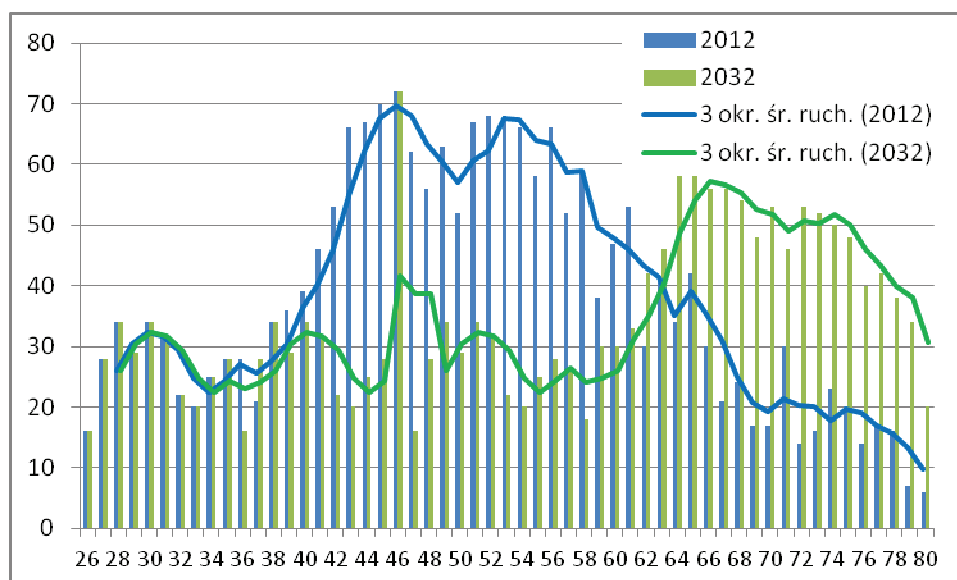


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

- 3) Na przestrzeni trzech lat (2009-2011) ogólna liczba lekarzy w województwie uprawnionych do wykonywania zawodu wzrosła o ok. 40 osób, tym samym zwiększył się wskaźnik liczby ww. lekarzy na 10 tys. mieszkańców, sytuując województwo opolskie na 13 miejscu w 2011 roku (w 2009 roku było to ostatnie, 16 miejsce w kraju).
- 4) W województwie ubywa lekarzy pracujących w placówkach ochrony zdrowia, (w latach 2009-2011 liczba lekarzy zmniejszyła się o 70 osób). W 2011 r. wskaźnik ww. lekarzy na 10 tys. mieszkańców w województwie opolskim lokował region na 15 miejscu w kraju (w 2009 roku – 13 miejsce).
- 5) W latach 2009-2011 liczba lekarzy stomatologów, uprawnionych do wykonywania zawodu, utrzymywała się na podobnym poziomie, z wyjątkiem stomatologów pracujących w placówkach ochrony zdrowia, w których spadła o 67 osób. Spowodowało to spadek liczby wskaźnika stomatologów na 10 tys. mieszkańców w województwie opolskim (z 7 miejsca w kraju w 2009 roku na 13 w 2011 roku).
- 6) Według danych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu (OIPiP) na dzień 25.03.2013 r. zarejestrowanych pielęgniarek w województwie opolskim było 4 255 (stan rzeczywisty). Spadek (różnica) o ok. 700 pielęgniarek w 2013 r. wynika ze składanej sprawozdawczości. Druki MZ zawierają te same osoby pracujące w różnych podmiotach leczniczych.

- 7) W 2011 r. liczba pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu zwiększyła się w stosunku do 2009 r. o 45 osób. Natomiast w placówkach ochrony zdrowia ich liczba spadła o 55 osób (wskaźnik pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców lokował region w 2011 r. na 11 miejscu w kraju, tj. o jedno miejsce niżej niż w 2009 r.).
- 8) Wskaźniki położnych uprawnionych do wykonywania zawodu oraz pracujących w ochronie zdrowia sytuowały województwo opolskie w 2011 i 2009 r. na ostatnim miejscu w kraju. Według danych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu na dzień 25.03.2013r. zarejestrowanych było w województwie opolskim 481 położnych (stan rzeczywisty). Spośród zarejestrowanych w OIPIP, pielęgniarek i położnych w liczbie 4 736 (na dzień 25.03.2013r.) na koniec 2012r. było 372 specjalistów w pielęgniarstwie i położnictwie, co stanowi niecałe 8% ogólnej liczby zarejestrowanych.
- 9) Na koniec 2012 r zarejestrowano w porównaniu do 2010 r zwiększenie liczby lekarzy specjalistów 2 stopnia w zakresie pediatrii, położnictwa i ginekologii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, ortopedii, otolaryngologii, neurologii dorosłych, medycyny pracy, rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii, radiologii, okulistyki i onkologii klinicznej. W pozostałych specjalnościach nie zarejestrowano zmian w liczbie lekarzy specjalistów.
- Należy zwrócić uwagę na stosunkowo wysoką średnią wieku lekarzy specjalistów medycyny pracy, medycyny sportowej, neurologii dziecięcej, dermatologii, reumatologii. Średnia wieku lekarzy położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, pediatrii oraz laryngologii, pomimo pojawienia się nowych specjalistów, jest również niepokojąco wysoka, co może stwarzać niebezpieczeństwo niedoboru kadr tych specjalności w perspektywie 10 kolejnych lat.
- 10) Prognozy dotyczące liczby lekarzy dla województwa opolskiego są niekorzystne. Można szacować, iż w ciągu kolejnych 20 lat w przypadku utrzymywania się trendu z 10 ostatnich lat, w województwie opolskim może ubyc ok. 500 lekarzy.

Wykres 4. Symulacja liczby lekarzy medycyny w OIL wg wieku w roku 2032 wg danych 2012r przy założeniu starzenia się i ubytków naturalnych oraz „napływu” nowych lekarzy na poziomie ostatnich 10 lat.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

Liczba młodych, rozpoczynających pracę lekarzy, będących członkami OIL nie będzie w stanie uzupełnić niedoborów, powstających na skutek starzenia się tej grupy zawodowej. Bez zwiększenia w perspektywie najbliższych 10 lat liczby młodych lekarzy, dostępność systemu ochrony zdrowia w województwie opolskim pogorszy się.

2.5. Infrastruktura w ochronie zdrowia w województwie opolskim

1) Według danych Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego (księgi rejestrowe), w województwie opolskim w 2012 roku funkcjonowało **459** podmiotów leczniczych prowadzących działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Wg stanu na dzień 31 grudnia 2012r. w województwie opolskim funkcjonowało 31 podmiotów leczniczych opieki stacjonarnej :

- Samorząd Województwa Opolskiego jest podmiotem tworzącym dla **11** podmiotów opieki stacjonarnej, w tym **8** szpitali (6 szpitali ogólnych i 2 szpitale psychiatryczne), **1** zakładu opieki długoterminowej oraz **2** podmiotów inne niż szpitalne.
- Samorządy Powiatowe są podmiotami tworzącymi dla **8** szpitali.
- Ponadto na terenie województwa opolskiego działa **8** spółek oraz **4** podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest MSW (2), MON (1) i MZ (1).

Strategiczne znaczenie w województwie opolskim powinny odgrywać szpitale wielospecjalistyczne m.in. w Opolu, Nysie i Kędzierzynie-Koźlu. Przemawia za tym posiadanie w strukturach organizacyjnych SOR-ów z zapleczem diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej oraz działających w systemie całodobowej gotowości bloków operacyjnych.

2) Stan infrastruktury w ochronie zdrowia w województwie opolskim nie jest w pełni zadowolający, jest on jednak na bieżąco monitorowany, czego efektem są podejmowane działania mające na celu jego ciągłą poprawę. W ostatnich latach poniesione zostały wielomilionowe nakłady finansowe (w ramach RPO WO w latach 2007-2013 z EFRR ponad 47 mln zł) przeznaczone na rozwój infrastruktury w ochronie zdrowia – rozbudowę podmiotów leczniczych, remonty, modernizacje, zakupy aparatury i sprzętu medycznego. W efekcie poniesionych inwestycji usprawnione zostały stosowane procedury medyczne, a dzięki odnowie aparatury medycznej wprowadzone zostały nowe zakresy udzielanych świadczeń zdrowotnych, umożliwiające wykorzystanie najnowocześniejszych technologii.

3) Placówki ochrony zdrowia w województwie opolskim są coraz lepiej wyposażone w nowoczesny sprzęt medyczny. Planowane inwestycje w ochronie zdrowia nakierowane są przede wszystkim na dostosowanie podmiotów leczniczych do zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739). Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r. poz. 217) podmioty wykonujące działalność leczniczą, których pomieszczenia i urządzenia nie odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych zobowiązane są do dostosowania pomieszczeń i urządzeń do dnia 31 grudnia 2016 r.

4) Analizując stan infrastruktury związanej z ochroną zdrowia w województwie opolskim, można stwierdzić, iż dzięki zaangażowaniu samorządów województwa w pozyskiwaniu środków unijnych oraz systematycznym działaniom restrukturyzacyjnym w szpitalach, stan infrastruktury, wyposażenia i dostępności do nowoczesnej aparatury medycznej w placówkach lecznictwa szpitalnego jest dobrze oceniany. W okresie 2007- 2013 ze środków UE zrealizowano wiele projektów (ze wsparciem na poprawę infrastruktury oraz zakup aparatury medycznej), w tym projekt kluczowy o wartości 60 mln zł (w tym EFRR 25,9 mln zł), którego beneficjentem był Samorząd Województwa Opolskiego.

Dzięki inwestycjom wprowadzone zostały nowe procedury medyczne, a także usprawnione procedury już stosowane. W efekcie dochodzi do dalszego skracania średniego czasu hospitalizacji (aktualnie średni czas hospitalizacji wynosi około 5 dni). Czas ten w porównaniu do danych z innych krajów UE jest jednym z najkrótszych, co świadczyć może o utrzymywaniu tendencji do hospitalizacji w przypadkach, gdzie w innych krajach w porównywalnych okolicznościach pacjent

otrzymuje świadczenie zrealizowane w warunkach ambulatoryjnych. Ponadto dzięki tym inwestycjom poprawił się zakres i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców województwa. W dłuższym okresie, nowe elementy infrastruktury przyczynią się do poprawy jakości życia mieszkańców regionu.

- 5) Wsparcie projektów informatycznych podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami działającymi w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej możliwe było w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2007-2013. Środki z Unii Europejskiej pozwoliły w wielu podmiotach leczniczych z województwa opolskiego na utworzenie m.in.:
- systemu informacji telemedycznej, gromadzenia, przetwarzania i archiwizacji danych w sp zoz,
 - modułów informacyjnych (np. e-Pacjent, e-Kontrahent, Przychodnia),
 - serwerowni, kompleksowej infrastruktury sieci okablowania strukturalnego oraz dedykowanej instalacji zasilania elektrycznego,
 - oraz zapewnienie dostępu do Internetu i usług e-zdrowia.
- Jednakże w dalszym ciągu stan informatyzacji podmiotów leczniczych z województwa opolskiego jest niewystarczający i wymaga dalszych nakładów inwestycyjnych.
- 6) W połowie roku 2013 uruchomiono Zintegrowany Informator Pacjenta tj. ogólnopolski serwis udostępniający zarejestrowanym użytkownikom historyczne dane o ich leczeniu i finansowaniu leczenia, gromadzonych od 2008 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na dzień 13.12.2013 r. wydano w województwie opolskim 24 620 danych dostępowych. Wskaźnik liczby wydanych danych dostępowych do ZIP w stosunku do liczby mieszkańców wynosi 2,43%, co na tle innych województw plasuje województwo opolskie na 3 miejscu.¹³

2.6. Działalność podmiotów leczniczych w województwie opolskim

1) Działalność szpitali ogólnych województwa opolskiego

Zgodnie z informacją z CSIOZ na koniec 2011 roku w województwie opolskim było łącznie **4 439 łóżek**¹⁴, co stanowi o **52 łóżka** więcej niż w roku poprzednim. Pomimo rosnącej liczby łóżek **wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności wynosi 44** co plasuje województwo opolskie na 15 miejscu w kraju (według najnowszych danych CSIOZ z 2012 r. wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności wynosi 45,7 – 10 miejsce w kraju).

Według wskaźnika przeciętnego pobytu chorego w szpitalu w dniach województwo opolskie zajmuje 14 miejsce, natomiast wskaźnik wykorzystania łóżka w dniach daje województwu 9 miejsce w kraju.

Według stanu na dzień 31.12.2011 r. w województwie opolskim było ogółem 212 łóżek intensywnej opieki medycznej - w tym 60 łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego¹⁵.

Według danych na styczeń 2011r. województwo opolskie miało najniższy **wskaźnik liczby łóżek intensywnej terapii na 100 tys. mieszkańców tj. 5,15**, podczas gdy średni wskaźnik dla pozostałych regionów waha się od 6,06 w woj. śląskim do 9,23 w województwie mazowieckim¹⁶.

2) Działalność ambulatoryjna, specjalistyczna opieka zdrowotna

Z raportu CSIOZ na koniec 2011r. wynika, iż w województwie opolskim było:

- 126 poradni chorób wewnętrznych (alergologiczna, diabetologiczna, nefrologiczna, kardiologiczna, medycyny nuklearnej)

¹³ dane NFZ

¹⁴ CSIOZ Warszawa 2012 – Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

¹⁵ dane CSIOZ Warszawa 2012 na podstawie MZ -29

¹⁶ Podany w tym punkcie wskaźnik liczby łóżek intensywnej terapii na 100 tys. mieszkańców **5,15** jest wskaźnikiem wyliczonym w oparciu o dane demograficzne nie uwzględniające emigracji i migracji mieszkańców Opolszczyzny, a więc gdyby przeliczyć ten wskaźnik na liczbę mieszkańców rzeczywistą (pomniejszoną o oficjalną liczbę o 100 do 200 tys. mieszkańców) wskaźnik mieściłby się w stanach średnich, a więc między 6 a 7 łóżek na 100 tys. mieszkańców

- 143 poradni o specjalności zachowawczej (dermatologiczna, neurologiczna, onkologiczna, rehabilitacyjna, chorób zakaźnych)
- 76 poradni opieki nad matką i dzieckiem (pediatryczna, neonatologiczna, ginekologiczno-położnicza)
- 180 poradni zabiegowych (chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, urazowo-ortopedyczna, okulistyka, otolaryngologiczna, urologiczna)

Dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwie jest utrudniony - podobnie jak w całym kraju. Najdłuższy czas oczekiwania wynosi ponad rok do poradni endokrynologicznej i kardiologicznej.

3) Opieka długoterminowa

W Polsce 1,5 % bieżących wydatków przeznaczana jest na ośrodki zajmujące się opieką długoterminową. Polska znajduje się na etapie rozwijania kompleksowej opieki długoterminowej. Różnice w dostępie do placówek ZOP, ZOL i hospicjów na terenie kraju są znaczne. Najwięcej łóżek na 100 000 mieszkańców we wszystkich woj. jednostkach znajduje się w woj. dolnośląskim – 88,8 a najmniej w woj. wielkopolskim – 21,7.

W województwie opolskim oddziały opiekuńczo-lecznicze dysponowały 715 miejscami przy 1405 liczbie pacjentów objętych opieką w ciągu roku 2011. Hospicja stacjonarne dysponowały 47 miejscami a pacjentów objętych opieką było 558¹⁷. Dostępność do opieki paliatywnej w Polsce jest nierównomierna ze względu na rozmieszczenie istniejących ośrodków. W województwie opolskim funkcjonuje najmniej jednostek opieki paliatywnej w porównaniu do innych województw w kraju. W województwie opolskim nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca wyniosły w 2011 r. - 8,08 zł i dają nam 7 miejsce, przy średniej krajowej 7,76 zł.

4) Opieka psychiatryczna

Z badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wynika, iż stale, zwiększa się liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. W okresie 15 lat, od 1990 r. do 2004 r., wskaźnik rozpowszechnienia leczonych w opiece ambulatoryjnej wzrósł o 131% (z 1629 do 3763 na 100 tys. ludności), a wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji o 45% (z 362 do 526 na 100 tys. ludności).

Od początku lat dziewięćdziesiątych zarówno w kraju jak i w województwie notuje się sukcesywny wzrost zachorowalności na psychotyczne i niepsychotyczne zaburzenia psychiczne – spowodowane zmianami społeczno-ekonomicznymi generującymi nowe zagrożenia dla zdrowia psychicznego (bieda, bezrobocie oraz brak poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego, socjalnego i zdrowotnego).

W psychiatrii w województwie opolskim według stanu w dniu 31.12.2011 r. funkcjonują następujące podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych:

- 3 szpitale psychiatryczne (dodatkowo oddziały psychiatryczne w SP ZOZ Głuchołazy oraz w Brzeskim Centrum Medycznym),
- 1 ośrodek leczenia odwykowego,
- 1 ośrodek rehabilitacyjny dla narkomanów (MONAR)
- oraz 1 inne.

Liczba poradni w psychiatrii na dzień 31.12.2012 r. wynosi 102¹⁸.

5) System ratownictwa medycznego w województwie opolskim

Na terenie województwa opolskiego system ratownictwa medycznego działa na podstawie sporządzonego przez Wojewodę Opolskiego *Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Opolskiego na lata 2011 i następne*.

Obecnie na obszarze województwa opolskiego działają jednostki systemu:

¹⁷ dane CSIOZ Warszawa 2012 na podstawie MZ 29A

¹⁸ dan: Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Opolskiego na lata 2012- 2015

- 7 szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- 41 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 17 typu specjalistycznego i 24 typu podstawowego.

Zgodnie z planem działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Opolskiego utworzono 7 rejonów operacyjnych dla zespołów ratownictwa medycznego, obejmujących, za wyjątkiem rejonu operacyjnego głubczyckiego i kędzierzyńsko-kozielskiego, obszary dwóch sąsiednich powiatów. Taki podział ułatwił dysponowanie zespołami i poprawił sposób zarządzania karetkami, w konsekwencji poprawił sytuację miejscowości położonych przy granicach powiatów zwiększając skuteczność działania systemu.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

System ratownictwa medycznego w województwie opolskim wspierany jest przez Zespół Śmigłowej Służby Ratownictwa Medycznego¹⁹ stacjonujący w województwie dolnośląskim i województwie śląskim.

W województwie opolskim zarejestrowane są trzy lądowiska sanitarne w Opolu, Nysie oraz Oleśnie.

Centrum urazowe

Na terenie województwa opolskiego funkcjonuje od dnia 1 stycznia 2011 roku jedno Centrum Urazowe przy Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu.

Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego

W województwie opolskim z dniem 28 sierpnia 2012 r. zostało uruchomione Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego (WCPR) z lokalizacją w Opolu przy ul. Oleskiej 123.

6) Wyniki finansowe w stacjonarnej opiece zdrowotnej

Na przestrzeni ostatnich trzech lat sumaryczny wynik finansowy opolskich podmiotów leczniczych uległ znacznej poprawie (za 12 m-cy 2012 r. wyniósł 19 714 tys. zł.) W porównaniu z tym samym okresem 2010 r. i 2011 r. wynik ten poprawił się odpowiednio o 29 013 tys. zł i o 42 336 tys. zł. Łączne przychody ogółem na koniec 2012 r. wyniosły 940 604 tys. zł i w porównaniu z 2011 r. uległy zwiększeniu o 8,81%, natomiast w porównaniu z 2010 r. zwiększyły się o 8,67%. Z kolei łączne **koszty ogółem za 2012 r. wynoszą 920 719 tys. zł** i w porównaniu z 2011 r. uległy zwiększeniu o 3,42%, natomiast w porównaniu z 2010 r. zwiększyły się o 5,27%. Z powyższego wynika, iż w ostatnich latach obserwuje się większy wzrost przychodów ogółem niż kosztów ogółem, o czym świadczy znaczna poprawa sumarycznego wyniku finansowego opolskich podmiotów leczniczych.

Ponadto wartość zobowiązań ogółem oraz zobowiązań wymagalnych ww. jednostek w latach 2010-2012 jest na najniższym poziomie w całym kraju. Na koniec 2012 r. zobowiązania ogółem stanowią tylko 1,25% wszystkich zobowiązań podmiotów leczniczych w skali kraju, natomiast zobowiązania wymagalne stanowią tylko 0,47% wszystkich zobowiązań wymagalnych. Powyższe wskaźniki świadczą o dobrej i stabilnej sytuacji finansowej opolskich podmiotów leczniczych.

¹⁹ HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service

Tabela 5. Zestawienie wyników finansowych za 12 m-cy 2010, 2011 i 2012 r. podmiotów leczniczych w Województwie Opolskim (w tys. zł)

Podmioty lecznicze	Wynik finansowy za 12 m-cy 2010 r.	Wynik finansowy za 12 m-cy 2011 r.	Wynik finansowy za 12 m-cy 2012 r.
Wojewódzkie*	-6 815	-10 331	14 149
Resortowe**	874	1 401	2 070
Powiatowe***	-3 824	-12 385	3 249
Spółki****	466	-1 307	246
Razem	-9 299	-22 622	19 714

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych ze sprawozdań o przychodach, kosztach i wyniku finansowym złożonych przez podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie oraz danych otrzymanych z pozostałych jednostek.

* 13 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;

** 3 podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest właściwy Minister działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;

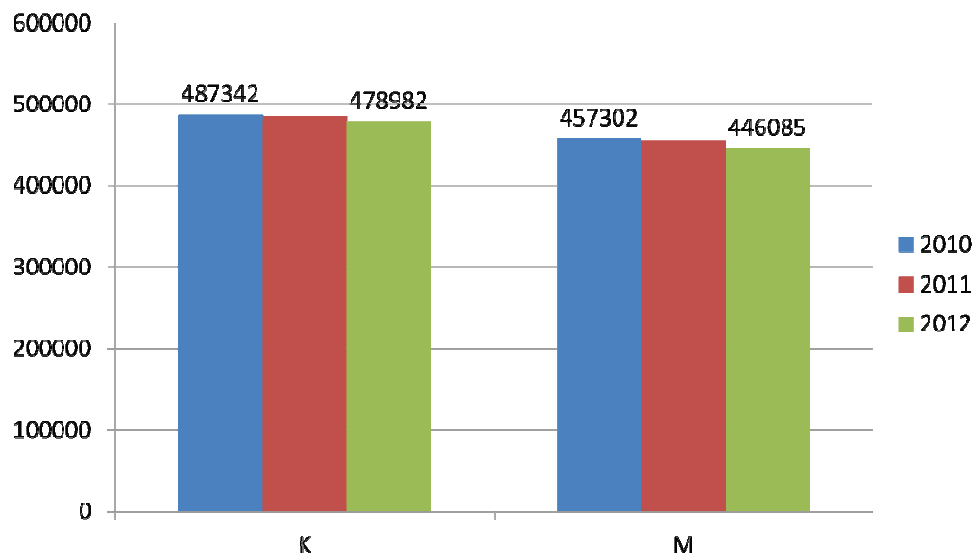
*** 8 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe, działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;

**** 5 podmiotów leczniczych działających w formie spółek prawa handlowego – brak danych z jednej spółki

2.7. Ocena dostępności do świadczeń w województwie

- 1) W okresie rozpatrywanych ostatnich 3 lat wartość umów na różne świadczenia zdrowotne była zależna od korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przez ubezpieczonych z poszczególnych powiatów.

Wykres 5. Liczba ubezpieczonych kobiet i mężczyzn w woj. opolskim w latach 2010-2012.

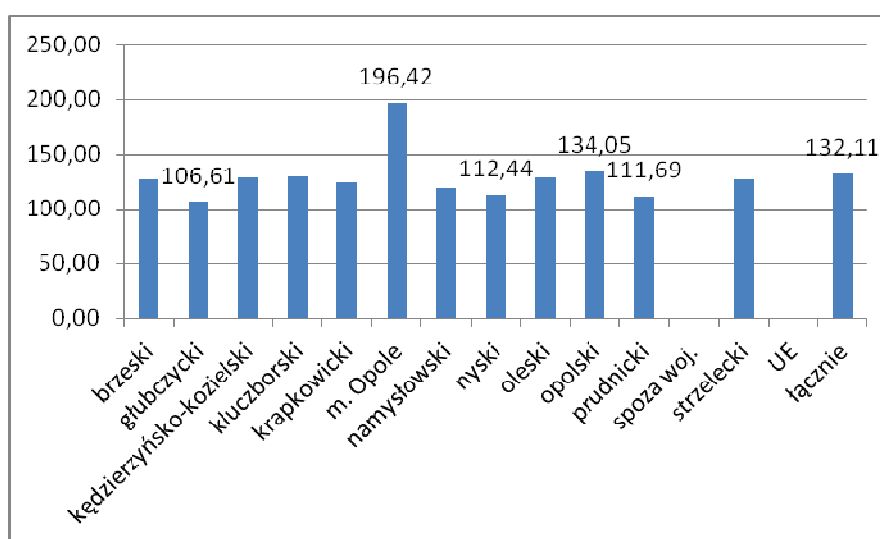


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Od 2010 r. maleje liczba ubezpieczonych w województwie opolskim, z wyjątkiem powiatu opolskiego. Największy spadek zanotowano w powiatach: m. Opole (2.510), strzeleckim (1.814), nyskim (1.806), kluczborskim (1.607). Najmniejszy spadek ubezpieczonych odnotowano w powiatach: namysłowskim (440), prudnickim (1.107).

- 2) W latach 2010-2012 znacznie wzrosła liczba zakontraktowanych świadczeń w rodzaju lecniectwo szpitalne, o 0,8% w 2011r. w porównaniu do 2010r. oraz o 5% w 2012r. w porównaniu do roku poprzedniego. Największa kwota zakontraktowanych umów obejmuje powiat nyski, jest tam największa liczba ubezpieczonych. Średnia wartość na jednego ubezpieczonego w 2012 r. wynosiła 693,56 zł. Natomiast najwyższa kwota na jednego ubezpieczonego przypadła w 2012 r. w m. Opolu i wynosiła 788,44 zł., mimo zawartych kontraktów o niższej wartości świadczeń.
- 3) Obserwuje się od lat wyraźną różnicę w średnich wartościach świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) realizowanych na rzecz ubezpieczonych miasta Opole, gdzie wartości te przekraczają o 50% średnią dla całego województwa opolskiego. Najniższa wartość świadczeń AOS na 1 ubezpieczonego mieszkańca powiatu występuje w powiatach: głubczyckim (106,61 zł na 1 ubezpieczonego w roku 2012), prudnickim (111,69zł) oraz nyskim (112,44zł).

Wykres 6. Wartość świadczeń AOS na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ w roku 2012 wg powiatu zamieszkania.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

- 4) Niepokojąca jest dysproporcja w dostępności do rehabilitacji leczniczej w poszczególnych powiatach województwa opolskiego. Czas oczekiwania na zabiegi różni się znacząco. Wartość środków na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej na przełomie roku 2010-2012 wzrosła o 2%. W powiecie brzeskim, kluczborskim, krapkowickim, m. Opolu, namysłowskim, nyskim, oleskim, prudnickim wartość świadczeń wzrosła o 8%. W powiecie głubczyckim, kędzierzyńsko-kozielskim, opolskim, strzeleckim wartość świadczeń zmalała o 8%.
- 5) Wartość świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w 2011 r. w stosunku do 2010 r. wzrosła o 3%. Natomiast w 2012 r. w stosunku do 2011 r. spadła o 3%. Wartość świadczeń wzrosła znacząco w powiecie prudnickim o 10% , zmalała w powiecie namysłowskim, głubczyckim, nyskim, opolskim oraz strzeleckim.
- 6) Czas oczekiwania na świadczenia oraz liczba oczekujących:
 - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna: najdłuższy czas oczekiwania na wizytę występuje w poradni endokrynologicznej (382 dni) oraz poradni kardiologicznej (362 dni).
 - Leczenie szpitalne: najdłużej (363 dni) wynosi czas oczekiwania na przyjęcie na Oddział Reumatologiczny oraz (238 dni) na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

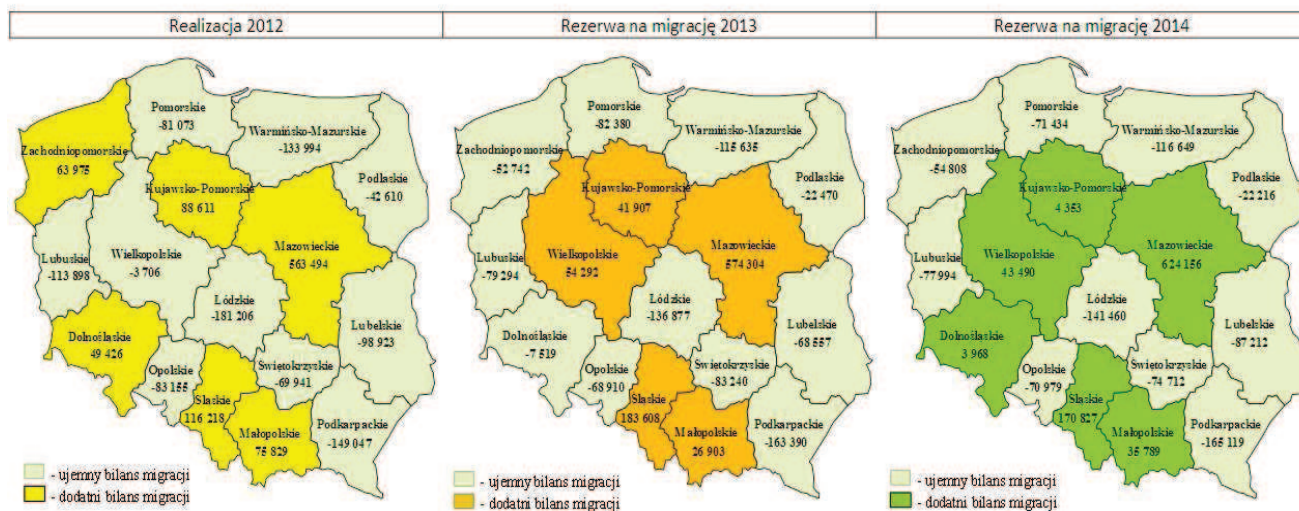
- Procedury medyczne: najdłuższy czas oczekiwania wynosi 1550 dni - endoprotezoplastyka stawu kolanowego, 1533 dni - endoprotezoplastyka stawu biodrowego, 885 dni – zabieg usunięcia zaćmy.

Należy wziąć pod uwagę, że przekazywane przez świadczeniodawców informacje na temat liczby pacjentów oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania są w wielu przypadkach niezgodne ze stanem faktycznym. W składanych wyjaśnieniach świadczeniodawcy informują o częstych sytuacjach zapisywania się pacjentów do kolejki i niestawienia się na wyznaczoną wizytę.

2.8. Świadczenia migracyjne

Priorytet w rozliczaniu świadczeń zrealizowanych na terenie innych województw na rzecz ubezpieczonych we właściwym oddziale wojewódzkim określony w Zarządzeniu Prezesa NFZ, stanowi wyzwanie dla regionalnej polityki zdrowotnej w organizacji jak najlepszego dostępu do świadczeń na terenie własnego regionu. W przypadku województwa opolskiego, ograniczona liczebność populacji oraz dokonujące się zmiany w organizacji świadczeń, niedobory kadrowe, wymagają rzetelnej analizy i opracowania perspektywicznego planu rozwoju. Szczegółowe dane na temat rozliczanych przez płatnika OOW NFZ kosztów świadczeń migracyjnych oraz wynikające stąd wnioski zawarte są w materiale diagnostycznym (Załącznik do strategii ochrony zdrowia).

Rycina 1. Bilans migracji ubezpieczonych w latach 2012-2014 (w tys. zł).



Źródło: dane NFZ

Opolskie:

2012 rok – Realizacja: - 83 155 tys. zł
 2013 rok – Rezerwa na migrację: - 68 910 tys. zł
 2014 rok – Rezerwa na migrację: - 70 979 tys. zł

2.9. Analiza SWOT

W ramach procesu opracowania Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020 wykorzystano analizę SWOT, za pomocą której zidentyfikowano czynniki mające wpływ na obszar ochrony zdrowia w województwie.

Ta technika analityczna stosowana jest we wszystkich obszarach planowania strategicznego jako uniwersalne narzędzie pierwszego etapu analizy strategicznej.

W ramach analizy SWOT dokonano klasyfikacji czynników w czterech wymiarach:

- wewnętrznym: mocne i słabe strony,
- zewnętrznym: szanse i zagrożenia,
- pozytywnym: mocne strony i szanse,
- negatywnym: słabe strony i zagrożenia.

Analiza SWOT wraz z diagnozą ochrony zdrowia została poddana konsultacjom społecznym. Na podstawie otrzymanych uwag oraz w uzgodnieniu z Zespołem Konsultacyjnym, zweryfikowano zapisy analizy SWOT. Czynniki zostały zestawione zgodnie z hierarchią ważności i znaczeniem dla obszaru ochrony zdrowia w województwie.

Tabela 6. Analiza SWOT dla obszaru ochrony zdrowia w województwie opolskim – mocne i słabe strony

Mocne strony	Słabe strony
1. regionalna koordynacja ratownictwa medycznego	1. wyludnianie się i struktura wieku ludności oraz zmniejszająca się liczba ubezpieczonych
2. rozmieszczenie łóżek podstawowych i specjalistycznych	2. deficyt lekarzy specjalistów, w tym z dziedzin geriatry, medycyny rodzinnej, pediatrii, radioterapii, interny, psychiatrii dziecięcej
3. potencjał dializoterapii, chirurgii naczyniowej, neurochirurgii, kardiologii inwazyjnej, onkologii i hematologii	3. infrastruktura w kompleksowej opiece nad osobami starszymi, przewlekle chorymi, niesamodzielnymi oraz niewystarczająca liczba opiekunów
4. najniższy w Polsce poziom zadłużenia szpitali w województwie opolskim	4. system kompleksowej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych
5. jakość opieki zdrowotnej	5. dostęp do poradni ginekologicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego
6. regionalne uczelnie kształcące na kierunkach medycznych	6. dostęp do usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w tym rehabilitacji medycznej
7. organizacja intensywnej opieki medycznej nad noworodkami i dziećmi	7. zmniejszająca się liczba lekarzy i pielęgniarek
8. realizacja programu leczenia wczesnej fazy udaru mózgu	8. niedobór infrastruktury, zwłaszcza w zakresie kompleksowego leczenia nowotworów i intensywnej terapii
9. poziom stacjonarnego leczenia psychiatrycznego	9. wyposażenie w sprzęt oraz poziom informatyzacji jednostek ochrony zdrowia
	10. dostęp do opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej
	11. koordynacja realizacji działań i programów w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki
	12. opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą, w tym stomatologia dziecięca
	13. opieka dzienna i środowiskowa nad chorymi psychicznie
	14. współdziałanie obszarów opieki zdrowotnej z opieką społeczną
	15. aktywność ruchowa oraz poziom kultury fizycznej
	16. niedostosowanie godzin funkcjonowania aptek do faktycznych potrzeb mieszkańców

Tabela 7. Analiza SWOT dla obszaru ochrony zdrowia w województwie opolskim – szanse i zagrożenia

Szanse	Zagrożenia
<ol style="list-style-type: none"> 1. wzrost świadomości prozdrowotnej 2. rozwój opieki nad matką i dzieckiem 3. współpraca płatnika, jednostek ochrony zdrowia i ich właścicieli w zakresie realizacji polityki zdrowotnej 4. rozwój e-zdrowia i telemedycyny 5. współpraca szpitali województwa z ośrodkami akademickimi 6. środki zewnętrzne na kształcenie i podnoszenie kwalifikacji kadry medycznej 7. alternatywne źródła finansowania ochrony zdrowia w tym dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne 8. oparcie systemu ochrony zdrowia o instytucję lekarza rodzinnego 9. innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia poprawiające skuteczność świadczonych usług medycznych 10. nowe programy zdrowotne i profilaktyczne 11. optymalizacja kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia z koncentracją działalności szpitali 12. decentralizacja finansowania świadczeń wraz z odpowiedzialnością regionalną za dostęp do świadczeń zdrowotnych 13. rozwój rehabilitacji neurologicznej 14. utworzenie bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w województwie opolskim 15. powstanie na terenie województwa podmiotu/ów realizujących świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. brak wspólnego i jednolitego mechanizmu realizowania regionalnej polityki zdrowotnej 2. niestabilność przepisów w ochronie zdrowia 3. nakłady na ochronę zdrowia 4. odpływ wykwalifikowanego personelu medycznego 5. zbyt obszerny koszyk świadczeń gwarantowanych w stosunku do wielkości środków przeznaczanych na ochronę zdrowia 6. wycena świadczeń zdrowotnych rozliczanych przez NFZ 7. limitowanie świadczeń medycznych i związany z tym czas oczekiwania na realizację planowanych zabiegów 8. brak zainteresowania wybranymi specjalizacjami medycznymi (geriatria, pediatria, medycyna rodzinna, radioterapia) 9. zbyt mała ilość miejsc specjalizacyjnych dla województwa opolskiego 10. dysproporcje w finansowaniu usług medycznych

Rozdział

3

**OBSZARY INTERWENCJI
W OCHRONIE ZDROWIA**

Na podstawie diagnozy i wyników analizy SWOT określono następujące obszary interwencji polityki zdrowotnej w województwie opolskim:

1. Promocja zdrowia oraz profilaktyka i edukacja zdrowotna
2. Kadra medyczna
3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna
4. Lecznictwo szpitalne
5. Opieka długoterminowa i paliatywno-hospicyjna
6. Ratownictwo medyczne
7. Informatyzacja w ochronie zdrowia
8. Opieka psychiatryczna, przy czym interwencja w tym obszarze odbywa się w oparciu o **Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Opolskiego na lata 2011-2015**²⁰.

Tabela 8. Kierunki rozwoju, obszary interwencji i cele strategiczne

Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r.	Strategia ochrony zdrowia województwa opolskiego 2014-2020	
Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych	Obszary interwencji	Cele strategiczne
	1. Promocja zdrowia oraz profilaktyka i edukacja zdrowotna	1.1 Profilaktyka chorób
	2. Kadra medyczna	2.1 Dogodne warunki rozwoju w placówkach ochrony zdrowia.
	3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	3.1 Opieka ambulatoryjna (podstawowa oraz specjalistyczna)
	4. Lecznictwo szpitalne	4.1 Specjalistyczne usługi medyczne
		4.2 Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem
		4.3 Opieka nad osobami starszymi
		4.4 Restrukturyzacja podmiotów leczniczych
	5. Opieka długoterminowa i paliatywno-hospicyjna	5.1 Rozwój opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej
6. Ratownictwo medyczne	6.1 Regionalne ratownictwo medyczne	
7. Informatyzacja w ochronie zdrowia	7.1 E-usługi w ochronie zdrowia	
8. Opieka psychiatryczna		

Źródło: Opracowanie własne

²⁰ Program przyjęty Uchwałą nr 3154/2012 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 27 grudnia 2012r. Podstawą prawną opracowania dokumentu jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego (Dz. U. Nr 24, poz. 128).

Rozdział

4

CELE STRATEGICZNE I OPERACYJNE

Tabela 9. Cele strategiczne i operacyjne

Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020	Strategia ochrony zdrowia województwa opolskiego 2014-2020		
Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych	1. Promocja zdrowia oraz profilaktyka i edukacja zdrowotna	Cele strategiczne	Cele operacyjne
		1.1. Profilaktyka chorób	1.1.1. Prowadzenie działań profilaktycznych zwłaszcza z zakresu chorób cywilizacyjnych, społecznych i zakaźnych
			1.1.2. Rozwój i prowadzenie edukacji zdrowotnej społeczeństwa
	2. Kadra medyczna	Cele strategiczne	Cele operacyjne
		2.1. Dogodne warunki rozwoju w placówkach ochrony zdrowia	2.1.1. Kształcenie i doskonalenie zawodowe kadr medycznych
			2.1.2. Współpraca szkół wyższych kształcących w zawodach medycznych z jednostkami ochrony zdrowia
			2.1.3. Współpraca z uczelniami wyższymi w sektorze B+R*
	3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna (podstawowa oraz specjalistyczna)	Cele strategiczne	Cele operacyjne
		3.1 Opieka ambulatoryjna (podstawowa oraz specjalistyczna)	3.1.1. Wyrównywanie różnic w dostępności usług ambulatoryjnych
			3.1.2. Rozwój instytucji lekarza rodzinnego

* Prace badawczo-rozwojowe

Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych	4. Lecznictwo szpitalne	Cele strategiczne	Cele operacyjne
		4.1. Specjalistyczne usługi medyczne	4.1.1. Zwiększanie bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez poprawę dostępności do anestezjologii i intensywnej terapii oraz opieki pooperacyjnej
			4.1.2. Rozwój systemu kompleksowego leczenia chorób cywilizacyjnych w tym nowotworów złośliwych
			4.1.3. Rozwój infrastruktury oraz wprowadzenie nowoczesnych technologii medycznych
			4.1.4. Rozwój systemu leczenia wczesnej fazy udaru mózgu
		4.2. Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem	4.2.1. Zwiększanie dostępności i jakości świadczeń położniczo-ginekologicznych, neonatologicznych i pediatrycznych
			4.2.2. Zwiększanie bezpieczeństwa i komfortu porodu oraz opieki poporodowej
		4.3. Opieka nad osobami starszymi	4.3.1. Rozwój kompleksowej opieki geriatrycznej
			4.3.2. Wsparcie dla starzejącej się populacji pacjentów
		4.4. Restrukturyzacja podmiotów leczniczych	4.4.1. Zmiany w zarządzaniu i organizacji podmiotów leczniczych
	5. Opieka długoterminowa i paliatywno-hospicyjna	Cele strategiczne	Cele operacyjne
		5.1. Rozwój opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej	5.1.1. Rozwój bazy i usług adresowanych do osób niesamodzielnych, nieuleczalnie chorych i ich rodzin
			5.1.2. Rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej
	6. Ratownictwo medyczne	Cele strategiczne	Cele operacyjne
		6.1. Regionalne ratownictwo medyczne	6.1.1. Wspieranie działań realizowanych w ramach regionalnego ratownictwa medycznego
	7. Informatyzacja w ochronie zdrowia	Cele strategiczne	Cele operacyjne
		7.1 E-usługi w ochronie zdrowia	7.1.1. Rozbudowa infrastruktury informatycznej i telemedycznej w opiece ambulatoryjnej i w opiece stacjonarnej

Źródło: Opracowanie własne

PROMOCJA ZDROWIA ORAZ PROFILAKTYKA I EDUKACJA ZDROWOTNA

Cel strategiczny 1.1. Profilaktyka chorób

Zapobieganie chorobom, propagowanie zdrowego stylu życia przez jednostki, utrzymanie i wzmocnienie zdrowia społeczności lokalnych przez odpowiednie instytucje oraz ochrona naturalnego środowiska życia człowieka to główny cel działań w zakresie utrzymania zdrowia mieszkańców regionu.

Wysoki poziom wykształcenia ogólnego mieszkańców regionu oraz dynamiczny rozwój i (dostępność) nośników informacji, stwarzają nowe możliwości kształcenia w zakresie wiedzy o zdrowiu i zapobieganiu chorobom, a także dbania o własne zdrowie. Zwiększające się oczekiwania społeczeństwa wynikające z organizacji systemu ochrony zdrowia powinny zostać uzupełnione większym zaangażowaniem i odpowiedzialnością obywateli za własne zdrowie. Przemawia to za koniecznością realizacji szeroko rozumianej profilaktyki chorób.

Diagnoza w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki i edukacji zdrowotnej wskazała, że w regionie najliczniejszą grupę chorób stanowią choroby o podłożu cywilizacyjnym, takie jak: cukrzyca, nadwaga i otyłość, choroby układu krążenia, nowotwory. Związane są one głównie z: brakiem aktywności fizycznej, stosowaniem diety bogatej w produkty wysokotłuszczowe i zawierającej zbyt dużą ilość cukrów, paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu oraz stresem. Istotnymi zagadnieniami dotyczącymi profilaktyki chorób są więc kwestie wprowadzania odpowiedniej profilaktyki i edukacji w zakresie unikania czynników ryzyka, wykonywania systematycznych badań i odpowiednio szybkiego reagowania na pojawienie się niepokojących objawów chorób. W związku z powyższym podejmowane będą działania polegające na wdrażaniu nowych metod terapii, prowadzeniu działań profilaktyczno-edukacyjnych i badań naukowych pozwalających poznać nowe, niepokojące zjawiska wśród osób należących do grup ryzyka.

Cel operacyjny 1.1.1.	Prowadzenie działań profilaktycznych zwłaszcza z zakresu chorób cywilizacyjnych, społecznych i zakaźnych
Zadania	<ul style="list-style-type: none">• Organizowanie konferencji, sympozjów, spotkań roboczych dla podmiotów leczniczych, samorządów terytorialnych, organizacji pozarządowych oraz grup samopomocowych aktywnych w obszarze promocji zdrowia oraz profilaktyki i edukacji zdrowotnej.• Wspieranie modelowych przedsięwzięć w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych, społecznych i cywilizacyjnych.• Wspieranie rozwoju profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów.• Wdrażanie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy,• Wdrażanie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy.• Wdrażanie projektów profilaktycznych dot. chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu.
Cel operacyjny 1.1.2.	Rozwój i prowadzenie edukacji zdrowotnej społeczeństwa
Zadania	<ul style="list-style-type: none">• Wspieranie rozwoju edukacji poprzez mass media w zakresie dotyczącym profilaktyki chorób zakaźnych, społecznych i cywilizacyjnych.• Organizowanie przedsięwzięć profilaktycznych i edukacyjnych wzmacniających indywidualną odpowiedzialność człowieka za zdrowie.

KADRA MEDYCZNA

Cel strategiczny 2.1. Dogodne warunki rozwoju w placówkach ochrony zdrowia

Poziom wykształcenia oraz liczebność kadr medycznych ma fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Niezmiernie ważne jest zorganizowanie systemu kształcenia kadr medycznych w sposób zapewniający wyspecjalizowane kadry medyczne w liczbie umożliwiającej szybki i skuteczny dostęp do profesjonalnie udzielanych świadczeń zdrowotnych wszystkim mieszkańcom bez względu na rodzaj posiadanego schorzenia.

W celu zapobieżenia spadkowi pracujących lekarzy w placówkach ochrony zdrowia w województwie opolskim (w 2011 r. wskaźnik lekarzy na 10 tys. mieszkańców dał regionowi 15 lokatę w kraju) oraz zabezpieczeniu specjalistów w różnych dziedzinach medycyny również w odniesieniu do pielęgniarek i położnych, a także pozostałej kadry medycznej, należałoby stworzyć instrumenty i narzędzia umożliwiające sprawny monitoring oraz pomoc w doskonaleniu zawodowym kadry w ochronie zdrowia. Należy stworzyć warunki do pozostawania w regionie wykształconej w opolskich medycznych szkołach młodzieży.

Rozwiązania dotyczące reformy kształcenia kadr medycznych komplementarne są z zapisami w dokumentach strategicznych działaniami na rzecz rozwoju infrastruktury uczelni medycznych, instytutów badawczych stanowiących bazę do kształcenia praktycznego kadr medycznych.

Cel operacyjny 2.1.1.	Kształcenie i doskonalenie zawodowe kadr medycznych
Zadania	<ul style="list-style-type: none">• Pozyskiwanie specjalistycznej kadry w dziedzinach deficytowych (w szczególności: geriatry, pediatrii, radioterapii, interny, medycyny rodzinnej, psychiatrii dziecięcej).• Zwiększanie kwalifikacji farmaceutów pracujących w aptekach szpitalnych.
Cel operacyjny 2.1.2.	Współpraca szkół wyższych kształcących w zawodach medycznych z jednostkami ochrony zdrowia
Zadania	<ul style="list-style-type: none">• Prowadzenie działalności dydaktycznej dla studentów w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych.• Usprawnienie procedur w zakresie odbywania staży i praktyk zawodowych.• Analiza rynku pracy pod kątem potrzeb kadr medycznych.• Rozszerzenie kształcenia w zawodach okołomedycznych.
Cel operacyjny 2.1.3.	Współpraca z uczelniami wyższymi w sektorze B+R*
Zadania	<ul style="list-style-type: none">• Programy badawczo-rozwojowe.

* Prace badawczo-rozwojowe

AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

Cel strategiczny 3.1. Opieka ambulatoryjna (podstawowa oraz specjalistyczna)

W województwie dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest utrudniony a czas oczekiwania na wizyty zbyt długi. Konieczne jest stworzenie warunków zapewniających racjonalne rozmieszczenie usług zdrowotnych na terenie województwa. Będzie to możliwe m.in. dzięki lepszej organizacji tych usług i optymalnemu wykorzystaniu istniejących zasobów kadry medycznej, infrastruktury i aparatury medycznej.

Oparcie systemu ochrony zdrowia o instytucję lekarza rodzinnego usprawni funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia poprzez leprze skoordynowanie działań medycznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Podstawowa Opieka Medyczna i Instytucja Lekarza Rodzinnego są jedną z dziedzin opieki medycznej priorytetowo traktowanych przez Instytucje Unii Europejskiej.

Cel operacyjny 3.1.1.	Wyrównywanie różnic w dostępności usług ambulatoryjnych
Zadania	<ul style="list-style-type: none">• Wykorzystanie lokalnych zasobów infrastrukturalnych na potrzeby dostępu do specjalistów.• Tworzenie warunków do poprawy dostępności w opiece stomatologicznej.• Tworzenie infrastruktury w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie „jednego dnia” wraz z zapleczem socjalnym dla pacjentów i opiekunów.• Tworzenie warunków do zapewnienia usług specjalistycznych, w tym rehabilitacji, zwłaszcza bezpośrednio po leczeniu specjalistycznym.
Cel operacyjny 3.1.2.	Rozwój instytucji lekarza rodzinnego
Zadania	<ul style="list-style-type: none">• Usprawnienie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej.

LECZNICTWO SZPITALNE

Cel strategiczny 4.1. Specjalistyczne usługi medyczne

Zmiany demograficzne, rozwój medycyny oraz wiedzy i świadomości pacjentów wymagają stworzenia warunków zapewniających zwiększenie efektywności regionalnego systemu ochrony zdrowia oraz poprawę dostępności usług zdrowotnych w regionie. Niezbędne jest zatem przeprowadzenie działań modernizujących i uzupełniających infrastrukturę i wyposażenie placówek w nowoczesny sprzęt medyczny. Wprowadzanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych, zakup i wymiana amortyzowanego sprzętu i dostosowanie liczby aparatów medycznych do potrzeb regionu służyc będą zwiększeniu dostępu do specjalistycznych usług medycznych

W związku z rosnącą zapadalnością społeczeństwa na choroby cywilizacyjne, w tym nowotwory złośliwe, ważne jest zwrócenie szczególnej uwagi na zapewnienie pacjentom równego dostępu do wysokospecjalistycznych usług w powyższym zakresie.

W zakresie intensywnej terapii ilość łóżek powinna być zwiększona w istniejących już oddziałach, aby zoptymalizować wykorzystanie pomieszczeń, sprzętu, zaplecza diagnostycznego, fachowego personelu i całej logistyki. Tworzenie nowych oddziałów w innych jednostkach jest na chwilę obecną nieuzasadnione ekonomicznie. Poprawa dostępności do anestezjologii i intensywnej terapii winna następować poprzez organizację w szpitalach odcinków wzmożonego nadzoru (np. pooperacyjnego) oraz organizację opieki dla pacjentów, którzy z uwagi na swój stan

zdrowia nie wymagają już pobytów na oddziałach intensywnej terapii, natomiast z uwagi na brak „form opieki pośredniej” są hospitalizowani w tych oddziałach.

Cel operacyjny 4.1.1.	Zwiększanie bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez poprawę dostępności do anestezjologii i intensywnej terapii oraz opieki pooperacyjnej
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Rozbudowa i modernizacja oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii. • Rozbudowa bloków operacyjnych. • Poprawa warunków pobytu i organizacji w salach pooperacyjnych.
Cel operacyjny 4.1.2.	Rozwój systemu kompleksowego leczenia chorób cywilizacyjnych w tym nowotworów złośliwych
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Tworzenie ośrodków zapewniających kompleksową diagnostykę i leczenie nowotworów oraz pozostałych chorób cywilizacyjnych. • Rozbudowa posiadanej bazy specjalistycznej, w tym na potrzeby leczenia nowotworów złośliwych narządu rodnoego i płuc.
Cel operacyjny 4.1.3	Rozwój infrastruktury oraz wprowadzenie nowoczesnych technologii medycznych
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Rozbudowa i modernizacja istniejącej infrastruktury na potrzeby wprowadzania nowoczesnych procedur i specjalistycznych rozwiązań medycznych, w tym małoinwazyjnych technik operacyjnych. • Rozwój infrastruktury do wykonywania świadczeń umożliwiających powrót na rynek pracy osób po intensywnej opiece anestezjologicznej, po wypadkach i zabiegach.
Cel operacyjny 4.1.4	Rozwój systemu leczenia wczesnej fazy udaru mózgu.
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Rozbudowa posiadanej bazy oddziałów udarowych. • Poprawa warunków pobytu.

Cel strategiczny 4.2. Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem

W okresie przedporodowym, śródporodowym i po urodzeniu dziecka zdrowie matki i dziecka powinno być szczególnie chronione ze względu na liczne niebezpieczeństwa infekcyjne, cechy biologiczne i wyływające z tego zagrożenia. Wymaga to zapewnienia matce i dziecku opieki medycznej na jak najwyższym poziomie, obejmującej zarówno profilaktykę, leczenie, jak i promocję zdrowia.

Wzrost liczby noworodków urodzonych przedwcześnie oraz prognozowane dalsze pogłębienie się tego zjawiska, oznacza konieczność odpowiedniego dostosowania oddziałów neonatologicznych. W tym celu prowadzone będą spójne długookresowe działania na rzecz podnoszenia jakości i dostępności usług medycznych w tym obszarze. Szczególnie istotna będzie zatem opieka nad matką i dzieckiem, w tym znieczulenia okołoporodowe, zakup sprzętu oraz utrzymanie szkół rodzenia. Niezbędne będzie także zapewnienie kompleksowej opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym uwzględniającej także wsparcie dla rodziców.

Cel operacyjny 4.2.1.	Zwiększanie dostępności i jakości świadczeń położniczo-ginekologicznych, neonatologicznych i pediatrycznych
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Opieka przedporodowa z dostępem do położnych środowiskowych i szkół rodzenia. • Rozbudowa i modernizacje oddziałów położniczo-ginekologicznych, neonatologicznych i pediatrycznych wraz z wyposażeniem.

Cel operacyjny 4.2.2.	Zwiększanie bezpieczeństwa i komfortu porodu oraz opieki poporodowej
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Dostosowanie infrastruktury, gwarantującej kompleksową opiekę nad matką i dzieckiem: od okresu ciąży, porodu i po porodzie. • Opieka położnych środowiskowych (przed i po porodzie). • Program naturalnego karmienia. • Rehabilitacja poporodowa.

Cel strategiczny 4.3. Opieka nad osobami starszymi

Kompleksowa opieka nad osobami starszymi jest w województwie słabo rozwinięta. Analizując zmieniającą się strukturę wiekową oraz wydłużającą się średnią długość życia mieszkańców województwa należy podjąć działania skupiające się na jej rozwoju. Wzrost populacji osób starszych będzie skutkował większym popytem na usługi opieki medycznej przeznaczone dla tej grupy wiekowej.

W odpowiedzi na proces starzenia się społeczeństwa i długowieczność obywateli regionalny system ochrony zdrowia powinien w lepszy i bardziej elastyczny sposób odpowiadać na potrzeby osób starszych. Wzrost liczby osób dotkniętych więcej niż jedną chorobą przewlekłą, powikłaniami wynikającymi z interakcji leków, czy schorzeń jatrogennych to wyzwania nie tylko dla lekarzy geriatrów, a także dla lekarzy rodzinnych, którzy powinni móc objąć kompleksową opieką pacjentów w podeszłym wieku.

Ponadto niezwykle ważne jest wspieranie innowacji i rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej i lepszego życia, które będą służyć promowaniu aktywnego starzenia się w dobrej kondycji psychicznej i fizycznej oraz zapewnieniu rozwoju usług dopasowanych do rzeczywistych potrzeb tej grupy wiekowej.

Cel operacyjny 4.3.1.	Rozwój kompleksowej opieki geriatrycznej
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Dostosowanie istniejącej infrastruktury dla potrzeb osób z grupy poprodukcyjnej. • Rozwój opieki geriatrycznej poprzez reorganizację i rozbudowę zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki geriatrycznej.
Cel operacyjny 4.3.2.	Wsparcie dla starzejącej się populacji pacjentów
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Wprowadzanie nowoczesnych metod terapii i wsparcia dla seniorów. • Programy zdrowotne uwzględniające integrację opieki geriatrycznej z innymi formami świadczeń zdrowotnych i społecznych.

Cel strategiczny 4.4. Restrukturyzacja podmiotów leczniczych

Procesy restrukturyzacyjne polegające na łączeniu lub przekształcaniu w spółki kapitałowe, samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzą do usprawnienia form zarządzania i gospodarowania publicznymi zasobami ochrony zdrowia. Spółka kapitałowa, jest sprawdzoną w gospodarce rynkowej formą organizacyjno-prawną, charakteryzującą się przejrzystością funkcjonowania. Ponadto poprzez urealnienie odpowiedzialności zarządzających i nadzorujących oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w sferze komercyjnej, stwarza lepsze możliwości rozwoju jednostek ochrony zdrowia.

Poprawę efektywności zarządzania można również osiągnąć poprzez integrowanie działalności podmiotów leczniczych, w tym także tworzenie sieci placówek wspólnie zarządzanych. Wskazane jest dokonanie analizy, a następnie podjęcie wspólnych, systemowych działań restrukturyzacyjnych dotyczących podmiotów leczniczych, dla których podmiotami tworzącymi są jednostki samorządu terytorialnego różnego szczebla.

Rekomendowaną formą powinna być koncentracja działalności medycznej w wielospecjalistycznych szpitalach posiadających w swoich strukturach SOR. Kluczową rolę powinny spełniać szpitale m.in. w Opolu, Nysie i Kędzierzynie-Koźlu.

Cel operacyjny 4.4.1.	Zmiany w zarządzaniu i organizacji podmiotów leczniczych
Zadania	<ul style="list-style-type: none">• Koncentracja działalności szpitali oraz tworzenie modeli współpracy - połączeń funkcjonalnych i organizacyjnych podmiotów leczniczych.• Zmiana formy organizacyjno-prawnej podmiotów leczniczych.• Tworzenie klastrów w opiece zdrowotnej.

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PALIATYWNO HOSPICYJNA

Cel strategiczny 5.1. Rozwój opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej

Opieka paliatywna poprawia jakość życia chorych stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą. Zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji, ocenie oraz leczeniu bólu i innych problemów somatycznych, psychologicznych i duchowych jest niezbędną formą wsparcia osób nieuleczalnie chorych, ich rodzin i opiekunów prawnych.

W województwie system opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej wymaga dalszego rozwoju ponieważ nie dysponuje adekwatnym do występujących potrzeb systemem kompleksowej długotrwałej opieki pielęgniarskiej, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych dedykowanych osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym.

Opieka nad osobami niesamodzielnymi to nie tylko opieka medyczna finansowana przez NFZ, ale i opieka socjalna, za którą odpowiedzialna jest rodzina lub opiekunowie prawni, a w razie konieczności ośrodki pomocy społecznej (forma opieki stacjonarnej lub domowej). Decydujące znaczenie będą miały działania zmierzające do uszczelnienia i poprawy efektywności obecnie istniejącego systemu, poprzez wypracowanie mechanizmów współdziałania poszczególnych składników .

Cel operacyjny 5.1.1.	Rozwój bazy i usług adresowanych do osób niesamodzielnych, nieuleczalnie chorych i ich rodzin
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Tworzenie form wsparcia opieki nad osobami niesamodzielnymi i nieuleczalnie chorymi. • Szkolenia z zakresu opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi dla opiekunów nieformalnych w środowisku domowym. • Rozwój bazy opiekuńczej dla ludzi starszych i niesamodzielnych. • Rozwój skoordynowanej opieki medycznej i opieki socjalnej. • Wprowadzanie standardów jakościowych w opiece długoterminowej.
Cel operacyjny 5.1.2.	Rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwój opieki paliatywnej wraz ze wsparciem rodzin. • Tworzenie form opieki paliatywnej i hospicyjnej (domowej, szpitalnej). • Współpraca z poradniami leczenia bólu. • Tworzenie i wspieranie systemu szkoleń z zakresu opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi dla opiekunów nieformalnych w środowisku domowym. • Opracowanie form przekazu informacji dotyczących dostępnych świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz możliwość wsparcia dla chorych i ich rodzin. • Programy zdrowotne uwzględniające integrację opieki paliatywnej i hospicyjnej z innymi formami świadczeń zdrowotnych i społecznych. • Rozwój skoordynowanej opieki medycznej i opieki socjalnej. • Wprowadzanie standardów jakościowych w opiece paliatywno-hospicyjnej.

RATOWNICTWO MEDYCZNE

Cel strategiczny 6.1. Regionalne ratownictwo medyczne

Na terenie województwa opolskiego działa system Państwowego Ratownictwa Medycznego, w skład którego wchodzi: Centra Powiadamiania Ratunkowego, Szpitalne Oddziały Ratunkowe, Zespoły Ratownictwa Medycznego oraz współpracujące z systemem Centrum Urazowe i jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Zostały one ujęte w planie sporządzonym przez Wojewodę Opolskiego pn. „Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Opolskiego na lata 2011 i następne”.

Samorząd Województwa będzie wspierał działania prowadzone przez administrację rządową w regionie w tym obszarze.

Cel operacyjny 6.1.1.	Wspieranie działań realizowanych w ramach regionalnego ratownictwa medycznego
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Poprawa jakości świadczonych usług w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. • Popularyzacja wiedzy na temat zasad udzielania I pomocy przedlekarskiej.

INFORMATYZACJA W OCHRONIE ZDROWIA

Cel strategiczny 7.1. E-usługi w ochronie zdrowia

Rozwój e-usług w ochronie zdrowia wymaga inwestycji w infrastrukturę informatyczną i telemedyczną oraz stworzenia sieci współpracy jednostek medycznych na terenie województwa.

Narzędzia e-zdrowia mogą przynieść znaczące korzyści całemu społeczeństwu, dzięki zwiększeniu dostępu do opieki zdrowotnej i poprawie jej jakości. Wdrożenie usług e-zdrowia pozwoli skoncentrować się na potrzebach pacjenta oraz zapewni wzrost skuteczności i wydajności całego sektora zdrowia. Działania te przyczynią się m.in. do skrócenia czasu leczenia oraz usprawni funkcjonowania tego sektora.

Dzięki wykorzystaniu nowoczesnej technologii multimedialnej, wideokomunikacji oraz Internetu, rozwój telemedycyny umożliwi zespołom specjalistów przełamywanie barier geograficznych, postawienie szybkiej diagnozy i zapewnienie opieki medycznej poprzez podróż informacji – zamiast podróży pacjentów lub lekarzy.

Postęp w medycynie i wzrastające oczekiwania pacjentów determinować będą stałe ulepszanie i rozwijanie nowoczesnych usług medycznych, które skierowane będą zarówno do mieszkańców regionu, jak i pozostałej części kraju w ramach nawiązanych partnerstw i podpisanych porozumień.

Cel operacyjny 7.1.1.	Rozbudowa infrastruktury informatycznej i telemedycznej w opiece ambulatoryjnej i w opiece stacjonarnej
Zadania	<ul style="list-style-type: none">• Tworzenie systemów informatycznych w placówkach opieki zdrowotnej w regionie oraz zapewnienie ich interoperacyjności.• Cyfryzacja tj. informatyzacja, e-rejestracja, e-recepta, elektroniczna dokumentacja medyczna.• Wykorzystanie „chmury obliczeniowej” (ang. Cloud computing) do archiwizowania danych ze szczególnym naciskiem na bezpieczeństwo danych.• Wdrażanie usług telemedycznych wraz z niezbędną infrastrukturą tj. telediagnostyka, telekonsultacje, telerehabilitacja, teleopieka.

Uzupełnieniem działań podejmowanych w obszarze ochrony zdrowia będą przedsięwzięcia i inicjatywy określone w Programie Specjalnej Strefy Demograficznej w województwie opolskim, przygotowywanym przez władze regionu.

Rozdział

5

**SPÓJNOŚĆ STRATEGII OCHRONY
ZDROWIA DLA WOJEWÓDZTWA
OPOLSKIEGO NA LATA 2014 – 2020
Z INNYMI DOKUMENTAMI
STRATEGICZNYMI**

Proces przygotowania Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014 – 2020 realizowany był w okresie, gdy najważniejsze ustalenia krajowych i regionalnych polityk zostały już zdefiniowane. Pozwoliło to na zachowanie niezbędnej spójności Strategii z priorytetami i celami określonymi w strategicznych i programowych dokumentach wyższego rzędu (tabela 10). Kluczowe wskazania wyływały dla Strategii przede wszystkim z *Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020, Sprawne Państwo 2020, Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju Polska 2030, Strategii Rozwoju Kraju 2020, Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego, Strategii Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa, dokumentu Kierunki informatyzacji „e – Zdrowie Polska” na lata 2011 – 2015 oraz Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r.* poniższa tabela pokazuje spójność przyjętych w Strategii celów strategicznych z celami i kierunkami działań zidentyfikowanych w wymienionych dokumentach strategicznych poziomu krajowego i regionalnego.

Tabela 10. Spójność Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014 – 2020 z dokumentami strategicznymi poziomu regionalnego i krajowego

Cel strategiczny Strategii ochrony zdrowia...	Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 (cel operacyjny)	Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020 (cel szczegółowy)	Sprawne Państwo 2020 (kierunek interwencji)	Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju Polska 2030 (kierunek interwencji)	Strategia Rozwoju Kraju 2020 (cel)	Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego (cel szczegółowy)	Strategia Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa (kierunek interwencji)	Kierunki informatyzacji „e -Zdrowie Polska” na lata 2011-2015 (obszar)
1.1 PROFILAKTYKA CHOROÓB	5.1. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych	3: Poprawa sytuacji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym, 4: Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej		-) Opracowanie i wdrażanie międzysektorowych rozwiązań systemowych i działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych	I. 2. Zapewnienie środków na działania rozwojowe III.1. Integracja społeczna	2.2.2 Poprawa jakości i dostępności usług medycznych w obszarach problemowych	1.4.3. Promocja i rozwój usług opiekuńczych nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi	
2.1 DOGODNE WARUNKI ROZWOJU W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA	5.1. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych,	4: Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej	5.1.1. Poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej	-) Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i				

	opiekuńczych i edukacyjnych		uczelni medycznych oraz instytutów badawczych	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				
3.1 OPIEKA AMBULATORYJNA (PODSTAWOWA ORAZ SPECJALISTYCZNA)	5.1. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych	4: Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej	5.1.2. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poprawa zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacja medyczna			2.2.2 Poprawa jakości i dostępności usług medycznych w obszarach problemowych	2.4.4. Budowa i rozwój infrastruktury usług zdrowotnych	
4.1 SPECJALISTYCZNE USŁUGI MEDYCZNE		4: Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej	5.1.1. Poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz instytutów badawczych 5.1.2. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych	-) Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu ochrony zdrowia -) Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań			2.4.4. Budowa i rozwój infrastruktury usług zdrowotnych	

			oraz poprawa zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacja medyczna	epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria)				
4.2 KOMPLEKSOWA OPIEKA NAD MATKĄ I DZIECKIEM	5.1. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych	2: Wydłużenie okresu aktywności zawodowej i zapewnienie lepszej jakości funkcjonowania osób starszych 4: Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej		-) 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 matka i dzieckiem oraz osobami starszymi	III.1. Integracja społeczna	2.2.2 Poprawa jakości i dostępności usług medycznych w obszarach problemowych	2.4.4. Budowa i rozwój infrastruktury usług zdrowotnych	
4.3 OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI	5.1. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych	2: Wydłużenie okresu aktywności zawodowej i zapewnienie lepszej jakości funkcjonowania osób starszych 4: Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej		-) 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 matka i dzieckiem oraz osobami starszymi	III.1. Integracja społeczna		1.4.3. Promocja i rozwój usług opiekuńczych nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi 2.4.4. Budowa i rozwój infrastruktury usług zdrowotnych	
4.4 RESTRUKTURYZACJA PODMIOTÓW LECZNICZYCH					I. 2. Zapewnienie środków na działania rozwojowe			
5.1 ROZWÓJ OPIEKI	5.1. Poprawa jakości i	2: Wydłużenie okresu aktywności			III.1. Integracja społeczna			

DŁUGOTERMINOWEJ I PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ	dostępności do usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych	zawodowej i zapewnienie lepszej jakości funkcjonowania osób starszych 4: Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej						
6.1 REGIONALNE RATOWNICTWO MEDYCZNE	5.1. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych		7.6 Poprawa funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego			2.2.2 Poprawa jakości i dostępności usług medycznych w obszarach problemowych		
7.1. E- USŁUGI W OCHRONIE ZDROWIA	5.1. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych		5.1.2. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poprawa zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacja medyczna		III.2. zapewnienie dostępu i określonych standardów usług publicznych			1. Ułatwienie dostępu obywateli do informacji z zakresu ochrony zdrowia 2. Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w zakresie elektronicznego obiegu dokumentacji

Źródło: Opracowanie własne

Rozdział

6

FINANSOWANIE REALIZACJI STRATEGII

Finansowanie realizacji działań strategicznych będzie się odbywać z następujących źródeł:

1/ publiczne środki krajowe :

- Narodowego Funduszu Zdrowia,
- jednostek samorządu terytorialnego, w tym budżetu województwa,
- zakładów opieki zdrowotnej - własne środki finansowe,
- budżet państwa, w tym środki pochodzące z Ministerstwa Zdrowia,
- inne źródła alternatywne,

2/ publiczne środki zagraniczne:

- Fundusze Europejskie (UE),
- inne źródła zewnętrzne,

3/ środki prywatne

I.p.	Źródła finansowania	Cel
1	Budżet państwa, Ministerstwo Zdrowia	narodowe programy zdrowotne
2	Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	kontrakty na świadczenia zdrowotne, konkursy na programy profilaktyczne
3	jednostki samorządu terytorialnego	- wydatki inwestycyjne (sprzęt, aparatura, inwestycje i modernizacja budynków); - koszty programów zdrowotnych (będące w kompetencji samorządu)
4	zakłady opieki zdrowotnej	wydatki inwestycyjne (sprzęt, aparatura, inwestycje i modernizacja budynków)
5	Fundusze Europejskie (UE)	- wydatki inwestycyjne (sprzęt, aparatura, inwestycje i modernizacja budynków); - e-usługi; - koszty programów zdrowotnych
6	inne źródła zewnętrzne	wydatki inwestycyjne (sprzęt, aparatura, inwestycje i modernizacja budynków)

Podmiotami realizującymi Strategię będą jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne, administracja rządowa w regionie, NFZ, organizacje pożytku publicznego (m.in. stowarzyszenia, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin), a także inne podmioty, których działalność jest spójna z zapisami Strategii.

Wydatki na realizację Strategii ponoszone będą z budżetu organów centralnych jak również jednostek samorządu terytorialnego.

Podmiotem odpowiedzialnym za finansowanie świadczeń zdrowotnych będzie OOW NFZ. Budżet państwa pokrywał będzie koszty narodowych programów zdrowotnych. Jednostki samorządu terytorialnego ponosić będą wydatki inwestycyjne swoich podmiotów leczniczych.

Zakłada się również udział podmiotów tworzących w zakresie wyposażenia i dostosowania w podstawowy sprzęt. Do realizacji działań w ramach programu powinny zostać zaangażowane środki finansowe pozostające w dyspozycji NFZ, a także środki pochodzące z Funduszy Europejskich (UE). Udział środków z poszczególnych źródeł zależeć będzie od charakteru podejmowanych działań.

Z realizacją Strategii wiąże się ponoszenie kosztów zarówno wynikających z potrzeby rozbudowy infrastruktury, unowocześnienia i wyposażenia podmiotów leczniczych w aparaturę i sprzęt medyczny wraz z utrzymaniem i doksztalcaniem się kadr medycznych w ochronie zdrowia.

Warunkiem niezbędnym do realizacji Strategii będzie zaangażowanie podmiotów bezpośrednio biorących udział w kreowaniu polityki zdrowotnej w województwie opolskim.

Rozdział

7

MONITORING I EWALUACJA STRATEGII

Ocena skuteczności wdrażania Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 prowadzona będzie w ramach niżej opisanego systemu monitoringu.

System ten obejmować będzie przede wszystkim analizę danych ilościowych gromadzonych w odniesieniu do przyjętych w Strategii celów strategicznych oraz danych jakościowych. Służyć temu będą niżej zaproponowane wskaźniki²¹. Źródłem danych wskaźników ilościowych będzie przede wszystkim statystyka publiczna. W przypadku wskaźników jakościowych mogą być to analizy, ekspertyzy i ewaluacje realizowane w województwie, a także informacje pozyskane z jednostek organizacyjnych samorządu województwa oraz instytucji i innych podmiotów działających w obszarze ochrony zdrowia.

Z uwagi na ujęcie w Strategii zadań finansowanych ze środków funduszy UE w latach 2014 – 2020 monitoring Strategii prowadzony będzie przy współpracy z departamentami odpowiedzialnymi w UMWO za monitoring i ewaluację środków unijnych.

Monitoring Strategii będzie prowadzony w cyklu dwuletnim. Raport z monitoringu wraz z rekomendacjami będzie każdorazowo przedstawiany Zarządowi Województwa Opolskiego.

Do monitorowania poziomu wdrażania Strategii zostały przyjęte następujące wskaźniki:

Lp.	Nazwa wskaźnika	Jednostka miary	Wartość w roku bazowym	Rok bazowy	Wartość/trend w roku docelowym 2020	Źródło
Wskaźniki do monitorowania określonych celów strategicznych						
Cel strategiczny 1.1 Profilaktyka chorób						
1.	Przeciętne dalsze trwanie życia: 1) kobiet 2) mężczyzn	wiek	1) 80,96 lat 2) 73,36 lat	2012	utrzymanie na dotychczasowym poziomie/wzrost	GUS
2.	Realizowane programy zdrowotne oraz działania edukacji prozdrowotnej	liczba	113	2012	wzrost	Dane z powiatowych jednostek samorządu
3.	Programy zdrowotne posiadające pozytywną rekomendację AOTM	liczba	4	2012	wzrost	AOTM
4.	Środki samorządowe przeznaczone na programy profilaktyczne	wartość	2 997 948 zł	2012	wzrost	Dane z powiatowych jednostek samorządu
Cel strategiczny 2.1. Dogodne warunki rozwoju w placówkach ochrony zdrowia						
5.	Liczba lekarzy specjalistów: 1) geriatricy 2) pediatrii 3) radioterapii 4) chorób wewnętrznych 5) psychiatrii dzieci 6) neurologii dziecięcej	liczba	1) 2 2) 299 3) 15 4) 499 5) 5 6) 5	2012	wzrost	Dane OIL

²¹ Lista wskaźników ma charakter otwarty i może być uzupełniana lub modyfikowana przede wszystkim ze względu na dostępność danych.

6.	Nakłady sektora rządowego i szkolnictwa wyższego na działalność B+R w relacji do PKB (%)	wartość	0,1	2010	wzrost	GUS
Cel strategiczny 3.1. Opieka ambulatoryjna (podstawowa oraz specjalistyczna)						
7.	Udział % wydatków na świadczenia AOS w planie finansowym OOWNFZ	%	8,97	2012	wzrost	Dane OOW NFZ
Cel strategiczny 4.1. Specjalistyczne usługi medyczne						
8.	Liczba łóżek na 10 000 ludności	liczba	44 / 15 miejsce wśród województw	2011	zmniejszenie liczby łóżek przy zwiększeniu liczby świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych.	CSIOZ
9.	Liczba łóżek intensywnej terapii na 100 000 ludności	liczba	5,15	2012	wzrost o 10 stanowisk	DZD UMWO
10.	Wykorzystanie łóżek szpitalnych	%	65,6 / 9 miejsce wśród województw	2011	wzrost	CSIOZ
11.	Zarejestrowane zachorowania na nowotwory złośliwe: 1) kobiety 2) mężczyźni	liczba	1) 1 797 2) 1 936	2010	zwiększenie liczby wykrytych zachorowań we stanie wczesnym	Opolskie Centrum Onkologii w Opolu
12.	Oddziały leczenia nowotworów płuc	liczba	Brak	2013	utworzenie	DZD UMWO
13.	Oddziały leczenia nowotworów złośliwych narządu rodnego	liczba	Brak	2013	utworzenie	DZD UMWO
14.	Odsetek zgonów kobiet z powodu nowotworu szyjki macicy (%)	wartość	0,9	2011	spadek	GUS
Cel strategiczny 4.2. Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem						
15.	Liczba przyjętych porodów w oddziałach ginekologiczno-położniczych	liczba	8 523	2011	wzrost	CSIOZ
16.	Odsetek cięć cesarskich w oddziałach ginekologiczno-położniczych	%	34	2011	spadek	CSIOZ
17.	Urodzenia żywe na 1000 ludności	liczba	8,8	2012	wzrost	GUS

Cel strategiczny 4.3. Opieka nad osobami starszymi						
18.	Wskaźnik łóżek na 10 000 ludności w oddziałach Geriatrycznych	liczba	0,5	2011	wzrost	CSIOZ
Cel strategiczny 4.4. Restrukturyzacja podmiotów leczniczych						
19.	Zobowiązania ogółem sp zoz	wartość	133,6 mln zł	2012	spadek bądź utrzymanie na aktualnym poziomie	MZ
20.	Liczba podmiotów leczniczych (szpitali) działających w formie spółek prawa handlowego	liczba	5	2013	wzrost	DZD UMWO
Cel strategiczny 5.1. Rozwój opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej						
21.	Liczba łóżek w hospicjach stacjonarnych na terenie województwa opolskiego	liczba	54	2011	wzrost	GUS
22.	Liczba łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych	liczba	874	2011	wzrost	GUS
Cel strategiczny 6.1. Regionalne ratownictwo medyczne						
23.	Osoby, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w zakresie medycznych działań ratowniczych	osoba	67 452	2012	wzrost	GUS
24.	Osoby ze stwierdzonym zgonem przed podjęciem lub w trakcie czynności ratunkowych	osoba	1 949	2012	spadek	GUS
Cel strategiczny 7.1. E-usługi w ochronie zdrowia						
25.	Wskaźnik wydanych danych dostępowych do ZIP w stosunku do liczby mieszkańców	%	2,43	grudzień 2013	wzrost	NFZ

Rozdział

8

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1.

Diagnoza stanu ochrony zdrowia w województwie opolskim, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Opole czerwiec 2013r.

Załącznik nr 2.

Informacja o konsultacjach społecznych projektu Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 3.

Informacja o strategicznej ocenie oddziaływania na środowisko projektu Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 1

do Strategii ochrony zdrowia dla
województwa opolskiego na lata 2014-2020

Diagnoza stanu ochrony zdrowia w województwie opolskim

Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego
Opole, czerwiec 2013r.

SPIS TREŚCI

1. WSTĘP	3
2. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO	8
2.1. LICZBA LUDNOŚCI WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO	8
2.2. PRZYRÓST NATURALNY W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM	9
2.3. PRZECIĘTNA DŁUGOŚĆ ŻYCIA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA	11
2.4. POZIOM ŻYCIA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA	11
3. SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA I ZDROWOTNA WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO	14
3.1. ZACHOROWALNOŚĆ NA CHOROBY CYWILIZACYJNE	14
3.1.1. Zarejestrowane zachorowania na nowotwory złośliwe	17
3.1.2. Zarejestrowane zgony z powodu nowotworów złośliwych w roku 2010	18
3.2. ZACHOROWALNOŚĆ NA CHOROBY ZAKAŹNE	22
3.3. ZAKAŻENIA SZPITALNE	25
3.4. ZACHOROWALNOŚĆ NA CHOROBY ZAWODOWE	27
3.5. URODZENIA ŻYWE W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM	28
3.6. LICZBA ZGONÓW W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM	29
3.6.1. Przyczyny zgonów mieszkańców województwa opolskiego	30
3.7. PROMOCJA ZDROWIA ORAZ PROFILAKTYKA I EDUKACJA ZDROWOTNA	33
4. ZASOBY KADRY MEDYCZNEJ ORAZ ZASOBY INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM	52
4.1. DZIAŁALNOŚĆ SZPITALI OGÓLNYCH WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO	54
4.2. DZIAŁALNOŚĆ AMBULATORYJNA, SPECJALISTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA	59
4.3. LICZBA UBEZPIECZONYCH W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM	60
4.4. ZASOBY KADROWE OCHRONY ZDROWIA W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM	60
4.5. ANALIZA DEMOGRAFICZNA LEKARZY W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM	74
4.6. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	80
4.7. SYSTEM RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM	82
5. ZASOBY INFRASTRUKTURALNE OCHRONY ZDROWIA W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM	87
5.1. STAN INFRASTRUKTURY W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA	90
6. STAN INFORMATYZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH	93
7. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UBEZPIECZONYCH W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM I POZA WOJEWÓDZTWEM OPOLSKIM	98
7.1. KOLEJKI – CZAS OCZEKIWANIA NA ŚWIADCZENIA ORAZ LICZBA OCZEKUJĄCYCH	108
7.2. ŚWIADCZENIA MIGRACYJNE OOW NFZ 2011 I 2012	115
8. WYNIKI FINANSOWE W STACJONARNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM W 2012 ROKU	148
9. STAN ŚRODOWISKA	154
ANALIZA SWOT	160
SPIS SKRÓTÓW	162
SPIS TABEL	163
SPIS WYKRESÓW	169
SPIS RYCIN	171

1. WSTĘP

Obowiązująca od dnia 1 lipca 2011 r. ustawa z dnia 15 kwietnia o działalności leczniczej, będąca odpowiedzią na konieczność wprowadzenia w Polsce zmian zarówno w zakresie zasad organizacji systemu ochrony zdrowia, jak i funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą, stanowi systemową regulację dotyczącą organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia.

Powyższe zapisy ustawy o działalności leczniczej zobowiązują samorządy terytorialne, będące podmiotami tworzącymi dla podmiotów leczniczych do prowadzenia jeszcze ściślejszego niż dotychczas nadzoru nad sytuacją finansową i funkcjonowaniem tych jednostek.

Zgodnie z określonymi ustawowo zadaniami samorządów terytorialnych, a także w świetle ww. zapisów ustawy o działalności leczniczej samorządy stają w obliczu konieczności realizacji następujących, podstawowych, ściśle ze sobą powiązanych i uzupełniających się wzajemnie zadań z zakresu ochrony zdrowia:

- Rozeznanie i zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa, na podstawie prognoz demograficznych i epidemiologicznych dostosowanie i rozwijanie kierunków o wzrastającym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne;
- Dostosowanie działalności podmiotów leczniczych tak, aby zabezpieczały potrzeby zdrowotne mieszkańców jednocześnie utrzymywały dobrą kondycję finansową i nie wymagały od samorządów konieczności podejmowania niekorzystnych, wymuszonych złą sytuacją finansową decyzji. Szczególnie korzystna byłaby natomiast sytuacja, pozwalająca podmiotom leczniczym na uzyskiwanie dodatkowych środków finansowych, które można by przeznaczyć na ich modernizację, rozwój infrastruktury, zakupy aparatury i sprzętu medycznego.

Celem niniejszego opracowania pn. **Diagnoza ochrony zdrowia w województwie opolskim** jest przedstawienie aktualnej sytuacji w zakresie ochrony zdrowia w województwie opolskim. Dokument zawiera opis sytuacji demograficznej, społeczno-ekonomicznej, epidemiologicznej i zdrowotnej oraz sytuację w zakresie działalności placówek ochrony zdrowia: zasoby systemu ochrony zdrowia w opiece stacjonarnej, ambulatoryjnej i opiece długoterminowej, zatrudnienie personelu medycznego oraz stan infrastruktury.

Diagnoza stanowi podstawę określenia kierunków rozwoju regionalnego systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie określa najważniejsze rekomendacje dla strategii ochrony zdrowia województwa opolskiego na lata 2014-2020, służące kreowaniu szeroko rozumianej polityki zdrowotnej.

Poza zapisami dotyczącymi diagnozy ochrony zdrowia regionu opolskiego, zwrócić należy uwagę na ogólną sytuację ochrony zdrowia w Polsce na tle Europy. Wydaje się, iż nie można rozpatrywać odrębnie naszego regionalnego systemu ochrony zdrowia bez odnoszenia się do porównania do innych krajów europejskich. Od około 15 lat poszczególne kraje, a także instytucje międzynarodowe czynią starania, aby rzeczowo ocenić jakość działania systemu ochrony zdrowia. Wyznaczony przez WHO kierunek, rozwijany przez OECD oraz poszczególne władze krajowe polega na ocenie porównawczej wskaźników opisujących syntetycznie, w jakim stopniu osiągnane są uzgodnione w procesie politycznym cele systemowe. W Polsce oceny tego rodzaju nie są systematycznie dokonywane.

W ostatnich 20 latach oczekiwana długość życia rosła w Polsce w tempie równym lub wyższym niż w krajach Europy Zachodniej i podobnie (z pewnymi wyjątkami) jak w krajach Europy Środkowej. Tempo tego wzrostu w pierwszej dekadzie XXI wieku, szczególnie u mężczyzn, jest jednak niższe. W latach 2000–2008 u mężczyzn w Polsce wskaźnik LE wzrósł o jeden rok (z 70 do 71 lat), podczas gdy w Kanadzie, Hiszpanii czy Finlandii – o 2 lata, mimo znacznie wyższych wartości bazowych (odpowiednio: z 77 do 79 lat, z 76 do 78 lat i z 74 do 76 lat). Można zatem stwierdzić, że

pierwotna poprawa stanu zdrowia populacji polskiej, występująca po 1989 r., która tak cieszyła w poprzedniej dekadzie, nie posiada już tak dynamicznego charakteru.

Wśród zwrotów stosowanych w odniesieniu do opieki zdrowotnej główne miejsce zajmuje *poprawa zdrowia*, natomiast *zadowolenia konsumenta*, *satysfakcja pacjenta* posiadają niestety drugorzędne znaczenie. Warto zauważyć, że *zadowolenie* lub jego brak stanowią o ocenie systemu zdrowia w oczach społeczeństwa. Obecnie najlepiej udokumentowane są opinie mieszkańców Polski dotyczące systemu ochrony zdrowia w całości. Ciekawe i porównywalne wskaźniki na poziomie europejskim dostępne są w publikacjach Komisji Europejskiej pod postacią badań *Eurobarometer*¹. Respondenci tego badania zostali poproszeni o ocenę ogólnej jakości opieki zdrowotnej we własnym kraju. Mimo że średnio 70% osób postrzega tę jakość jako dobrą, obserwuje się znaczące różnice między mieszkańcami poszczególnych krajów. Dobrą ocenę wystawiło 97% respondentów z Belgii, 95% z Austrii i 91% z Finlandii; dalej mieszkańcy Francji, Holandii i Szwecji. Na drugim końcu, wśród oceniających krajowy system opieki zdrowotnej źle lub bardzo źle, znajdowali się mieszkańcy Grecji (75%), Węgier (72%), Rumunii (69%), Bułgarii (68%), Polski (67%), Łotwy (62%), Litwy (58%) i Portugalii (56%).

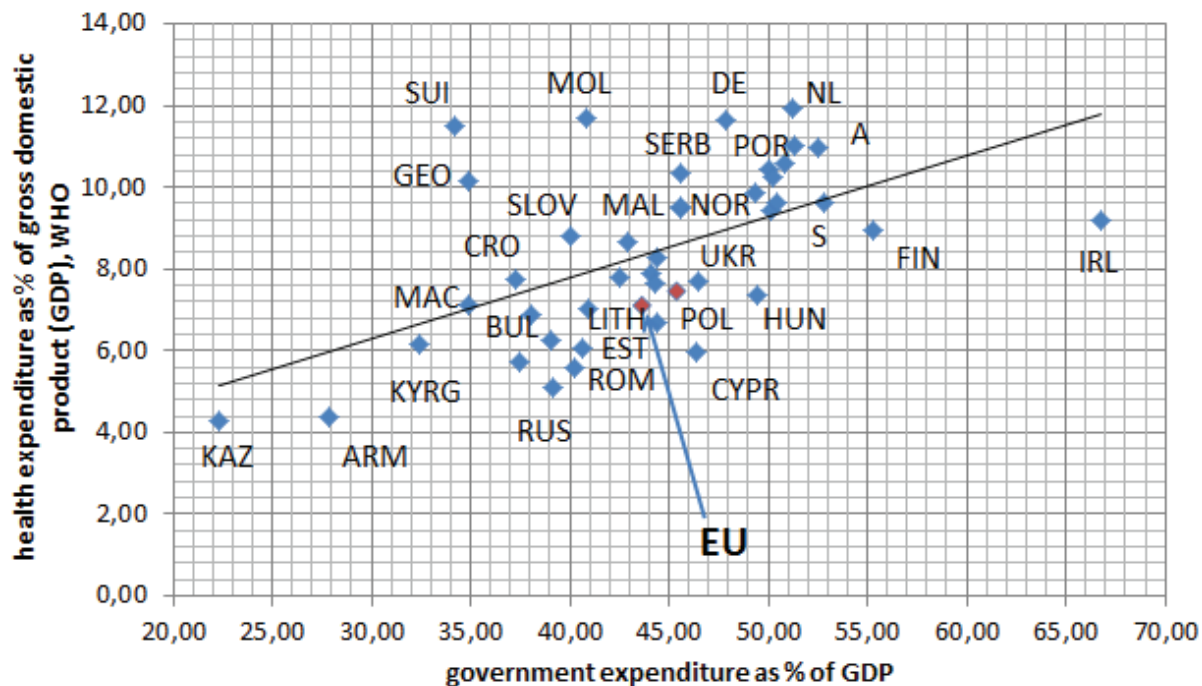
Obecny system ochrony zdrowia w Polsce, charakteryzuje się stałą niewydolnością systemową oraz towarzyszącą jej nierównowagą finansową. System ten wbrew art. 68 konstytucji RP nie jest systemem publicznym tj. powszechnie dostępnym, ani służbą, co sugerowałoby kierowanie się innymi niż materialne kryteria po stronie świadczeniodawców. Stanowi on natomiast ogromny obszar podstawowych świadczeń dla obywateli państwa opłacanych z pieniędzy pochodzących z wydzielonej składki zdrowotnej oraz w niewielkiej części z podatków i dopłat z kieszeni własnej. System ten dysponuje również posiadającą wysokie, a często bardzo wysokie kwalifikacje kadrą specjalistów, co w zestawieniu z małą ilością profesjonalistów medycznych (lekarze i pielęgniarki) w przeliczeniu na populację skutkuje znacznym i nierównym obciążeniem pracą.

Obecny system opieki zdrowotnej preferuje finansowanie najdroższej formy opieki zdrowotnej jaką są szpitale powoduje, że nadal uprzywilejowane są historyczne zasoby (łóżka szpitalne) co jest odzwierciedleniem wpływów decydentów politycznych, samorządowych, a nie interesu konsumentów - pacjentów. Utrzymanie dominującej, najdroższej formy opieki zdrowotnej (czyli opieki szpitalnej) zamiast szybkiego rozwoju alternatywnych form opieki ambulatoryjnej tj. ambulatoryjnych centrów diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych skutkować może nie akceptowalnym przez społeczeństwo poziomem dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz wygenerować może w krótkim czasie deficyt finansowy.

Rycina 1 obrazuje, iż porównując wysokość wydatków na zdrowie jako % PKB z ogólnymi wydatkami budżetu państwa, w Polsce możemy w porównaniu do innych krajów europejskich zaobserwować skłonność do utrzymywania wyższych wydatków budżetowych w porównaniu do skłonności do wydatkowania pieniędzy publicznych na „zdrowie”. Również wysokość ponoszonych wydatków na zdrowie w porównaniu do innych krajów europejskich nie jest dla Polski zbyt optymistyczna.

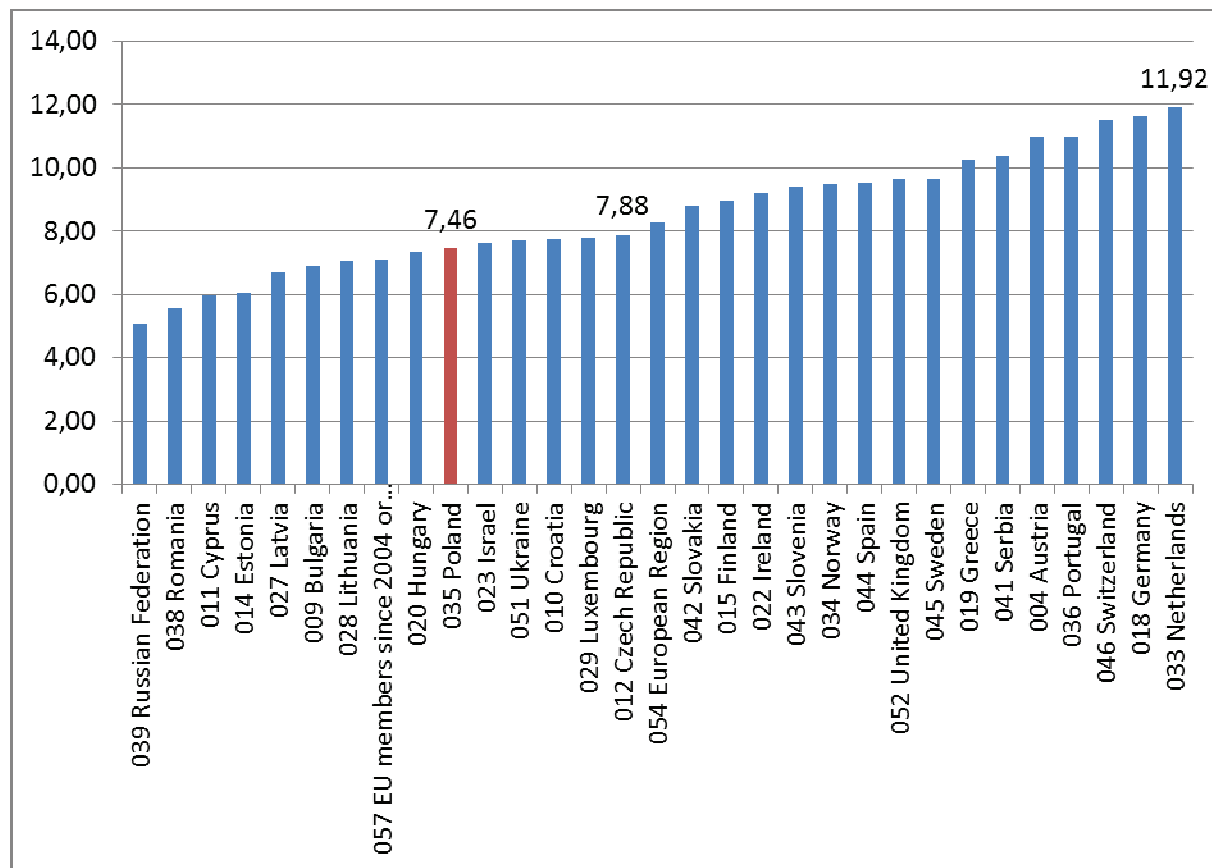
¹ *Patient safety and quality of healthcare*, TNS Opinion & Social, SPECIAL EUROBAROMETER 327, Directorate-General for Health and Consumers, Brussels, Belgium.

Rycina 1. Wydatki na zdrowie jako % PKB względem wydatków rządowych wg Raportu WHO za rok 2012 (dane za rok 2010).



Źródło: dane OECD

Wykres 1. Wydatki na zdrowie jako % PKB w 2010r wg Raportu WHO za rok 2012.

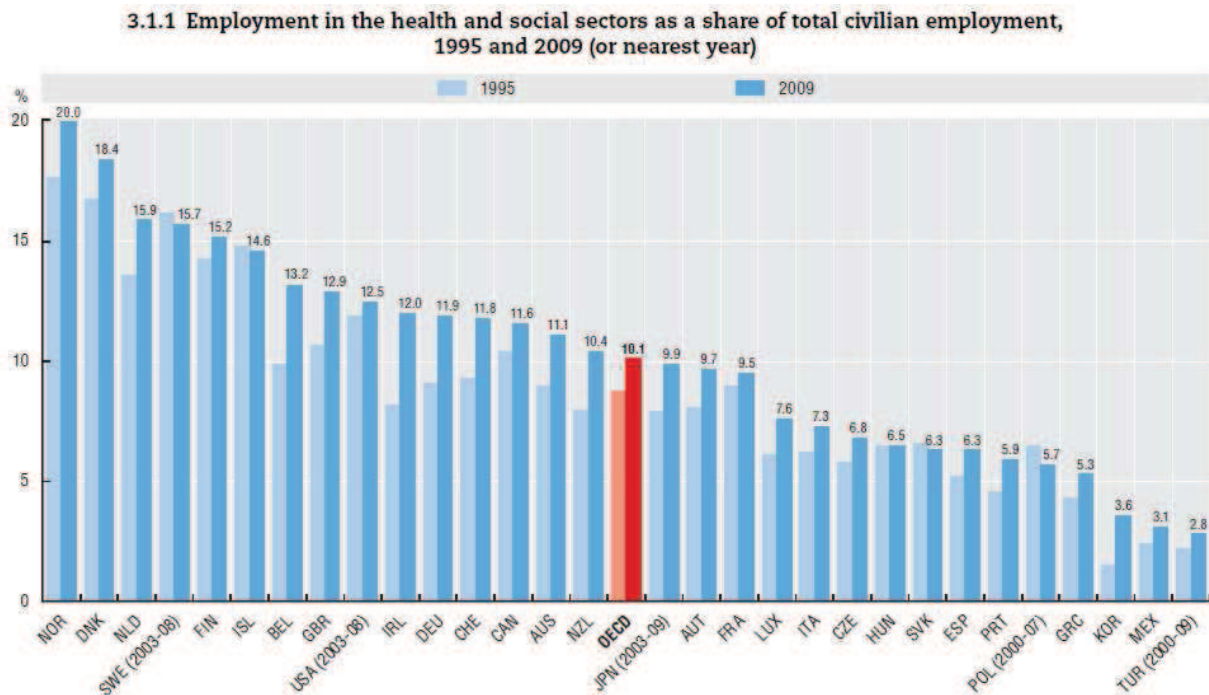


Źródło: dane OECD

Raport OECD za rok 2010, porównując wskaźniki zatrudnienia w sektorach ochrony zdrowia i socjalnym w poszczególnych państwach OECD jako % całkowitego zatrudnienia wskazuje na fakt, iż w Polsce wskaźnik ten należy do jednych z najniższych. W porównaniu do innych krajów, gdzie

między rokiem 1995 a 2009 nastąpił wzrost, w Polsce w tym samym czasie zaobserwowano zmniejszenie tego wskaźnika (Wykres 2).

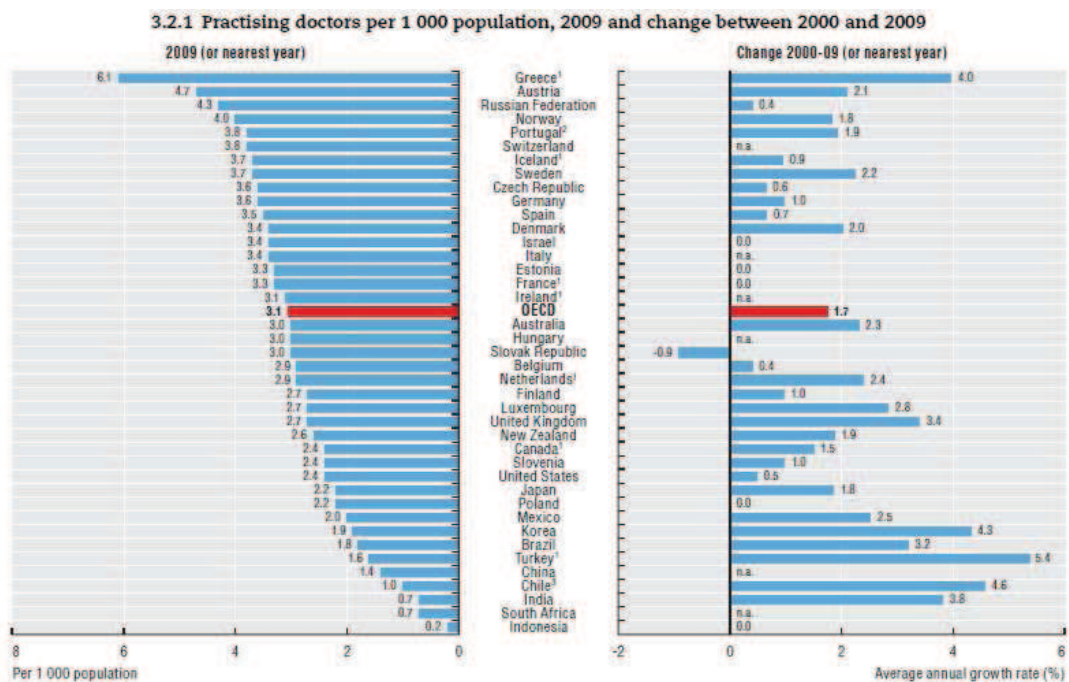
Wykres 2. Wskaźnik zatrudnienia w sektorach ochrony zdrowia i socjalnym w poszczególnych państwach OECD (% całkowitego zatrudnienia)



Źródło: OECD Annual Labour Force Statistics

W tym samym raporcie wykazano wyraźnie, iż liczba praktykujących lekarzy w przeliczeniu na 1000 populacji w Polsce, w porównaniu z innymi krajami OECD, należy do jednych z najniższych (Wykres 3).

Wykres 3. Liczba praktykujących lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców

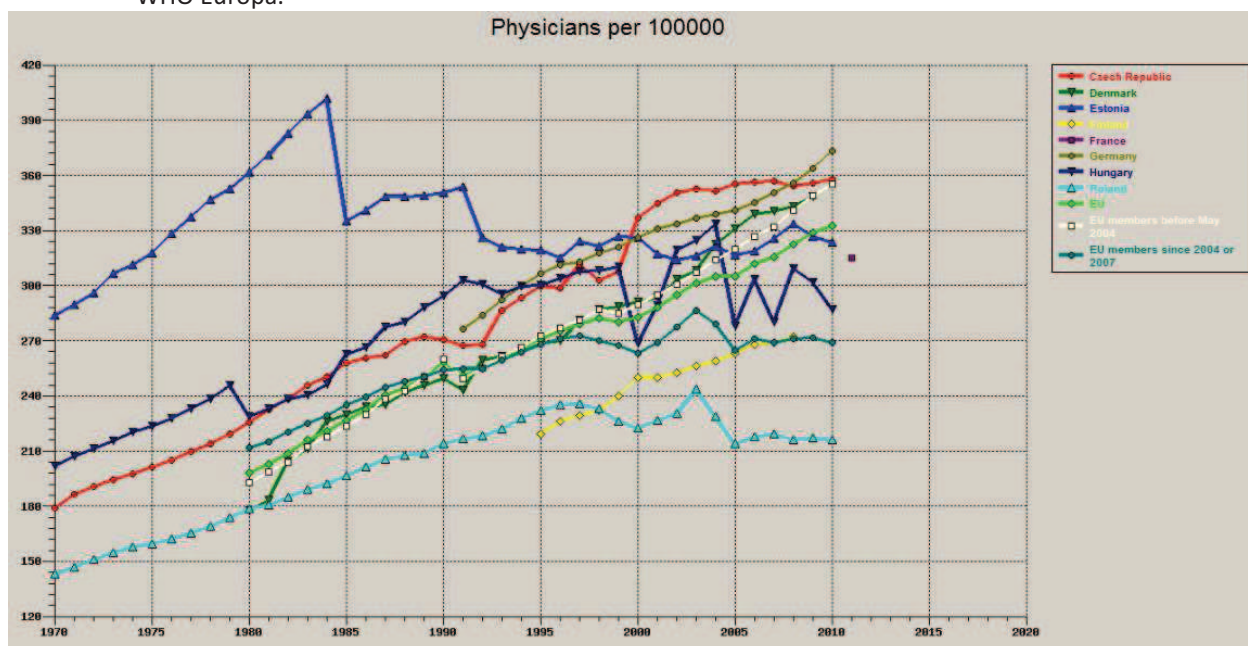


1. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
 2. Data refer to all doctors who are licensed to practice.
 3. Data for Chile include only doctors working in the public sector.

Źródło: OECD Health Data 2011; WHO-Europe for the Russian Fed. and national sources for other non-OECD countries

Ta mała liczba lekarzy w Polsce w zestawieniu z danymi WHO na temat trendu liczby lekarzy w przeliczeniu na 100 tys. populacji wskazuje wyraźnie, iż powstały niedobór ma dalsze tendencje spadkowe i stan ten utrzymuje się już od 10 lat i stanowi poważne zagrożenie.

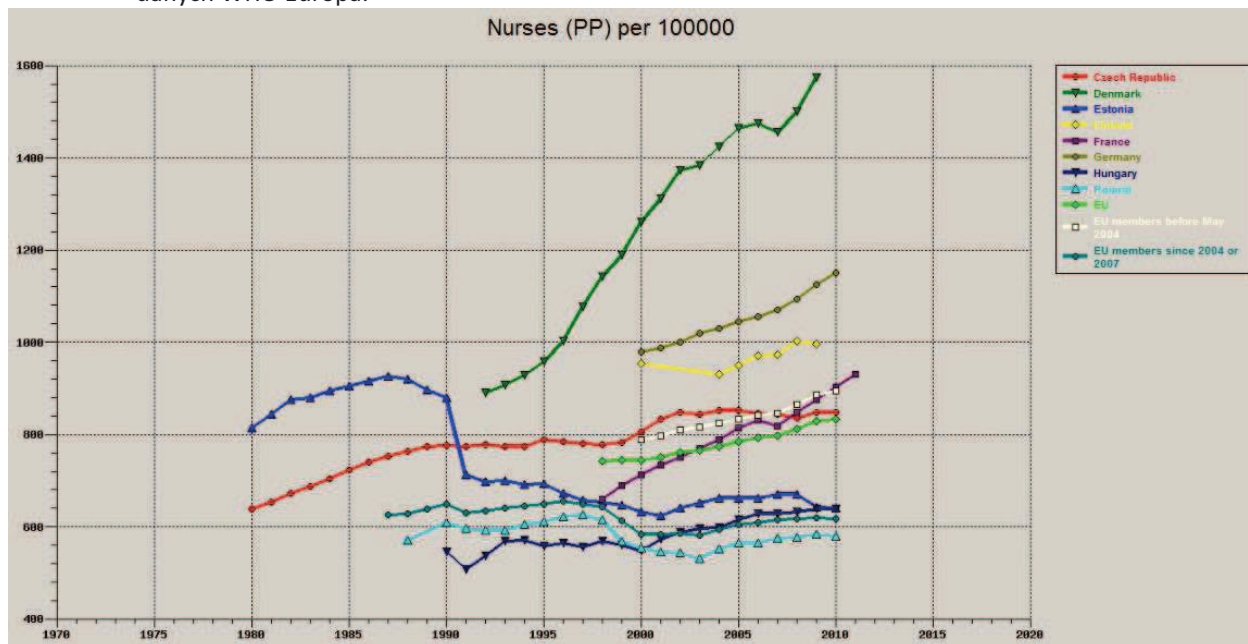
Wykres 4. Trend liczby lekarzy na 100 tys. populacji wybranych krajów OECD w latach 1970-2010 wg danych WHO Europa.



Źródło: dane WHO Europa

Podobny, niekorzystny dla Polski trend obserwowany jest w grupie zawodowej pielęgniarek. Niestety takie same, niekorzystne dla Polski trendy obserwowane są we wskaźnikach absolwentów studiów wydziałów lekarskich i pielęgniarskich.

Wykres 5. Trend liczby pielęgniarek na 100 tys. populacji wybranych krajów OECD w latach 1980-2010 wg danych WHO Europa.



Źródło: dane WHO Europa

2. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

2.1. LICZBA LUDNOŚCI WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

Województwo opolskie należy do grupy małych regionów europejskich, z populacją oscylującą wokół 1 mln mieszkańców², zamieszkującą obszar 9411,87 km² (2,8% powierzchni Polski).

Od 1996 r. w województwie opolskim odnotowuje się spadek liczby mieszkańców. Na przestrzeni 15 lat ludność Opolszczyzny zmniejszyła się o 63,9 tys. osób, tj. o 5,9%, a średnioroczne tempo jej ubytku wynosiło 0,4%. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego utrzyma się tendencja spadkowa. Szacuje się, że w województwie opolskim w 2035 r. będzie mieszkało 897,1 tys. osób, tj. o 12,8% mniej w porównaniu z 2010 r.³

W połowie 2012 r. Opolszczyzna liczyła 1 012 296 mieszkańców, co stanowiło 2,6% ogółu ludności Polski i uplasowało województwo na ostatnim 16 miejscu w kraju. W stosunku do 2006 r. (roku opracowywania wcześniejszej Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia 2006-2013) liczba ludności zmniejszyła się o 29,7 tys. osób (prawie 2,9 %).

W 35 miastach województwa opolskiego mieszkało 529 096 osób, co stanowiło 52,3% ogółu ludności województwa. Wskaźnik urbanizacji (udział ludności mieszkającej w miastach do ogółu ludności danego obszaru) uplasował Opolszczyznę, podobnie jak przed rokiem, na 12 miejscu w kraju. W porównaniu z 2006 r. liczba mieszkańców miast zmniejszyła się o 18 719 tj. o 3,5%. Tereny wiejskie w połowie 2012 r. zamieszkiwało 483 200 osób. Ich liczba zmniejszyła się w porównaniu z 2006 r. o 10 926 osób (-2,3%).

Uwzględniając przekrój terytorialny województwa najwięcej ludności (27,2% ogółu Opolszczyzny) w połowie 2012 r. mieszkało w powiatach: nyskim (141 901) i opolskim (133 291). Natomiast najmniej w powiatach: namysłowskim (43 073) i głubczyckim (48 067). Podregion opolski zamieszkiwało 609 852 osób, a podregion nyski 402 444. W porównaniu z 2006 r. spadek ludności wystąpił w 10 powiatach, największy procentowo w powiatach: strzelecki (o 4,7%) i głubczycki (o 4,1%). Natomiast nieznaczny wzrost liczby ludności odnotowano jedynie w powiecie brzeskim (o 0,1%).

Gęstość zaludnienia, tj. liczba osób przypadająca na 1 km² powierzchni, w województwie opolskim w połowie 2012 r. wyniosła 108 osób, w kraju – 123 osoby.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego z czerwca 2012 roku w regionie 17% populacji jest w wieku przedprodukcyjnym, 65% w wieku produkcyjnym oraz 18% w wieku poprodukcyjnym.

Administracyjnie województwo opolskie dzieli się na 12 powiatów, w tym 1 powiat grodzki (Opole) oraz 71 gmin (w tym 3 miejskie, 32 miejsko-wiejskie i 36 wiejskich). Układ osadniczy regionu jest równomiernie rozwinięty, a do największych miast należą: Opole (122 120 mieszkańców), Kędzierzyn-Koźle (63 772), Nysa (45 326), Brzeg (37 312) i Kluczbork (24 746)⁴

Spółeczność województwa opolskiego kształtowała się w wyniku skomplikowanych dziejów regionu. Dziś w województwie opolskim zamieszkują Ślązacy, Niemcy i ludność napływowa o zróżnicowanym rodowodzie regionalnym, w tym przesiedleńcy z kresów wschodnich II Rzeczypospolitej (Kresowiacy). Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań, przeprowadzonego w 2011 roku wskazały, że w województwie opolskim do najliczniejszych identyfikacji narodowo-etnicznych, innych niż polska, należy zaliczyć deklaracje: śląską i niemiecką. W 2011 r. odnotowano mniejszą niż w poprzednim spisie liczbę osób deklarujących przynależność niemiecką – około 60 tys., z czego 22 tys. zadeklarowało narodowość niemiecką jako jedyną, a 18 tys. – wraz z polską.

² Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020r., s.21

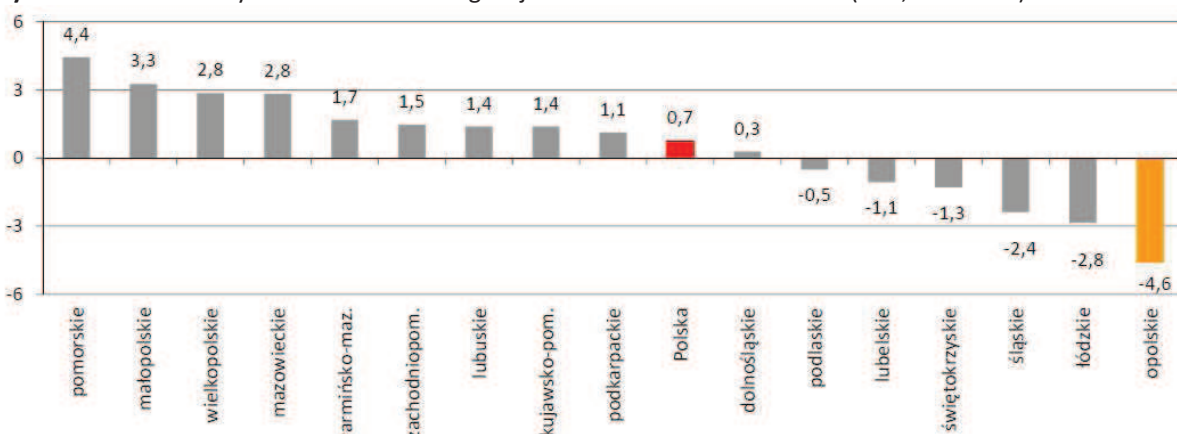
³ Urząd Statystyczny w Opolu, *Stan i ruch naturalny ludności w Województwie Opolskim w 2010 r.*, Informacja sygnałna, maj 2011

⁴ Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020r., s.21

2.2 PRZYROST NATURALNY W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM

Zmiany demograficzne stanowią i w najbliższych latach będą stanowić istotne wyzwanie dla Unii Europejskiej oraz Polski. Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań to właśnie w Opolskim sytuacja w tym zakresie jest najtrudniejsza. Depopulacja – wyludnianie się regionu oraz starzenie się mieszkańców stają się głównymi wyzwaniami rozwojowymi, rzutującymi na obecny i przyszły rozwój województwa opolskiego, gdzie zjawisko to było szczególnie niekorzystne. W latach 2002-2011 liczba mieszkańców województwa zmniejszyła się o 4,6% względem wzrostu o 0,7% przeciętnie w kraju:

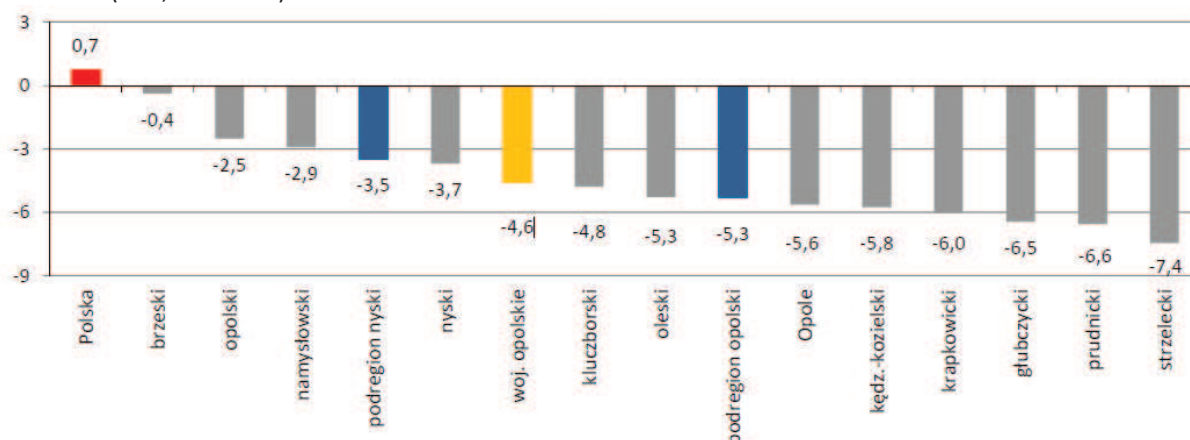
Wykres 6. Zmiana liczby ludności w Polsce wg województw w latach 2002-2011 (w %, dane NSP)



Źródło: Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r

Procesy depopulacji nie przebiegały równomiernie wewnątrz województwa opolskiego. Większym ubytkiem ludności cechował się podregion opolski (-5,3%). W podregionie nyskim zanotowano spadek o 3,5%. Spis wskazał równocześnie, iż w województwie opolskim największy względny ubytek ludności wystąpił w powiecie strzeleckim (-7,4%), prudnickim (-6,6%), głubczyckim (-6,5%), krapkowickim (-6,0%), kędzierzyńsko-kozielskim (-5,8%) oraz Opolu (-5,6%). Najmniejszy spadek wystąpił w powiecie brzeskim (-0,4%). W żadnym z powiatów nie zanotowano wzrostu liczby ludności (wykres poniżej). W przekroju wg gmin wzrost liczby mieszkańców wystąpił jedynie w dziesięciu jednostkach.⁵

Wykres 7. Zmiana liczby ludności w województwie opolskim wg powiatów i podregionów w latach 2002-2011 (w %, dane NSP)



Źródło: Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r

Województwo opolskie jest regionem, w którym kwestia ujemnego przyrostu naturalnego, znacząco kształtuje jego wewnętrzny potencjał. Problemem jest nie tyle sam spadek liczby urodzeń,

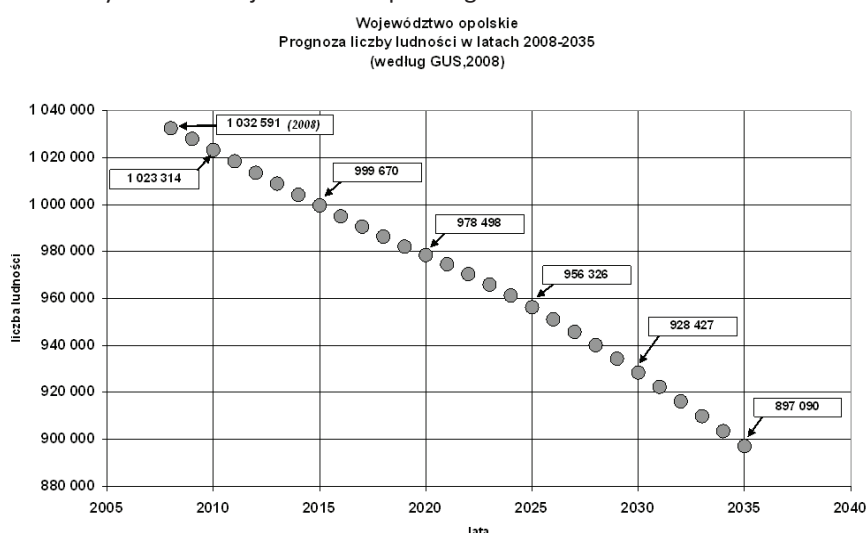
⁵ Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r., s. 23

gdyż on, zarówno w ujęciu względnym, jak i bezwzględnym, rozpoczął się już na początku lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku ale jego drastyczny wymiar. Jeszcze w latach osiemdziesiątych na każdy tysiąc mieszkańców, rodziło się w Opolskiem około dwadzieścioro dzieci, podczas gdy obecnie nie więcej niż dziewięcioro-dziesięciuro.

Na obraz ten nakłada się również liczba zgonów, wykazująca tendencję wzrostową oraz ujemne saldo migracyjne, prowadząc w konsekwencji do spadku populacji regionu. Ujemny przyrost naturalny (nadwyżka zgonów nad urodzeniami) będzie w przyszłości problemem dla całego kraju, jednak biorąc pod uwagę fakt, że są województwa, które w ostatnich latach odnotowały dodatni przyrost naturalny, nie jest to zjawisko obecnie powszechne dla całego kraju. Usytuowanie Opolszczyzny między metropoliami jest szczególnie zagrożone kumulacją negatywnych efektów skoncentrowanego wzrostu. Jednym z jego przejawów jest intensywny proces migracji do stosunkowo bliskich obszarów metropolitalnych. W latach 2007-2010, w ujęciu bezwzględnym, w przekroju wg powiatów, najwięcej ludzi przeprowadziło się do województwa opolskiego z Wrocławia (800) i dalej z powiatów: raciborskiego (470), kłodzkiego (304), Gliwic (304), lublinieckiego (282) oraz oławskiego (279). Natomiast najwięcej mieszkańców wyprowadziło się do Wrocławia (ponad 2 tysiące) i w dalszej kolejności do powiatów: raciborskiego (669), m. st. Warszawa (634), wrocławskiego (427), miasta Krakowa (386) oraz oławskiego (320). Szczególnie wyraźnie zjawisko to jest widoczne na przykładzie Wrocławia, dla którego liczba zameldowań z województwa opolskiego jest trzykrotnie wyższa niż liczba wymeldowań z Wrocławia do województwa opolskiego. Przewiduje się, że straty demograficzne, które województwo będzie ponosiło w długim okresie, dotyczyć będą głównie wykształconej młodzieży, która w regionie – wprawdzie atrakcyjnym do zamieszkania - ale posiadającym niewystarczającą ofertę zatrudnienia, ma problemy z zapewnieniem satysfakcjonujących warunków życia, w tym samodzielności mieszkaniowej.

Prognozy demograficzne również nie są optymistyczne. Istnieje obawa, iż Polska, w tym województwo opolskie, będzie się wyludniała, tracąc tym samym zasoby siły roboczej – w skali zagrażającej zarówno procesom rozwoju społeczno-gospodarczego, jak i finansom publicznym. Jednak samo prognozowanie odgrywać może istotną rolę w programowaniu rozwoju społeczno-gospodarczego, niemniej jednak należy pamiętać, iż mają one przede wszystkim charakter ostrzegawczy, a nie wyrokujący. Prognozy te wyznaczają główne kierunki rozwoju demograficznego, jednak jak pokazuje rzeczywistość, ich kwantyfikacja nie zawsze jest w pełni trafna.

Wykres 8. Prognoza liczby ludności województwa opolskiego w latach 2008 - 2035



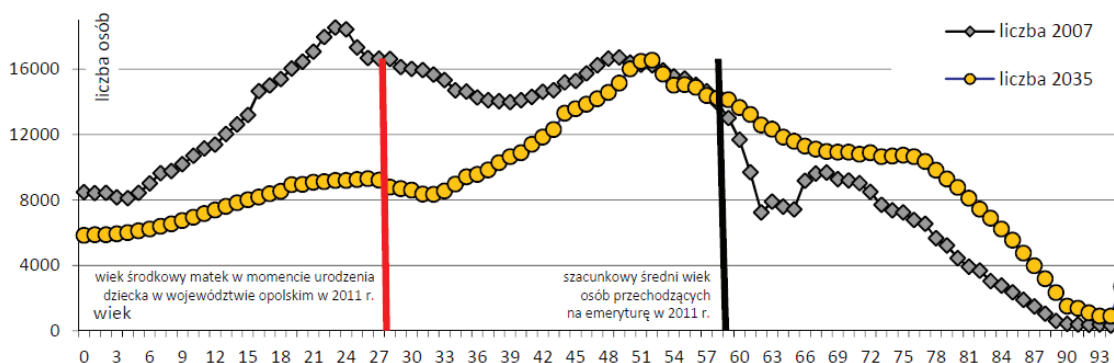
Źródło: dr Kazimierz Szczygielski, Prognoza demograficzna dla miasta Opola (2008-2020)⁶

⁶ Ostatnia, kompleksowa prognoza demograficzna, przygotowana przez służby statystyki publicznej, pochodzi sprzed kilku lat. Należy oczekiwać, iż do 2020 roku powstanie co najmniej jedna nowa prognoza, która opierać się będzie między innymi na wynikach Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań przeprowadzonego w II kwartale 2011 roku.

2.3. PRZECIĘTNA DŁUGOŚĆ ŻYCIA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA

Przeciętne dalsze trwanie życia, w województwie opolskim (wg danych GUS dla 2012 r.) dla mężczyzn wynosi 73,36 lat, a dla kobiet 80,96 lat i w obu przypadkach współczynniki te są wyższe niż średnio w kraju. Ponadto w latach 1990-2009 zaobserwowano wydłużenie średniej życia mężczyzn zamieszkałych na terenie województwa opolskiego o 6,2 lat oraz kobiet o 5,6 lat. Biorąc pod uwagę zmianę średniego wieku ludności Polski, staje się kwestią oczywistą, iż poziom obciążenia ekonomicznego grupy produkcyjnej jest i będzie w regionie opolskim jednym z najwyższych w Europie. Ludność województwa opolskiego w 2035 r. będzie nie tylko mniej liczna aniżeli obecnie, ale dodatkowo będzie miała całkowicie odmienną strukturę wieku (wykres poniżej):

Wykres 9. Struktury wieku ludności województwa opolskiego w 2007 i 2035 r. (prognoza GUS)



Źródło: Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020r.

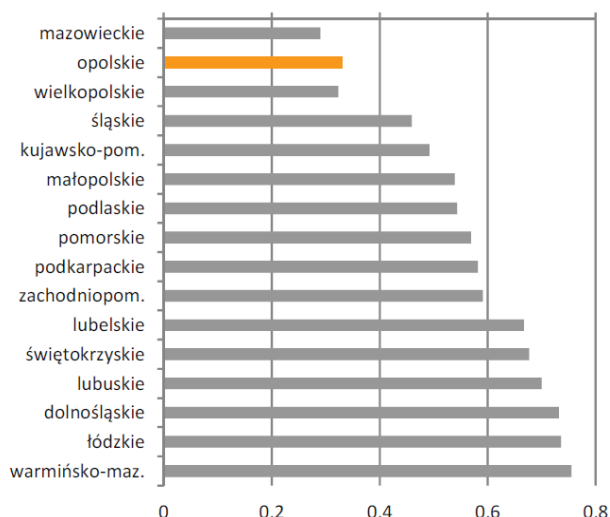
Szczególną uwagę należy zwrócić na zmianę grupy dominującej w strukturze wieku – w 2007r. była to ludność w wieku 20-25 lat, w 2035 r. będzie to grupa niemobilna wśród ludności w wieku produkcyjnym. Dla perspektyw rozwoju regionu istotne jest także to, iż dominanta grupy niemobilnej z 2035 r. w ciągu następnych 10 lat przesunie się do grupy ludności poprodukcyjnej, tworząc niezmiernie trudną ekonomicznie i społecznie sytuację nierównowagi pomiędzy liczebnością grupy produkcyjnej a całością grupy nieprodukcyjnej (przy przewadze ludności poprodukcyjnej). Demograficznie region opolski pozostaje i będzie pozostawał w skrajnie trudnym położeniu (najgorszym w Polsce). Oznacza to konieczność traktowania go jako obszaru zagrożonego kryzysem ludnościowym⁷.

2.4. POZIOM ŻYCIA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA

Poziom życia w regionie uzależniony jest od wielu czynników. Obok sytuacji finansowej, satysfakcji z pracy, życia rodzinnego - ważnym czynnikiem jest również stan zdrowia i dostęp do usług medycznych. Ogólnie poziom życia mieszkańców województwa można określić jako wysoki. Do jego atutów należą ponadto dogodne położenie, relatywnie dobra dostępność komunikacyjna, korzystne warunki klimatyczne oraz wysoki poziom życia i bezpieczeństwa jego mieszkańców. Wyniki *Diagnozy społecznej* wskazują, iż warunki życia gospodarstw domowych w Opolskiem należą do jednych z najwyższych w kraju (wykres poniżej).

⁷ Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r., s.31

Wykres 10. Warunki życia gospodarstw domowych w Polsce wg województw w 2011 roku

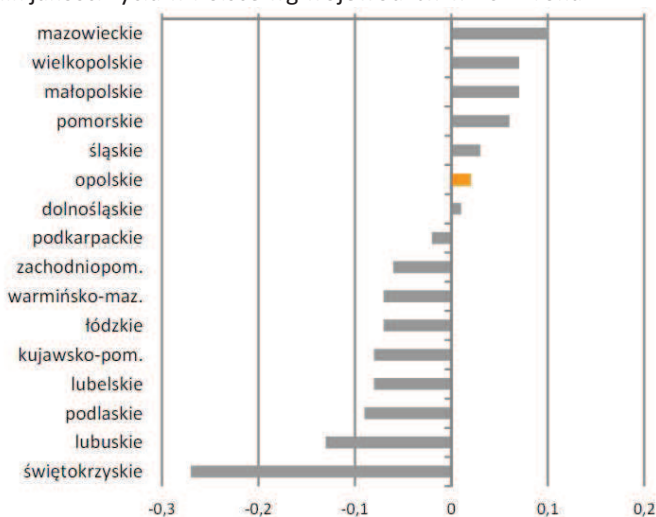


Uwaga: Im mniejsza wartość tym bardziej korzystne warunki życia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Polskie Towarzystwo Statystyczne, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2012, s. 133.

Region, na tle pozostałych województw, charakteryzuje się korzystną sytuacją w sferze kształcenia dzieci (1 miejsce), uczestnictwa w kulturze (1 miejsce), wyżywienia (4 miejsce), wypoczynku (4 miejsce), zasobności materialnej (6 miejsce) oraz ochrony zdrowia (6 miejsce). Natomiast w dziedzinie dochodów województwo opolskie uplasowało się na 12 miejscu w rankingu województw⁸. Indywidualna jakość życia w województwie opolskim oceniona została również korzystnie – region zajął szóstą pozycję w rankingu (wykres poniżej).

Wykres 11. Ogólny wskaźnik jakości życia w Polsce wg województw w 2011 roku



Uwaga: Im wyższa wartość wskaźnika tym jakość życia wyższa.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Polskie Towarzystwo Statystyczne, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2012, s. 377.

⁸ Autorzy *Diagnozy Strategii Województwa*, do porównania warunków życia gospodarstw domowych w układzie wojewódzkim, wykorzystali taksonomiczną miarę warunków życia. Wskazana miara jest wielkością syntetyczną, uwzględniającą zmienne charakteryzujące określone obszary życia, do których należą: dochody, wyżywienie, zasobność materialna, warunki mieszkaniowe, kształcenie dzieci, ochrona zdrowia, uczestnictwo w kulturze oraz wypoczynek. Analiza porównawcza w układzie wojewódzkim została przeprowadzona pod kątem finansowych możliwości gospodarstw domowych zaspokojenia potrzeb w wybranych obszarach. J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Polskie Towarzystwo Statystyczne, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2012, s. 133.

Wysoka pozycja wskazuje na przewagę pozytywnych opinii, wyrażonych przez mieszkańców regionu dotyczących ich indywidualnej oceny jakości i stylu życia. Ocena jakości życia w rankingu *Diagnozy społecznej* obejmowała m.in.: ogólny dobrostan psychiczny, zadowolenie z poszczególnych dziedzin i aspektów życia, subiektywną ocenę materialnego poziomu życia, stres, postawy i zachowania społeczne, korzystanie z nowoczesnych technologii, sytuację na rynku pracy oraz karierę zawodową.⁹

⁹ Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r., s 22

3. SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA I ZDROWOTNA WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

3.1 ZACHOROWALNOŚĆ NA CHOROBY CYWILIZACYJNE¹⁰

Choroby cywilizacyjne są wynikiem postępu współczesnej cywilizacji. Choroba raz zakwalifikowana jako cywilizacyjna pozostaje nią jedynie do czasu, kiedy ludzkość nie upora się z owym problemem, a zachorowalność i śmiertelność z jej powodu nie zmniejszy się i nie straci wymiaru globalnego. Do chorób cywilizacyjnych zaliczamy m.in.:

1. Choroby sercowo – naczyniowe: nadciśnienie tętnicze, stabilna choroba wieńcowa, zawał serca, miażdżyca
2. Choroby układu oddechowego: POChP - Przewlekła obturacyjna choroba płuc
3. Otyłość
4. Cukrzyca
5. Nowotwory
6. Osteoporoza
7. Choroby przewodu pokarmowego: choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, choroba refluksowa przełyku, żylaki odbytu, biegunka, zaparcia
8. Choroby alergiczne
9. Problemy psychologiczne, dysfunkcje społeczne:, pracoholizm, alkoholizm, narkomania, uzależnienie od Internetu, anoreksja, bulimia, depresja i inne choroby afektywne, zaburzenia obsesyjno - kompulsywne, natręctwa, wypalenie zawodowe
10. Choroby zakaźne: AIDS, gruźlica

Choroby cywilizacyjne są odpowiedzialne za większość kosztów społecznych, pogorszenie jakości życia oraz skrócenie jego długości.

¹⁰ Na podstawie danych WSSE Opole, Stan Sanitarno-Higieniczny województwa opolskiego 2012

Tabela 1. Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego)

Rozpoznanie /kod rozpoznania/	Razem osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem, wiek 0-18 lat (stan w dniu 31 XII.2009)	Osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym	Współczynnik zachorowalności na 100 000 ludności	Razem osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem, wiek 0-18 lat (stan w dniu 31 XII 2010)	Osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym	Współczynnik zachorowalności na 100 000 ludności	Razem osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem, wiek 0-18 lat (stan w dniu 31 XII 2011)	Osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym	Współczynnik zachorowalności na 100 000 ludności
ROK	<u>2009</u>			<u>2010</u>			<u>2011</u>		
OGÓŁEM	34728	6811	661	34107	5832	567	34982	6502	641
Nowotwory C-00-C97, D00-D-48	178	52	5	147	32	3	136	32	3
Niedokrwistość D-50-D-59	934	376	36	1063	325	32	1020	358	35
Choroby tarczycy E00-E-07	755	218	21	817	212	21	938	309	30
Cukrzyca E10-E14	262	52	5	286	46	4	269	50	5
Niedożywienie E40-E46	837	223	22	702	135	13	657	123	12
Otyłość E65-E68	3592	705	68	3140	570	55	3271	531	52
Zaburzenia odżywiania F50	548	126	12	473	65	6	428	44	4
Upośledzenie umysłowe F70-F79	823	93	9	693	78	8	641	59	6
Padaczka G40	714	109	11	678	65	6	597	83	8
Dziecięce porażenie mózgowe G80	368	27	3	340	31	3	296	25	2
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka H52	6364	793	77	5262	601	58	4806	523	52
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	292	104	10	361	107	11	359	98	10
Alergie	Dychawica oskrzelowa J45	4200	831	81	4780	928	5085	1131	112
	Pokarmowe K52.2	1770	384	37	1775	359	1789	352	35
	Skórne L27.2	2207	417	40	1918	326	2036	340	34
Zniekształcenia kręgosłupa M40-M41	7101	1263	122	6795	1138	111	7327	1241	122
Choroby układu moczowego N00-N23	1013	164	16	988	163	16	1032	277	27
Wady rozwojowe	Układu nerwowego	256	47	5	229	42	266	54	5
	Układu krążenia Q20-Q-28	601	105	10	595	91	657	130	13
	Narządów płciowych Q50-Q56	107	32	3	119	12	126	29	3
	Aberracje Chromosomowe Q90-Q99	184	26	3	161	15	164	29	3
	inne	304	52	5	234	40	4	277	60
Zaburzenia rozwoju R62	1478	217	21	1419	202	20	1296	200	20
W tym	Fizycznego R62.8	811	123	12	791	119	764	125	12
	Psychosomatycznego R62.0	552	68	7	523	58	455	56	6
Trwałe uszkodzenia narządu ruchu wszystkie uszkodzenia bez względu na przyczynę niepełnosprawności	332	26	3	248	31	3	333	39	4
Pacjenci z innymi (niż wymienione powyżej) schorzeniami wymagającymi opieki medycznej	2995	679	66	4579	858	83	3614	847	84

Źródło: CSIOZ na podstawie MZ -11 2011 r.

Tabela 2. Dane o stanie zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego).

Rozpoznanie /kod rozpoznania/	Razem osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem, w wieku 19 i więcej lat (stan w dniu 31 XII 2009)	Osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym	Współczynnik zachorowalności na 100 000 ludności	Razem osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem, w wieku 19 i więcej lat (stan w dniu 31 XII 2010)	Osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym	Współczynnik zachorowalności na 100 000 ludności	Razem osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem, w wieku 19 i więcej lat (stan w dniu 31 XII 2011)	Osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym	Współczynnik zachorowalności na 100 000 ludności
OGÓŁEM	226521	24950	2420	246383	39893	3878	248977	36475	3597
Gruźlica A15-A19, B90	316	50	5	352	52	5	271	38	4
Nowotwory C00-C97, D00-D48	5904	1133	110	6732	1674	163	6118	1392	137
Choroby tarczycy E00-E07	9670	1811	176	11237	2381	231	11348	2081	205
Cukrzyca E10-E14	36915	3057	296	32876	4229	411	32018	3806	375
w tym leczeni insuliną	9624	1076	104	9859	1330	129	11307	1466	145
Niedokrwistość D50-D64	3830	706	68	4804	1179	115	4371	845	83
Choroby obwodowego układu nerwowego G50-G59	15540	2102	204	17583	3317	322	17548	3417	337
Choroby układu krążenia I00-I99	125772	12912	1252	126159	17454	1697	132641	14713	1451
W tym									
Przewlekła choroba reumatyczna I05-I09	3311	234	23	2845	238	23	2915	209	21
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	80194	8323	807	80660	11526	1121	87132	9926	979
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	7927	1105	107	8723	1622	158	7754	1284	127
Niedokrwienność serca I20-I25	30024	3190	309	32180	4270	415	30064	2894	285
Przebyte zawał serca 25,5	7083	775	75	7249	855	83	7068	697	69
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa J40-J47	14714	1461	142	15909	2190	213	15583	1953	193
Przewlekłe choroby układu trawiennego K25-K93	19900	2358	229	24266	5314	517	21633	4745	468
Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej M00-M99	30344	3127	303	32334	7269	707	34146	7058	696
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagający opieki czynnej	9434	1639	159	13400	4201	408	9052	1757	173

Źródło: CSIOZ na podstawie MZ -11 2011 r.

Analizując lata 2009, 2010 oraz 2011 (tabela 1) dzieci i młodzieży w wieku 0 – 18 lat w zachorowaniach (stwierdzonych po raz pierwszy) na niedożywienie, otyłość, zaburzenia odżywiania i zaburzenia refrakcji i akomodacji oka zanotowano spadek zachorowań, choć spadek ten stracił na dynamice w latach 2010/2011. Natomiast w zachorowaniach na choroby tarczycy, dychawicę oskrzelową oraz choroby układu moczowego następuje wzrost zachorowań. Szczególnie niekorzystna jest dynamika wzrostu zachorowania na dychawicę oskrzelową.

Analizując lata 2009, 2010 oraz 2011 (tabela 2) dla osób powyżej 19 lat obserwuje się niewielki spadek zachorowań na gruźlicę i przewlekłe choroby reumatyczne. Także zachorowalność na niedokrwinną chorobę serca oraz liczba nowych przebytych zawałów serca po wzroście w 2010 roku osiągnęły w 2011 roku wskaźnik niższy niż w 2009r. Natomiast zachorowalność na nowotwory, choroby tarczycy, cukrzyca, choroby nadciśnieniowe, niedokrwinną chorobę serca, choroby naczyń mózgowych, przewlekły nieżyt oskrzeli (dychawica oskrzelowa), przewlekłe choroby układu trawienia oraz choroby układu mięśniowo- kostnego i tkanki łącznej po wzroście w 2010 roku spadła w 2011 roku i osiągnęła wartość wyższą niż w 2009 roku . Natomiast wzrost odnotowano w schorzeniach po raz pierwszy w chorobach obwodowego układu nerwowego.

3.1.1 Zarejestrowane zachorowania na nowotwory złośliwe

Tabela 3. Zachorowania na nowotwory złośliwe

Rok	Region/Województwo	Liczba bezwzględna			Współczynnik na 100 tys. ludności	
		ogółem	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
2009	Polska	128883	64288	64595	349,1	327,9
	opolskie	3484	1688	1796	335,9	334,5
2010	Polska	131063	65477	65586	335,7	332,8
	opolskie	3634	1864	1770	372,8	331
2011	Polska	138033	68854	69179	373,7	350,6
	opolskie	3731	1856	1875	372,2	351,6

Źródło: CSIOZ – Biuletyn Statystyczny Ochrony Zdrowia Warszawa 2012

Zarejestrowane zachorowania na nowotwory złośliwe w województwie opolskim w 2010r.¹¹

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. Skalę problemu pokazuje ponad 140 tys. zarejestrowanych nowych zachorowań w roku 2010. W roku 2010 Krajowy Rejestr Nowotworów otrzymał informację o 70 024 pierwszorazowych zgłoszeniach nowotworów złośliwych dla mężczyzn i 70 540 dla kobiet: łącznie 140 564 zgłoszenia nowotworów. Rok 2010 był kolejnym rokiem, w którym liczba zgłoszonych zachorowań u kobiet przekroczyła liczbę zachorowań u mężczyzn.

Wskaźnik zachorowania/zgony w 2010 roku dla Polski ogółem wynosi 1,52 w tym 1,35 dla mężczyzn i 1,73 dla kobiet. W Polsce w 2010 roku zarejestrowano 92 611 zgonów na nowotwory złośliwe w tym 51 917 zgonów u mężczyzn i 40 794 zgonów u kobiet.

Wskaźnik zachorowania/zgony dla województwa opolskiego w 2010 roku wynosi 1,6 w tym 1,46 dla mężczyzn i 1,79 dla kobiet. W województwie opolskim w 2010 roku zarejestrowano 3733 zachorowania na nowotwory złośliwe.

Mężczyźni

W roku 2010 zarejestrowano łącznie 1936 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn, mieszkających na terenie województwa opolskiego. W skali kraju pod względem zachorowalności województwo opolskie uplasowało się ponownie na 9 miejscu. Najczęstszym nowotworem złośliwym

¹¹ Na podstawie opracowania Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego, Opole 2012

u mężczyzn jest nadal nowotwór płuca. Kolejne pod względem częstości zachorowań, są nowotwory: jelita grubego, gruczołu krokowego, skóry, pęcherza moczowego oraz żołądka. Najwięcej zachorowań, bo 74,8% , podobnie jak w poprzednich latach , stwierdzono u mężczyzn w wieku 55 – 79 lat. Największą liczbę zachorowań stwierdza się, podobnie jak w latach poprzednich, w powiatach: nyskim, mieście Opolu, powiecie kędzierzyńsko-kozielskim i opolskim. Oceniając zachorowania na nowotwory złośliwe u mężczyzn w województwie opolskim w latach 2001 – 2010 można stwierdzić, że zachorowalność, po okresie spadku w latach 2004 – 2007, ponownie zaczyna rosnąć.

Kobiety

W roku 2010 zarejestrowano 1797 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w województwie opolskim. Najczęściej rozpoznawalnym nowotworem u kobiet jest nadal nowotwór piersi, który stanowi 20,9% wszystkich nowych zachorowań. Kolejnymi nowotworami pod względem częstości są nowotwory skóry, jelita grubego, płuca, trzonu macicy, jajnika i szyjki macicy. W porównaniu z rokiem 2009 spadła zachorowalność na raka trzonu i szyjki macicy, natomiast wzrosła zachorowalność na raka jajnika.

3.1.2 Zarejestrowane zgony z powodu nowotworów złośliwych w roku 2010¹²

Mężczyźni

W 2010 roku choroby nowotworowe były przyczyną zgonu 1326 mężczyzn (w roku 2009 było 1371). Stawia to województwo opolskie na 13 miejscu w kraju. Najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu były nowotwory płuca – 28,73%. W dalszej kolejności znalazły się zgony z powodu nowotworów: gruczołu krokowego – 8,3%, żołądka – 7,01%, okrężnicy – 8,82%. Największą liczbę zgonów nowotworowych stwierdza się u mężczyzn w wieku 60 – 79 lat. Największe roczne wahania w liczbie zgonów ujawniają się w powiecie kędzierzyńsko-kozielskim.

Kobiety

W roku 2010 w województwie opolskim zmarło z powodu nowotworów złośliwych 1006 kobiet (w roku 2009 – 1053). Ponownie najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu kobiet były nowotwory płuca – 13,32%. Zgony z powodu nowotworów piersi – 12,43% natomiast nowotwory okrężnicy – 9,84% a nowotwory jajnika – 7,65%, trzustki – 5,37%, szyjki macicy – 5,27% i żołądka – 4,67%. Zwraca uwagę fakt, że zgony z powodu nowotworów jelita grubego stanowiły w roku 2010 łącznie 15,21% wszystkich zgonów, a więc więcej niż zgony z powodu raka płuca czy raka piersi. Największą liczbę zgonów z powodu nowotworów złośliwych stwierdza się u kobiet w wieku 55 – 84 lata. Niewątpliwie można jednak stwierdzić, że wzrasta umieralność z powodu nowotworów płuca , choć w latach 2007 – 2010 jest na zbliżonym poziomie.

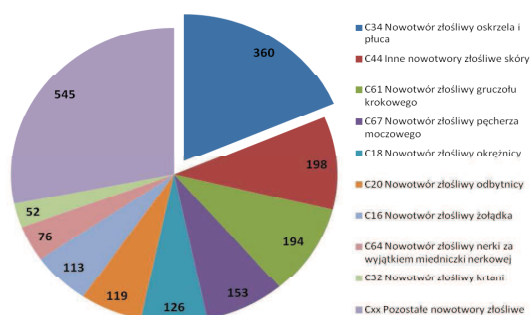
Tabela 4. Zarejestrowane zachorowania i zgony w roku 2010 wśród mężczyzn

Rodzaj nowotworu	Polska		województwo opolskie	
	zachorowania	zarejestrowane zgony	zachorowania	zarejestrowane zgony
oskrzela i płuca	14794	16187	360	381
gruczołu krokowego	9273	3940	194	110
pęcherza moczowego	4919	2470	153	93
okrężnicy	4819	3768	126	117
złośliwe skóry	4792	2518	198	0
żołądka	3399	3486	113	93
odbytnicy	3229	1652	119	52
nerki	2736	1574	76	0
krtani	1924	0	52	40
pozostałe	20139	13742	545	338

Źródło: Na podstawie opracowania Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego, Opole 2012

¹² Na podstawie opracowania Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego, Opole 2012

mężczyźni - Polska



mężczyźni – województwo opolskie

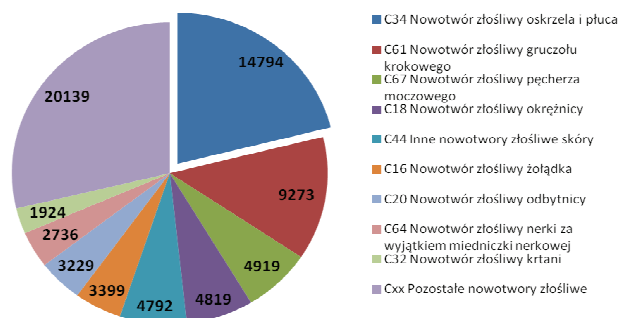
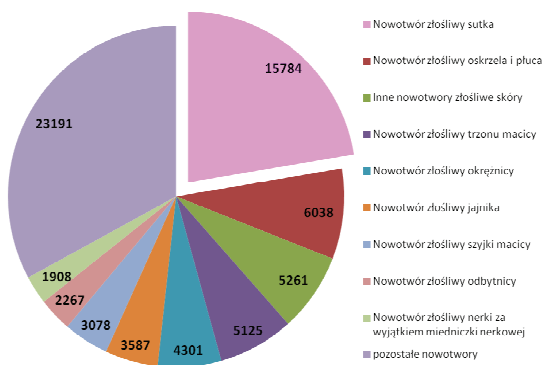


Tabela 5. Zarejestrowane zachorowania i zgony w roku 2010 wśród kobiet

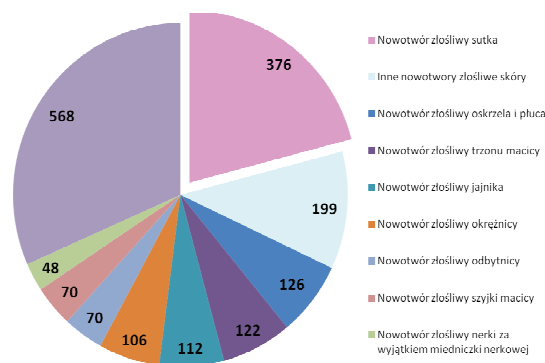
Rodzaj nowotworu	Polska		województwo opolskie	
	zachorowania	zarejestrowane zgony	zachorowania	zarejestrowane zgony
sutka	15784	5226	376	125
oskrzela i płuca	6038	6161	126	134
inne skóry	5261	0	199	0
trzonu macicy	5125	0	122	0
okrężnicy	4301	3293	106	99
jajnika	3587	2547	112	77
szyjki macicy	3078	1735	70	53
odbytnicy	2267	0	70	50
nerki za wyjątkiem miedniczki nerkowej	1908	0	48	0
pozostałe nowotwory złośliwe	23191	13877	568	328
trzustki	0	2250	0	54
bez określenia jego umiejscowienia	0	2415	0	0
żołądka	0	1878	0	47
mózgu	0	1412	0	39

Źródło: Na podstawie opracowania Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego, Opole 2012

Kobiety - Polska



Kobiety – województwo opolskie



Źródło: Na podstawie opracowania Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego, Opole 2012

Tabela 6. Zarejestrowane zachorowania w roku 2010 w podziale na powiaty- mężczyźni i kobiety

Powiat	Liczba - mężczyźni	Liczba - kobiety
brzeski	157	148
głubczycki	94	91
kędzierzyńsko-kozielski	225	199
kluczborski	135	115
krakowicki	102	91
namysłowski	83	86
nyski	297	267
oleski	136	93
opolski	216	205
prudnicki	82	102
strzelecki	136	112
m. Opole	273	288
razem	1936	1797

Źródło: Na podstawie opracowania Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego, Opole 2012

Tabela 7. Zarejestrowane zachorowania wg płci województwo opolskie (mężczyźni)

Nazwa rozpoznania	Lata			
	2001	2004	2007	2010
Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	447	411	352	360
Inne nowotwory złośliwe skóry	140	175	160	198
Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	126	133	167	194
Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	116	88	120	153
Nowotwór złośliwy okrężnicy	115	114	133	126
Nowotwór złośliwy odbytnicy	87	102	84	119
Nowotwór złośliwy żołądka	106	78	98	113
Nowotwór złośliwy nerki za wyjątkiem miedniczki nerkowej	70	56	42	76
Nowotwór złośliwy krtani	64	72	76	52
Nowotwór złośliwy trzustki	39	34	31	42
Czerniak złośliwy skóry	20	25	37	38
Nowotwór złośliwy mózgu	23	24	25	3
Nowotwór złośliwy jądra	18	20	22	4
Białaczka limfatyczna	25	23	8	31
Nowotwór złośliwy przełyku	48	32	39	26
Białaczka szpikowa	18	6	2	29

Źródło: Na podstawie opracowania Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego, Opole 2012

Tabela 8. Zarejestrowane zachorowania wg płci województwo opolskie (kobiety)

Nazwa rozpoznania	Lata			
	2001	2004	2007	2010
Nowotwór złośliwy sutka	318	330	394	376
Inne nowotwory złośliwe skóry	145	219	233	199
Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	102	104	104	126
Nowotwór złośliwy trzonu macicy	127	126	146	122
Nowotwór złośliwy jajnika	84	100	94	112
Nowotwór złośliwy okrężnicy	97	88	115	106
Nowotwór złośliwy odbytnicy	57	71	46	70
Nowotwór złośliwy szyjki macicy	95	83	101	70
Nowotwór złośliwy nerki za wyjątkiem miedniczki nerkowej	60	53	45	48
Czerniak złośliwy skóry	42	34	33	43
Nowotwór złośliwy żołądka	61	58	47	42
Nowotwór złośliwy trzustki	39	28	37	39
Nowotwór złośliwy mózgu	25	31	23	36
Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	27	14	31	27
Chłoniaki nieziarnicze rozlane	14	16	20	27
Białaczka limfatyczna	12	16	4	24
Nowotwór złośliwy tarczycy	26	33	32	22

Źródło: Na podstawie opracowania Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego, Opole 2012

3.2. ZACHOROWALNOŚĆ NA CHOROBY ZAKAŻNE

Korzystna sytuacja epidemiologiczna w zakresie ograniczenia szeregu chorób zakaźnych w Polsce utrzymuje się m.in. dzięki konsekwentnie prowadzonym wieloletnim programom szczepień ochronnych, a w celu jej utrzymania należy skutecznie przeciwstawiać się obserwowanym w ostatnich latach nasilającym się ruchom antyszczepionkowym .

W związku z rozszerzeniem w ostatnim dziesięcioleciu Programu Szczepień Ochronnych¹³, w perspektywie kilku najbliższych lat oczekuje się radykalnego obniżenia zapadalności na różyczkę, świnkę oraz krztusiec. Rok 2012 był kolejnym rokiem spadku liczby zatruc pokarmowych wywołanych przez pałeczki Salmonella, w którym to liczba zachorowań spadła do 119 ze 133 w 2011 roku. W 2012 roku w województwie opolskim spadła również liczba ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową (tabela poniżej).

Tabela 9. Charakterystyka liczbowa ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową na przestrzeni lat 2011 – 2012

Rok	Liczba ognisk	Liczba osób narażonych/w tym dzieci do 14 lat	Liczba osób chorych/ w tym dzieci do 14 lat	Liczba osób hospitalizowanych/w tym dzieci do 14 lat
2011	13	137/6	59/13	17/4
2012	10	63/6	53/29	19/9

Źródło: WSSE Opole, Stan Sanitarno-Higieniczny województwa opolskiego 2012

W ostatnich latach na terenie województwa opolskiego obserwowano sporadyczne zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu A. Powyższa sytuacja była możliwa dzięki prowadzonym działaniom profilaktycznym na rzecz zwiększenia świadomości społecznej mieszkańców.

Korzystna jest sytuacja w zakresie zapadalności na WZW A, niemniej mała ilość wykonywanych szczepień p/WZW A skutkuje brakiem odporności w populacji. W przypadku zawleczenia zakażenia HAV z rejonów podwyższonej endemiczności może dojść do wystąpienia licznych zachorowań, a nawet epidemii wyrównawczych. Liczba zaszczepionych osób p/WZW A w woj. opolskim (zauważalny jest spadek liczby i odsetka osób zaszczepionych):

- 2010 r. 709 tj. 0,06%
- 2011 r. 532 - 0,05%
- 2012 r. 464 – 0,04%

Prowadzone w ciągu ostatnich lat działania profilaktyczno – edukacyjne wpłynęły na poprawę sytuacji epidemiologicznej dotyczącej zachorowań na WZW B i C. Działania te to min. powszechność obowiązkowych szczepień ochronnych, poprawa stanu sanitarno – higienicznego placówek świadczących usługi z naruszeniem ciągłości skóry (medyczne i niemiedyczne), a także prowadzone akcje i kampanie edukacyjne. Województwo opolskie w 2010 i 2011 r. miało najwyższe wskaźniki zapadalności (znacznie przewyższające pozostałe województwa i średnią w kraju).

W 2012 odnotowano niewielki wzrost liczby zachorowań na WZW typu C w porównaniu do 2011 roku. (w 2012 r. zgłoszono 70 zachorowań, w 2011 r. – 61).

Z uwagi na brak swoistych metod zapobiegania zakażeniom HCV drogą szczepień ochronnych, jedynie wdrażanie i utrzymywanie wysokich standardów higieniczno-sanitarnych w placówkach ochrony zdrowia oraz w placówkach pozamedycznych może zapobiec szerzeniu się zachorowań.

Sytuację epidemiologiczną większości chorób zakaźnych w województwie opolskim należy uznać za dobrą. Nie mniej trzeba się liczyć z możliwością wystąpienia zachorowań na wysoce zakaźne i szczególnie niebezpieczne choroby zawleczone z innych krajów.

¹³ j. w.

Rekomenduje się szczepienia ochronne, p/chorobom zakaźnym:

- pneumokokom dla wszystkich dzieci poniżej 5 lat
- meningokokom dla dzieci, młodzieży, osób dorosłych i podróżujących
- wirusowi brodawczaka dla dziewcząt przed okresem inicjacji
- rota wirusom dla niemowląt do 6 miesiąca życia
- błonicy, tężcowi i krztuścowi dla młodzieży i dorosłych
- ospie wietrznej.

Tabela 10. Szacunkowa liczba dzieci zaszczepiona szczepionkami skojarzonymi zakupionymi przez rodziców (przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, zakażeniom wywołanym przez *Haemophilus influenzae* typu b i poliomyelitis) i procent zaszczepienia tymi szczepionkami dzieci w latach 2010-2011 w powiatach i województwie.

Nazwa Stacji	2010		2011	
	Szacunkowa liczba dzieci zaszczepionych szczepionkami skojarzonymi	% dzieci zaszczepionych szczepionką skojarzoną	Szacunkowa liczba dzieci zaszczepionych szczepionkami skojarzonymi	% dzieci zaszczepionych szczepionką skojarzoną
Brzeg	446	52,6%	444	55,0%
Głubczyce	181	48,0%	172	55,0%
K-Koźle	379	47,4%	298	43,5%
Kluczbork	190	35,0%	183	34,0%
Krapkowice	314	63,3%	379	68,8%
Namysłów	190	47,0%	225	59,0%
Nysa	415	35,0%	385	35,0%
Olesno	250	45,0%	257	49,0%
Opole	1175	52,9%	895	42,5%
Prudnik	287	55,0%	270	50,0%
Strzelce	425	68,0%	397	66,0%
Woj. opolskie	4253	45,6%	3905	50,7%

Źródło: WSSE Opole, Stan Sanitarno-Higieniczny województwa opolskiego 2012

Niekorzystna jest sytuacja w zakresie szczepień p/grypie:

- w 2010 r. 3,2% mieszkańców woj. opolskiego zaszczepiło się p/grypie
- w 2011 r. – 2,8%
- w 2012 r. - 2,3%

Tabela 11. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie wybranych chorób zakaźnych w woj. opolskim w latach 2010, 2011, 2012.

Jednostka chorobowa		2010				2011				2012			
		Województwo opolskie		Polska		Województwo opolskie		Polska		Województwo opolskie		Polska*	
		Liczba zachorowań	Zapadalność na 100 tys.	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100 tys.	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100 tys.	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100 tys.	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100 tys.	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100 tys.
Zespół nabytego upośledzenia odporności -AIDS		9	0,9	151	0,4	6	0,6	237	0,8	4	0,4	220	0,6
Dur brzuszny		-	-	-	-	-	-	2	0,01	-	-	2	0,01
Dury rzekome ABC		-	-	6	0,02	-	-	2	0,01	-	-	5	0,01
Salmonelozy - zatrucia pokarmowe		151	14,7	9537	25,0	133	12,9	8.676	22,7	119	11,8	8266	21,5
Czerwonka bakteryjna		-	-	24	0,06	-	-	17	0,04	-	-	14	0,04
Krzusiec		8	0,8	1272	3,3	24	2,3	1667	4,4	58	5,7	4683	12,2
Tężec		1	0,1	16	0,04	1	0,1	13	0,03	-	-	19	0,5
Odra		-	-	14	0,04	1	0,1	39	0,1	-	-	60	0,2
Różyczka		428	41,6	4197	11,0	91	8,9	4.284	11,2	109	10,8	6260	16,3
Ospa wietrzna		4320	419,5	183323	480,5	5.519	536,6	172.777	452,3	6657	657,6	207932	539,7
Świnka		94	9,1	2747	7,2	92	8,9	2.582	6,8	91	9,0	2774	7,2
Wirusowe zapalenie wątroby	Typ A	2	0,2	156	0,4	1	0,1	66	0,2	2	0,2	70	0,2
	Typ B ostre	3	0,3	150	0,4	4	0,4	111	0,3	5	0,5	85	0,2
	Typ B przewlekłe	119	11,5	1484	3,9	110	10,7	1.472	3,8	35	3,5	1493	3,9
	Typ C wg def. 2009r.	94	9,1	2178	5,7	62	6,0	2.183	5,7	80	7,9	2258	5,9

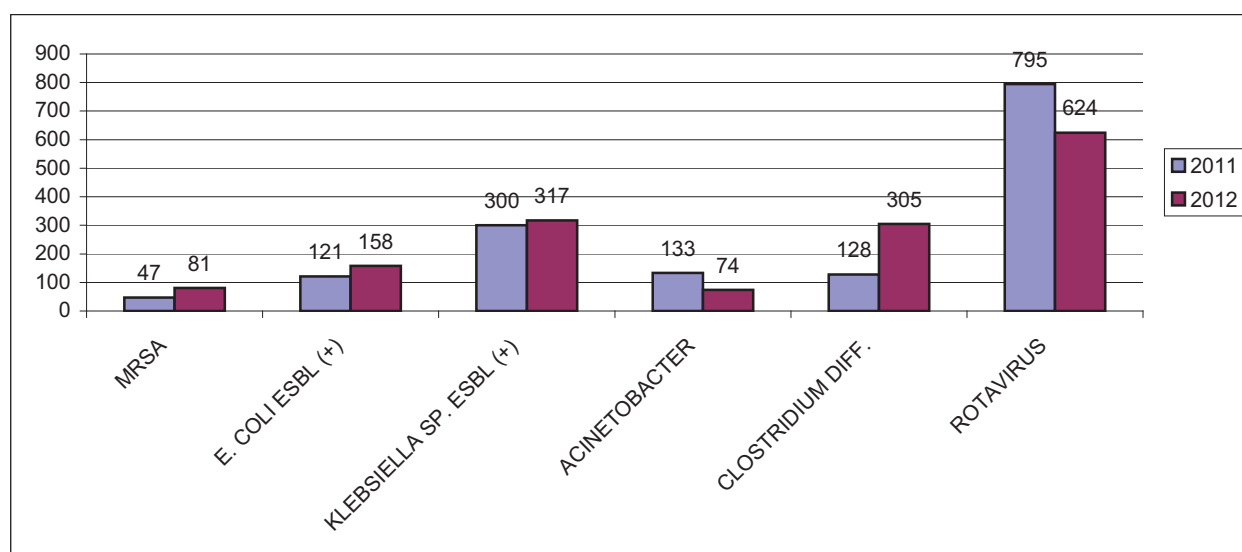
Źródło: WSSE Opole, Stan Sanitarno-Higieniczny województwa opolskiego 2012

3.3 ZAKAŻENIA SZPITALNE

Analiza sytuacji epidemiologicznej w zakresie występowania zakażeń szpitalnych w 2012r., w województwie opolskim w porównaniu do 2011r. wykazała, iż nastąpił wzrost liczby zgłoszonych patogenów alarmowych m.in. MRSA – 81, Escherichia coli ESBL (+) – 158, Klebsiella sp ESBL (+) - 317, Clostridium difficile – 305. W 2012r. nastąpił spadek liczby patogenów alarmowych Acinetobacter – 74 oraz Rotavirus – 624, w porównaniu do 2011r.

W 2012r. w szpitalach wystąpiło zmniejszenie wykonania u pacjentów liczby badań mikrobiologicznych w porównaniu do 2011r. W analizowanym okresie odnotowano wykonanie 64310 badań mikrobiologicznych (10 badań/ łóżko). Liczbę zgłoszonych patogenów alarmowych w 2011r. i 2012r. przedstawia poniższy wykres.

Wykres 12. Liczba zgłoszonych patogenów alarmowych w 2011r. i 2012r.



Źródło: dane WSSE Opole

Ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych

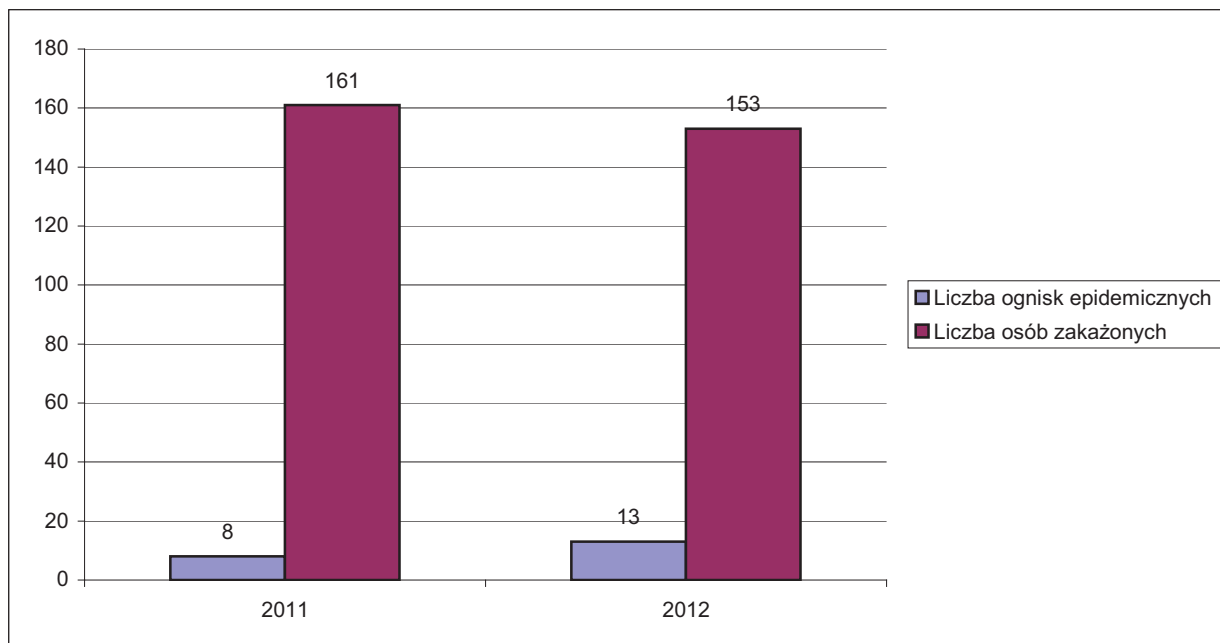
W 2012r. do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Opolu zgłoszono 13 ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych. Zakażeniu uległy 153 osoby, w tym 6 osób personelu medycznego. Spośród 13 ognisk w 11 wykonano badania mikrobiologiczne w celu identyfikacji czynnika etiologicznego. W ogniskach został potwierdzony czynnik etiologiczny tj.:

- Norowirus – 1 ognisko obejmujące 55 osób,
- Rotavirus – 2 ogniska obejmujące 9 osób,
- Norowirus i Rotavirus – 1 ognisko obejmujące 22 osoby,
- Clostridium dificile – 5 ognisk obejmujących 31 osób,
- Enterobacter cloacae – 1 ognisko obejmujące 6 osób,
- Klebsiella pneumonia ESBL + - 1 ognisko obejmujące 2 osoby.

W 10 ogniskach epidemicznych wystąpiło zakażenie układu pokarmowego. Objawami dominującymi były m.in. biegunka, wymioty, nudności. W 1 ognisku epidemicznym wystąpiła ospa wietrzna, w 1 ognisku - zapalenie płuc. Do zakażenia rany pooperacyjnej doszło w 1 ognisku epidemicznym.

W 2 ogniskach, obejmujących 22 osoby, nie został ustalony czynnik etiologiczny. Liczba ognisk epidemicznych w szpitalach woj. opolskiego w porównaniu z liczbą osób zakażonych w ogniskach w latach 2011 i 2012 obrazuje poniższy wykres.

Wykres 13. Liczba ognisk epidemicznych w szpitalach woj. opolskiego w porównaniu z liczbą osób zakażonych w ogniskach w latach 2011 i 2012



Źródło: dane WSSE Opole

W ostatnich latach można zaobserwować nieznaczny wzrost liczby występujących ognisk epidemicznych przy jednoczesnym spadku liczby osób zakażonych, co jest wynikiem m.in. podjętych działań zespołów ds. zakażeń szpitalnych województwa opolskiego oraz nadzoru służb sanitarnych.

3.4 ZACHOROWALNOŚĆ NA CHOROBY ZAWODOWE

W 2012 r. w województwie opolskim stwierdzono 9 przypadków chorób zawodowych. Radykalny spadek stwierdzonych chorób w porównaniu do lat ubiegłych zanotowano już w 2011 r., kiedy to stwierdzono 11 przypadków (w 2010 r. stwierdzono 44 przypadki). W 2012 r. w 28 przypadkach odmówiono stwierdzenia choroby zawodowej.

Stwierdzone przypadki dotyczyły następujących chorób:

- borelioza (poz. 26 wykazu chorób zawodowych) – 2 przypadki;
- astma oskrzelowa (poz. 6 wykazu chorób zawodowych) – 1 przypadek;
- rak płuca spowodowany narażeniem na wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne w procesie koksowniczym (poz. 17.1 wykazu chorób zawodowych) – 1 przypadek;
- choroba opłucnej wywołana pyłem azbestu – rozległe zgrubienie opłucnej (poz. 4.1 wykazu chorób zawodowych) – 1 przypadek;
- obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego – (poz. 21 wykazu chorób zawodowych) – 3 przypadki;
- niedowład mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią (poz. 15.3 wykazu chorób zawodowych) – 1 przypadek.

Tabela 12. Liczba chorób zawodowych stwierdzonych w województwie opolskim, w latach 2008 – 2012

Numer choroby zawodowej	Nazwa choroby zawodowej	Liczba przypadków				
		2008	2009	2010	2011	2012
1	Zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane substancje chemiczne	0	1	1	0	0
2	Gorączka metaliczna	0	0	0	0	0
3	Pylice płuc	0	2	2	2	0
4	Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu	0	0	0	0	1
6	Astma oskrzelowa	2	1	1	1	1
7	Zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	0	0	0	0	0
12	Alergiczny nieżyt nosa	1	0	2	0	0
15	Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat	24	14	5	1	1
17	Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi	1	1	2	2	1
18	Choroby skóry	1	0	2	2	0
19	Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy	0	0	0	0	0
20	Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy	2	2	1	1	0
21	Obustronny trwały ubytek słuchu typu ślimakowego spowodowany hałasem	2	7	2	0	3
22	Zespół wibracyjny	2	0	1	0	0
25	Choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	0	0	0	1	0
26	Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa	14	17	25	1	2
RAZEM		49	45	44	11	9

Źródło: WSSE Opole, Stan Sanitarно-Higieniczny województwa opolskiego 2012

3.5 URODZENIA ŻYWE W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM

Tabela 13. Urodzenia żywe w województwie opolskim.

Województwo/Powiaty	Lata	Urodzenia żywe	Współczynnik urodzeń na 1000 ludności ¹⁴	Współczynnik umieralności niemowląt
województwo	2005	8496	8,1	3,8
	2010	9163	8,9	3,5
	2011	8686	8,6	4,1
Opole	2005	997	7,8	5,0
	2010	1138	9,3	4,4
	2011	1010	8,2	4,0
brzeski	2005	851	9,2	1,2
	2010	955	10,3	1,0
	2011	879	9,5	2,3
kluczborski	2005	585	8,3	5,1
	2010	591	8,7	3,4
	2011	559	8,2	0,0
namysłowski	2005	421	9,6	2,4
	2010	448	10,4	2,2
	2011	414	9,6	4,8
nyski	2005	1221	8,3	4,9
	2010	1268	8,9	3,9
	2011	1212	8,5	5,8
prudnicki	2005	497	8,3	0,0
	2010	540	9,3	7,4
	2011	547	9,5	1,8
głubczycki	2005	444	8,8	0,0
	2010	458	9,4	2,2
	2011	400	8,3	10,0
kędzierzyńsko-kozielski	2005	788	7,7	1,3
	2010	840	8,5	2,4
	2011	763	7,7	3,9
krakowicki	2005	575	8,5	8,7
	2010	526	8,0	7,6
	2011	548	8,3	3,6
oleski	2005	557	8,1	3,6
	2010	582	8,8	6,9
	2011	559	8,4	3,6
opolski	2005	953	7,1	6,3
	2010	1123	8,5	2,7
	2011	1142	8,6	5,3
strzelecki	2005	607	7,5	3,3
	2010	694	9,0	0,0
	2011	653	8,5	4,6

Źródło: Urząd Statystyczny w Opolu, 2012 -Portrety powiatów województwa opolskiego 2011 r.

Na przestrzeni ostatnich sześciu lat (2005-2011) poprawił się wskaźnik urodzeń żywych w województwie.

¹⁴ Współczynnik urodzeń – w demografii niemianowany współczynnik określający liczbę urodzeń żywych na 1000 mieszkańców i rok

3.6. LICZBA ZGONÓW W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM

Tabela 14. Liczba zgonów w województwie opolskim (2005, 2010, 2011, wg płci)

Województwo/miasto/powiaty	Lata	Ogółem	M	K	Miasto	Wieś
Województwo	2005	9471	4951	4520	4763	4708
	2010	9882	5158	4724	5046	4836
	2011	9719	5073	4646	4835	4884
Opole	2005	1063	536	527	1063	0
	2010	1061	549	512	1061	0
	2011	1058	525	533	1058	0
brzeski	2005	825	427	398	482	343
	2010	951	510	441	569	382
	2011	888	442	446	488	400
kluczborski	2005	625	332	293	298	327
	2010	668	348	320	338	330
	2011	667	363	304	314	353
namysłowski	2005	408	236	172	141	267
	2010	424	215	209	155	269
	2011	445	234	211	159	286
nyski	2005	1450	788	662	764	686
	2010	1471	776	695	783	688
	2011	1473	745	728	776	697
prudnicki	2005	645	318	327	330	315
	2010	626	304	322	352	274
	2011	645	330	315	322	323
głubczycki	2005	564	287	277	249	315
	2010	602	303	299	238	364
	2011	543	290	253	204	339
kędzierzyńsko-kozielski	2005	902	483	419	570	332
	2010	962	513	449	600	362
	2011	951	507	444	571	380
krakowicki	2005	532	272	260	252	280
	2010	599	331	268	295	304
	2011	562	305	257	269	293
oleski	2005	667	330	337	195	472
	2010	629	327	302	192	437
	2011	622	329	293	195	427
opolski	2005	1078	578	500	122	956
	2010	1176	604	572	167	1009
	2011	1159	617	542	171	988
strzelecki	2005	712	364	348	297	415
	2010	713	378	335	296	417
	2011	706	386	320	308	398
	Lata	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś

Źródło: Urząd Statystyczny Opole, 2012 r. Portrety powiatów województwa opolskiego 2011 r.

Na przestrzeni ostatnich sześciu lat (2005-2011), odnotowano znacznie większą liczbę zgonów w roku 2010 w stosunku do 2005 i 2011 r., w tym większa była śmiertelność wśród mężczyzn zarówno w miastach jak i na wsi.

3.6.1 Przyczyny zgonów mieszkańców województwa opolskiego

Tabela 15. Przyczyny zgonów mieszkańców województwa opolskiego w 2005, 2009, 2010, wg płci

Województwo/powiaty	lata	Ogółem	M	K	W tym			
					nowotwory		choroby układu krążenia	
					M	K	M	K
					na 100 tys. ludności			
województwo	2005	903,2	974,6	836	269,7	205,7	425,6	463
	2009	943,1	1038,8	853,6	283,7	202,3	452,7	465,3
	2010	961,1	1037,2	889,8	279,1	201,2	450,8	479
Opole	2005	856,6	917,9	802	284,3	223,7	352,8	426,1
	2009	869,6	925,4	820,3	288,6	253,4	374,4	370,8
	2010	871,8	962	792,2	297,9	204,2	366,2	363,6
brzeski	2005	888,5	946,6	833,6	252,7	215,7	379,1	439,8
	2009	973,8	1056,2	896,1	298,6	207,8	396,6	468
	2010	1028,8	1137,2	926,6	278,7	205,9	425,9	466,4
kluczborski	2005	879,7	956,5	806,4	285,2	184,4	388,9	443,1
	2009	954	1051,9	861	260,8	180,1	474,1	495,2
	2010	966,8	1032,1	904,5	264	217,6	513,1	497,5
namysłowski	2005	918,3	1087,9	756,5	322,7	211,1	437,9	347,5
	2009	905,9	944,3	869,3	255,8	243,9	348,9	430,2
	2010	963,2	1000,6	927,6	293,2	239,7	372,3	443,8
nyski	2005	979,6	1097	868,9	307,7	231	497	488,3
	2009	982,4	1117,5	855,5	306,5	234,3	500,3	461,9
	2010	1019	1109,8	933,7	321,8	220,3	470,5	523,9
prudnicki	2005	1063	1094,6	1033,9	302	215	477	660,8
	2009	1095,3	1130	1063,3	247,2	214,6	565	617,8
	2010	1064,1	1076	1053,1	251,3	225,7	580,5	598,5
głubczycki	2005	1099,2	1142,8	1057,5	279,7	218,4	575,4	678,2
	2009	1169,3	1338,2	1008	324,3	219,6	619,8	580,5
	2010	1215,2	1251,7	1180,2	305,7	189,5	570,1	682,9
kędzierzyńsko-kozielski	2005	876	967,3	790,2	242,3	193,8	420,6	425,2
	2009	1023,6	1137,1	917,6	338,7	243,3	443,3	442,5
	2010	958	1059,4	863,5	301,5	209,6	452,2	457,7
krapkowicki	2005	778,6	817	742	234,3	211,2	390,5	376,7
	2009	815,4	916,8	719,5	203,1	145,6	467,6	407,8
	2010	898,9	1021,8	782,6	234,6	163,5	500,1	432,2
oleski	2005	964,1	976,9	951,9	272,4	197,7	461,8	528,2
	2009	957,9	1009,1	909,1	306,1	178,9	442,4	571,4
	2010	932,3	987,3	879,3	244,6	174,7	519,3	509,5
opolski	2005	801	882,1	724	239,6	165,1	383	404
	2009	841,8	952	737,7	279	134,8	403,2	439,1
	2010	874	923,3	827,3	252,2	188	377,6	461,4
strzelecki	2005	877,7	920,4	837	237,7	204,4	424,8	459,4
	2009	867,9	978,8	763	241,5	161,9	490,7	456,4
	2010	901	983	823,5	267,8	174,5	410,9	452,3

Źródło: Urząd Statystyczny w Opolu, 2012 -Portrety powiatów województwa opolskiego 2011 r.

Podobnie w ostatnich sześciu latach (2005-2010) ilość zgonów z powodu nowotworów oraz chorób układu krążenia wzrosła w roku 2009 i 2010 w stosunku do 2005 zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn.

Choroby sercowo-naczyniowe są głównym zagrożeniem zdrowia Polaków. Stanowią przyczynę prawie połowy wszystkich zgonów. Polska pomimo sukcesów w walce z chorobami układu sercowo-naczyniowego w ostatnich 20 latach, ma w dalszym ciągu bardzo duże zaległości w porównaniu do większości krajów Unii Europejskiej. Badania populacyjne NATPOL PLUS i WOBASZ przeprowadzone w ramach programu POLKARD wykazały, że w naszym kraju zaburzenia lipidowe stwierdzane są u prawie 70%, nadciśnienie tętnicze u 30%, palenie tytoniu u 30%, cukrzyca u 6%, a nadwaga i brak aktywności u ponad połowy dorosłych Polaków. Dlatego też należy spodziewać się,

że schorzenia sercowo-naczyniowe, głównie na podłożu miażdżycowo-zakrzepowym, będą coraz częstsze stwarzając realną groźbę epidemii. Jej konsekwencje to przedwczesne zgony, utrata siły produkcyjnej, pogorszenie jakości życia oraz wzrost kosztów medycznych¹⁵.

Tabela 16. Zgony w 2005, 2009, 2010 według przyczyny i płci.

Województwo/ powiaty	lata	Ogółem	M	K	W tym			
					choroby układu trawiennego		urazy i zatrucia według zewnętrznej przyczyny	
					M	K	M	K
		na 100 tys. ludności						
województwo	2005	903,2	974,6	836	49,2	28,3	82,3	23,3
	2009	943,1	1038,8	853,6	43	25	85,1	21,6
	2010	961,1	1037,2	889,8	50,9	24,5	78,4	20,5
Opole	2005	856,6	917,9	802	66,8	25,9	56,5	28,9
	2009	869,6	925,4	820,3	42	41,7	78,7	20,1
	2010	871,8	962	792,2	63,1	27,9	47,3	24,8
brzeski	2005	888,5	946,6	833,6	35,5	20,9	90,9	29,3
	2009	973,8	1056,2	896,1	44,6	16,8	69,1	23,1
	2010	1028,8	1137,2	926,6	42,4	18,9	98,1	10,5
kluczborski	2005	879,7	956,5	806,4	54,7	33	95,1	16,5
	2009	954	1051,9	861	56,3	11,3	94,8	25,3
	2010	966,8	1032,1	904,5	44,5	31,1	83	14,1
namysłowski	2005	918,3	1087,9	756,5	32,3	26,4	83	26,4
	2009	905,9	944,3	869,3	46,5	13,3	74,4	26,6
	2010	963,2	1000,6	927,6	27,9	13,3	79,1	31,1
nyski	2005	979,6	1097	868,9	43,2	24,9	107,2	22,3
	2009	982,4	1117,5	855,5	44,2	30,8	116,9	25,4
	2010	1019	1109,8	933,7	65,8	30,9	78,7	32,2
prudnicki	2005	1063	1094,6	1033,9	61,8	25,3	78,9	28,5
	2009	1095,3	1130	1063,3	42,4	16,3	98,9	39
	2010	1064,1	1076	1053,1	46	9,8	81,4	32,7
głubczycki	2005	1099,2	1142,8	1057,5	48	19,2	107,9	19,2
	2009	1169,3	1338,2	1008	65,7	27,5	65,7	0
	2010	1215,2	1251,7	1180,2	70,2	47,4	74,4	19,7
kędzierzyńsko-kozielski	2005	876	967,3	790,2	44,1	54,6	96,1	15,1
	2009	1023,6	1137,1	917,6	32,8	30,7	88,3	17,2
	2010	958	1059,4	863,5	33	19,2	64	13,5
krapkowicki	2005	778,6	817	742	42,1	28,5	54,1	20
	2009	815,4	916,8	719,5	43,1	29,1	61,5	17,5
	2010	898,9	1021,8	782,6	49,4	17,5	92,6	17,5
oleski	2005	964,1	976,9	951,9	35,5	19,8	79,9	36,7
	2009	957,9	1009,1	909,1	24,2	20,2	109,1	23,1
	2010	932,3	987,3	879,3	36,2	23,3	75,5	8,7
opolski	2005	801	882,1	724	47,3	21,7	77,8	15,9
	2009	841,8	952	737,7	42,9	21,7	76,6	17,4
	2010	874	923,3	827,3	65,7	21,7	71,8	20,2
strzelecki	2005	877,7	920,4	837	73,3	36,1	55,6	26,5
	2009	867,9	978,8	763	41,5	19,6	64,9	24,5
	2010	901	983	823,5	36,4	29,5	117	17,2

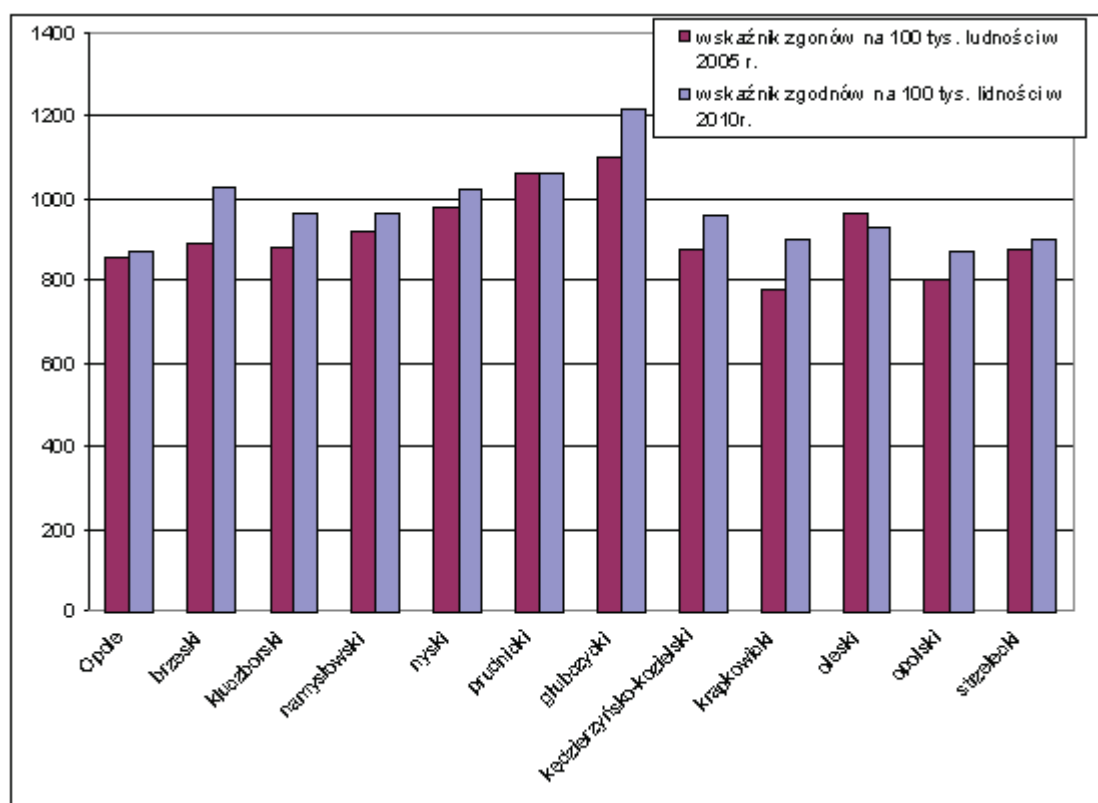
Źródło: Urząd Statystyczny w Opolu, 2012 -Portrety powiatów województwa opolskiego 2011 r.

Od 2005 roku współczynnik zgonów ogółem na 100 tys. ludności województwa opolskiego systematycznie wzrasta. W 2010 roku umieralność mężczyzn i kobiet wzrosła o 6,4% w stosunku do roku 2005.

W 2005 i 2010 roku współczynnik umieralności mężczyzn jest o 17% większy od współczynnika umieralności kobiet. W 2009 roku różnica ta wzrosła do 22%.

¹⁵ Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego

Wykres 14. Wskaźnik zgonów na 100 tys. ludności w 2005 i 2010 roku z podziałem na powiaty województwa opolskiego.



Źródło: Urząd Statystyczny w Opolu, 2012 -Portrety powiatów województwa opolskiego 2011 r.

W 2010 roku ogólny wskaźnik zgonów w województwie opolskim na 100 tys. ludności wyniósł 961,1, stanowi to o 6,4% więcej niż w roku 2005 (903,2). Największy wzrost umieralności na przestrzeni ostatnich lat odnotowano w powiecie brzeskim (wzrost o 15,8%), głubczyckim (10,6%) oraz krapkowickim (15,5). Jedynie w powiecie oleskim odnotowano spadek umieralności o 3,3%.

3.7. Promocja zdrowia oraz profilaktyka i edukacja zdrowotna

W przypadku promocji zdrowia mamy do czynienia z wieloma podejściami teoretycznymi oraz definicjami. Można także spotkać się z różnymi podejściami do wzajemnych relacji pomiędzy profilaktyką, edukacją zdrowotną, a promocją zdrowia. Na potrzeby niniejszego opracowania wykorzystane zostaną definicje zawarte w „Regionalnym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Opolskiego na lata 2012-2015” [dalej : RPOZP]. Tak więc „Promocja zdrowia to działania obejmujące całą populację i dotyczące jej codziennego życia. Zasadniczym działaniem ma być efektywny publiczny udział w określaniu problemów, tworzeniu decyzji i powodowaniu poprawy lub zmiany czynników warunkujących zdrowie”¹⁶, jednocześnie „Promocja zdrowia to proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad uwarunkowaniami zdrowia w celu poprawy ich stanu zdrowia oraz sprzyjający rozwojowi zdrowego stylu życia, a także kształtowaniu innych społecznych, środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do zdrowia”¹⁷. Edukacja zdrowotna, tak jak w RPOZP traktowana będzie jako element promocji zdrowia¹⁸. Z kolei profilaktyka zdrowotna, w tym profilaktyka uzależnień, rozumiana będzie jako oddziaływanie na zachowania i styl życia ludzi, w tym dzieci i młodzieży¹⁹. Jednocześnie dopuszczone będzie w niniejszym opracowaniu wymienne traktowanie tzw. pierwszej i częściowo drugiej fazy profilaktyki zdrowotnej z promocją zdrowia²⁰.

Dla usystematyzowania treści opracowania wszelkie produkty w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki oraz edukacji zdrowotnej zostaną w niniejszym opracowaniu podzielone na trzy rodzaje, tj. :

- 1) Programy zdrowotne.
- 2) Programy profilaktyczne, w tym dotyczące uzależnień. W niektórych przypadkach w materiałach źródłowych występować będą programy edukacyjne, dla uproszczenia opisu zostaną zaliczone one do programów profilaktycznych.
- 3) Samodzielne działania/przedsięwzięcia edukacyjne, tzn. działania/przedsięwzięcia nie będące elementami programów zdrowotnych lub profilaktycznych.

Materiał źródłowy odnoszący się do części diagnostycznej promocji zdrowia oraz profilaktyki i edukacji zdrowotnej w województwie opolskim przedstawiony zostanie w podziale na główne instytucje aktywne w regionie w w/w obszarach. Dobór tych instytucji będzie warunkowany informacjami zawartymi w posiadanym materiale źródłowym.

Realizacja programów zdrowotnych/profilaktycznych według danych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia [dalej OOWNFZ]

OOWNFZ realizuje w 2013 r. 5 programów profilaktycznych, które możemy również nazwać programami zdrowotnymi. Są to²¹ :

1. Program profilaktyki raka szyjki macicy

Program profilaktyki raka szyjki macicy skierowany jest do kobiet w wieku 25-59 lat, a badania standardowo, tj. w przypadku braku innych zaleceń, przeprowadzane są raz na 3 lata. Badania cytologiczne w ramach tego programu wykonują w 2013 r. – poza licznymi niestacjonarnymi podmiotami leczniczymi - następujące szpitale :

¹⁶ Sygit Marian, *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2010, s. 450.

¹⁷ Sygit Marian, op.cit., s. 450.

¹⁸ RPOZP, s.60.

¹⁹ Cianciara Dorota, *Zarys współczesnej promocji zdrowia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 40.

²⁰ Cianciara Dorota, op.cit., s. 42-43.

²¹ Opracowano na podstawie informacji ze strony internetowej Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

- 1) Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu (podmiot leczniczy dla którego podmiotem tworzącym jest samorząd województwa opolskiego) [dalej : SSZOZnMiDz]
- 2) 116 Szpital Wojskowy w Opolu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Opolu (szpitale resortowe)
- 3) Szpitale powiatowe²² w:
 - a) Brzegu
 - b) Głubczycach
 - c) Głuchołazach
 - d) Kędzierzynie-Koźlu
 - e) Kluczborku
 - f) Krapkowicach
 - g) Namysłowie
 - h) Nysie
 - i) Oleśnie
 - j) Strzelcach Opolskich

Na poziomie pogłębionej diagnostyki świadczenia zdrowotne w ramach programu w 2013 r. wykonują : SSZOZnMiDz oraz szpitale powiatowe w Brzegu i w Kędzierzynie-Koźlu.

2. Program profilaktyki raka piersi

Program profilaktyki raka piersi skierowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat, w jego ramach wykonywane są badania mammograficzne. Badania mammograficzne w ramach programu w 2013 r. - poza podmiotami niestacjonarnymi – wykonują następujące szpitale :

- 1) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii (podmiot leczniczy dla którego podmiotem tworzącym jest samorząd województwa opolskiego) [dalej : OCO]
- 2) Szpitale powiatowe w :
 - a) Głubczycach
 - b) Kędzierzynie-Koźlu
 - c) Prudniku
 - d) Strzelcach Opolskich

Pogłębiona diagnostyka w ramach programu jest realizowana w czterech podmiotach leczniczych, w tym w dwóch szpitalach, tj. w OCO i w szpitalu w Strzelcach Opolskich.

3. Program badań prenatalnych

Program badań prenatalnych skierowany jest m.in. do matek powyżej 35 lat, a obejmuje m.in. wykonanie testu biochemicznego i badania USG między 11 a 13 tygodniem ciąży oraz poradę genetyczną. Badania prenatalne w ramach programu w 2013 r. wykonywane są w SSZOZnMiDz.

4. Profilaktyka chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc)

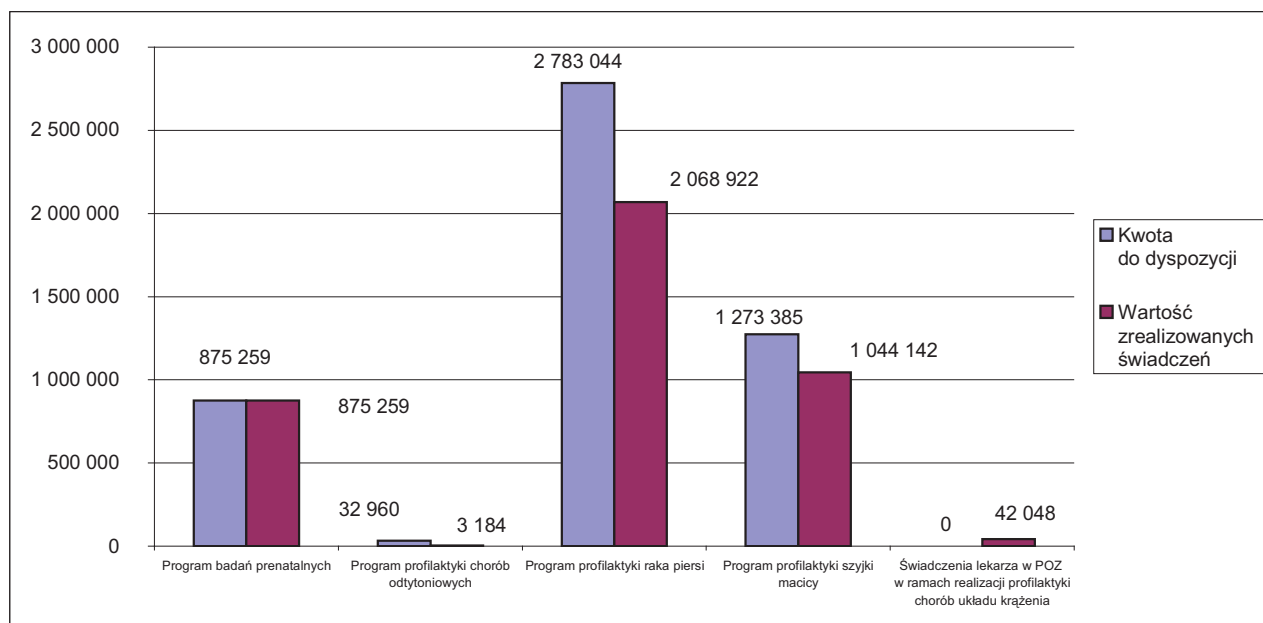
Profilaktyka chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc) skierowana jest do osób powyżej 18 lat palących papierosy. Program w 2013 r. realizowany jest w trzech poradniach, które funkcjonują w Nysie, Oleśnie i w Opolu.

5. Program profilaktyki układu krążenia

Program profilaktyki układu krążenia jest skierowany w szczególności do osób obciążonych czynnikami ryzyka chorób układu krążenia. Program realizują lekarze podstawowej opieki zdrowotnej.

²²Określenie „szpitale powiatowe” zostało użyte dla uproszczenia opisu i obejmuje podmioty lecznicze o zróżnicowanej formie działalności, np. spółki będące własnością powiatów lub ze znaczącym udziałem powiatów.

Wykres 15. Finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach programów zdrowotnych finansowanych przez OOW NFZ w 2012 r.



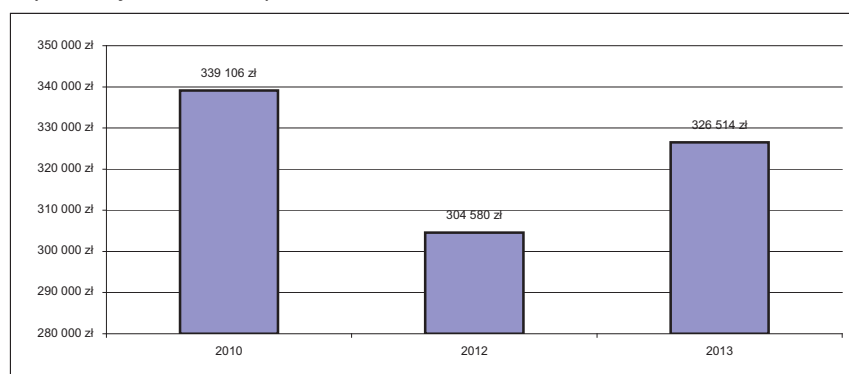
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Realizacja programów zdrowotnych/profilaktycznych według samorządowych i ministerialnych podmiotów leczniczych

1. Koordynacja populacyjnych programów profilaktycznych (zdrowotnych)

Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu poprzez swój „Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy” koordynuje wymieniony program. Po stronie ośrodka są zadania logistyczne programu, np. wysyłanie zaproszeń na badania do wszystkich kobiet będących w grupie objętej programem. Same badania diagnostyczne w ramach programu są objęte kontraktem z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, standardowo można je przeprowadzać raz na trzy lata. Realizacja programu w latach 2010-2012 przedstawiała się następująco²³:

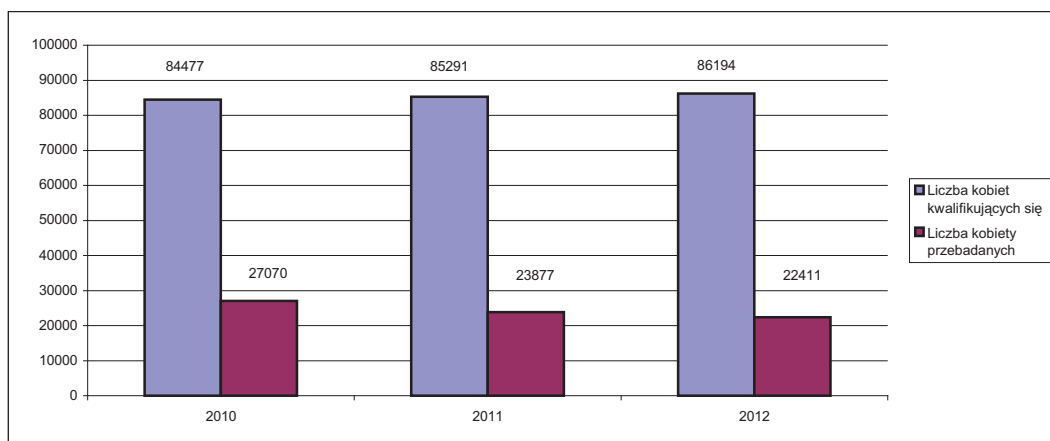
Wykres 16. Koszt koordynacji „Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy” w województwie opolskim w latach 2010-2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu

²³ Opracowane na podstawie informacji dostarczonych przez Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu.

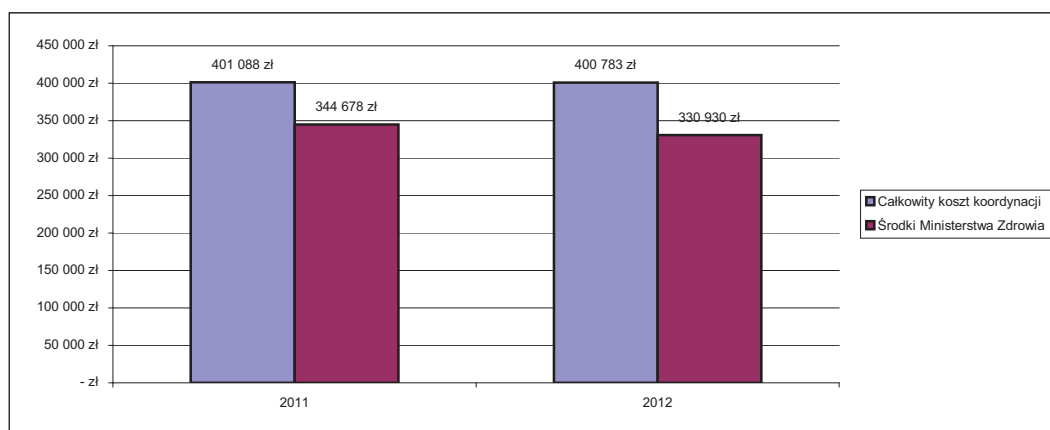
Wykres 17. Liczba kobiet kwalifikujących się do objęcia programem oraz liczba przebadanych kobiet w ramach „Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy” (tzw. bieżące objęcie populacji programem) w latach 2010-2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii w Opolu poprzez swój „Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi” koordynuje wymieniony program. Także w tym programie po stronie ośrodka są zadania logistyczne programu, np. wysyłanie zaproszeń na badania do wszystkich kobiet będących w grupie objętej programem. Same badania diagnostyczne w ramach programu są objęte kontraktem z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, standardowo można je przeprowadzać raz na dwa lata. Realizacja programu w latach 2011-2012 przedstawiała się następująco²⁴:

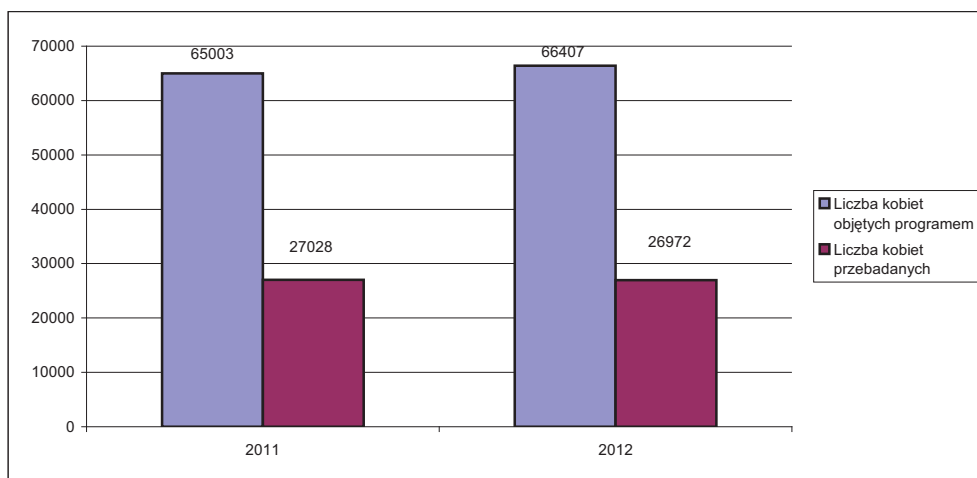
Wykres 18. Koszt koordynacji „Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi” w województwie opolskim w latach 2011-2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu

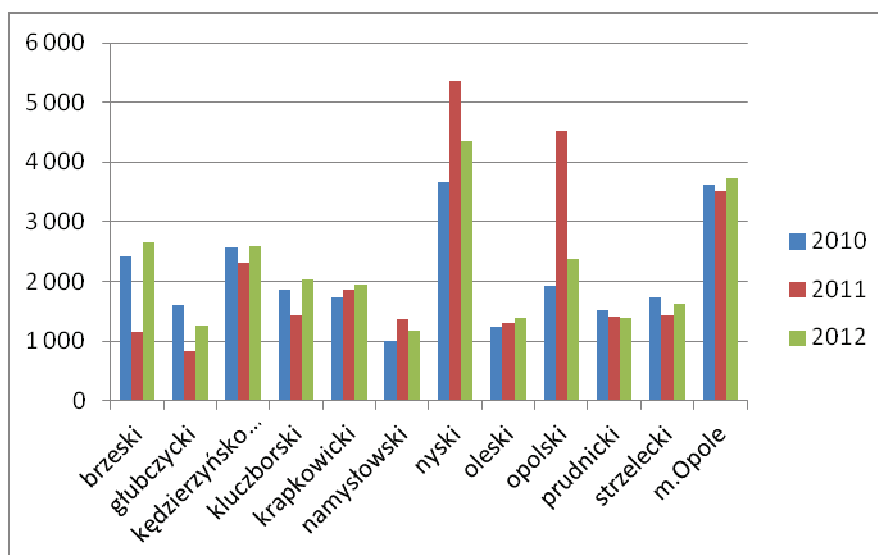
²⁴ Opracowane na podstawie informacji dostarczonych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu.

Wykres 19. Liczby kobiet kwalifikujących się do objęcia programem oraz liczba kobiet przebadanych w ramach „Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi” (tzw. bieżące objęcie populacji programem) w latach 2011-2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu

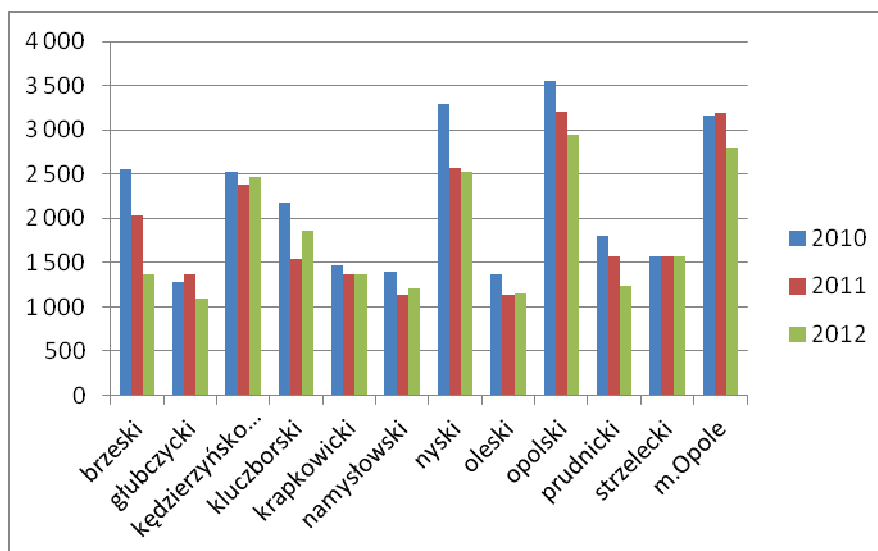
Wykres 20. Liczba kobiet w programie profilaktyki raka piersi w OOWNFZ w latach 2010-2012 wg powiatu zamieszkania



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Łącznie w roku 2012 zwiększyła się liczba kobiet uczestniczących w programie profilaktyki raka piersi o ponad 6% w porównaniu do roku 2010.

Wykres 21. Liczba kobiet w programie profilaktyki raka szyjki macicy w OOWNFZ w latach 2010-2012 wg powiatu zamieszkania



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Łącznie w roku 2012 zmniejszyła się liczba kobiet uczestniczących w programie profilaktyki raka szyjki macicy o ponad 17% w porównaniu do roku 2010.

2. Realizacja programów zdrowotnych/profilaktycznych przez SPZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu²⁵

Poza „Populacyjnym programem wczesnego wykrywania raka piersi” w OCO realizowane są także inne programy zdrowotne/profilaktyczne, jednostka ta należy do liderów pod względem realizacji takich programów.

W ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych [dalej: NPZChN] realizowane jest działanie/program „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach”. Program ten dotyczy funkcjonowania Regionalnego Rejestru Nowotworów i w całości jest finansowany ze środków NPZChN, tzn. Ministerstwa Zdrowia. W 2012 r. na jego realizację w województwie opolskim wydatkowano 74 925,14 zł. Pomimo, że nie jest to program zdrowotny, czy też profilaktyczny, to jednak ze względu na charakter gromadzonego materiału ma ważne znaczenie dla realizacji promocji zdrowia i profilaktyki dotyczącej chorób nowotworowych.

W OCO realizowany jest „Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe – Moduł I – wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika”, w 2012 r. programem objęto 269 osób, a koszt realizacji wyniósł 232 870 zł.

Kolejnym programem realizowanym w OCO jest „Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe – Moduł II – wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy”, w 2012 r. programem objęto 45 osób, a koszt realizacji wyniósł 18 330 zł.

W OCO jest również realizowany program „Prewencja pierwotna nowotworów w województwie opolskim”. Program ten obejmuje realizację różnego rodzaju przedsięwzięć edukacyjnych adresowanych do instytucji oraz do społeczności regionu. Program finansowany jest ze

²⁵ Opracowano na podstawie informacji przekazanych z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Opolskiego Centrum Onkologii im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu.

środków ze środków NPZChN. W 2012 r. wydatkowano na jego realizację w województwie opolskim 85 183,54 zł.

3. Realizacja programów związanych z promocją zdrowia i profilaktyką zdrowotną wg. informacji zawartych na stronach internetowych wojewódzkich oraz stacjonarnych podmiotów leczniczych (bez 5 programów finansowanych przez OOW NFZ)

Skuteczna promocja zdrowia oraz profilaktyka i edukacja zdrowotna musi być obecna w Internecie. Obecność ta w jakiejś mierze będzie mogła zapewne stanowić remedium na ograniczone zasoby finansowe i kadrowe w tym obszarze. Oto jak przedstawia się obraz innych – tzn. nie omawianych wcześniej - programów związanych z promocją zdrowia i profilaktyką zdrowotną wg informacji zawartych na stronach internetowych (także BIP) stacjonarnych podmiotów opieki zdrowotnej

w połowie maja 2013 r. W prezentowanym poniżej materiale z reguły pominięte zostało pięć omówionych wyżej programów finansowanych przez OOW NFZ.

Najwięcej wymienionych realizowanych programów zdrowotnych i profilaktycznych znajduje w BIP szpitala powiatowego w Kędzierzynie-Koźlu. Jest to 14 następujących programów :

- 1) Program badań mammograficznych
- 2) Program profilaktyczny szyjki macicy
- 3) Program profilaktyczny chorób tarczycy
- 4) Program profilaktyczny chorób gruczołu krokowego
- 5) Program profilaktyczny astmy oskrzelowej u dzieci
- 6) Program profilaktyczny astmy oskrzelowej u dorosłych
- 7) Program profilaktyczny gruźlicy i chorób płuc
- 8) Program profilaktyczny wad postawy
- 9) Program wczesnego wykrywania jaskry
- 10) Program profilaktyczny chorób naczyniowych
- 11) Program wczesnego wykrywania cukrzycy
- 12) Program wczesnego wykrywania raka jelita grubego
- 13) Program profilaktyczny chorób naczyniowych
- 14) Program w zakresie szczepień HPV

Szpital powiatowy w Kluczborku realizuje program edukacyjno-informacyjny „Serce na nowo”, który promuje aktywność osób dotkniętych chorobami układu krążenia.

Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu we współpracy z Fundacją Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy realizuje „Program leczenia osobistymi pompami insulinowymi kobiet ciężarnych z cukrzycą”. W ramach programu bezpłatnie wypożyczane są pompy insulinowe. Osprzęt do pomp insulinowych dla kobiet w okresie ciąży jest refundowany przez NFZ.

Szpital ten realizuje również „Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego”. W ramach programu wykonywane są badania kolonoskopowe, jest on adresowany do różnych kategorii osób w przedziałach wiekowych od 25 do 65 lat.

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Opolu z siedzibą w Kędzierzynie-Koźlu [dalej: WOMP] realizuje program „Mam głos”, którego elementem jest m.in. badanie laryngologiczne, audiologiczne i foniatryczne. Adresatami programu są nauczyciele. W 2012 r. objęto programem 34 osoby, a koszt realizacji programu wyniósł 12 920 zł²⁶.

²⁶Opracowano na podstawie informacji z Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Opolu z siedzibą w Kędzierzynie-Koźlu.

Programy zdrowotne i inna działalność w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w powiatach i gminach województwa opolskiego

1. Samorządowe programy zdrowotne w ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych [dalej AOTM]

Prezes AOTM wydaje opinie na temat wszelkich - w tym samorządowych - programów zdrowotnych w całości lub częściowo finansowanych ze środków publicznych. Opinie te dostępne są na stronie internetowej AOTM. Niestety prezentowane na tej stronie opinie wydane w latach 2010-2011 r. były anonimowe, tzn. że zaczerniano w nich wszelkie informacje pozwalające na identyfikację podmiotu, który przedłożył program do oceny. Wśród opinii z lat 2012-2013 wydanych do marca 2013 r. zidentyfikowane 9 opinii odnoszących się do zdrowotnych programów samorządowych z województwa opolskiego. Było 5 opinii pozytywnych, a 4 negatywne²⁷.

Pozytywnie ocenione zostały przez AOTM :

1. „Program profilaktyki przeciwdziałania wadom postawy u dzieci gminy **Gogolin** w 2013 roku”, data opinii 25.03.2013 r.
2. „Program rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej starszych mieszkańców gminy **Jemielnica** na lata 2012-2015”, data opinii 10.09.2012 r.
3. „Gminny program profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienia HPV w 2012 roku” – realizacja gmina **Murów**, data opinii 25.06.2012 r.
4. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy – badania densytometryczne, na lata 2011-2016” – realizacja miasto **Opole**, data opinii 28.05.2012 r.
5. „Program zdrowotny w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2013-2015” – realizacja gmina **Świerczów**, data opinii 19.11.2012 r.

2. Realizacja programów zdrowotnych/profilaktycznych w sprawozdawczości gmin i powiatów województwa opolskiego

W ramach zbierania informacji o zrealizowanych samorządowych programach zdrowotnych dane z powiatów przekazywane są samorządowi województwa. Odbywa się to na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje. Wystandaryzowana tabela służąca zbieraniu tych informacji nosi nazwę „Informacja o zrealizowanych programach zdrowotnych”, jednak część przesyłanych z powiatów materiałów dotyczyła zarówno programów zdrowotnych, jak też działań profilaktycznych, edukacyjnych i prozdrowotnych. W istocie więc zbierane informacje dotyczą nie tylko programów zdrowotnych ale i innej aktywności samorządów w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Należy podkreślić, że w załączniku do w/w rozporządzenia zawarte są wskazówki dotyczące m.in. rodzaju zbieranych informacji, które zostały określone jako „świadczenia opieki zdrowotnej”, „szkolenia, konferencje”, „działania promocyjno-edukacyjne”, „zakup sprzętu”, „inne”. Powyższe daje możliwość znacznie szerszego potraktowania zbieranych informacji niż tylko programy zdrowotne w kształcie i treści podlegające ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych. Oto jak przedstawiają się w/w informacje nadesłane z powiatów w zbiorczym zestawieniu²⁸ :

²⁷ Opracowano na podstawie informacji zebranych ze strony internetowej Agencji Oceny Technologii Medycznych.

²⁸ Opracowano na podstawie materiałów Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego.

Tabela 17. Zrealizowane programy zdrowotne oraz prozdrowotne działania edukacyjne w powiatach województwa opolskiego w latach 2010-2012

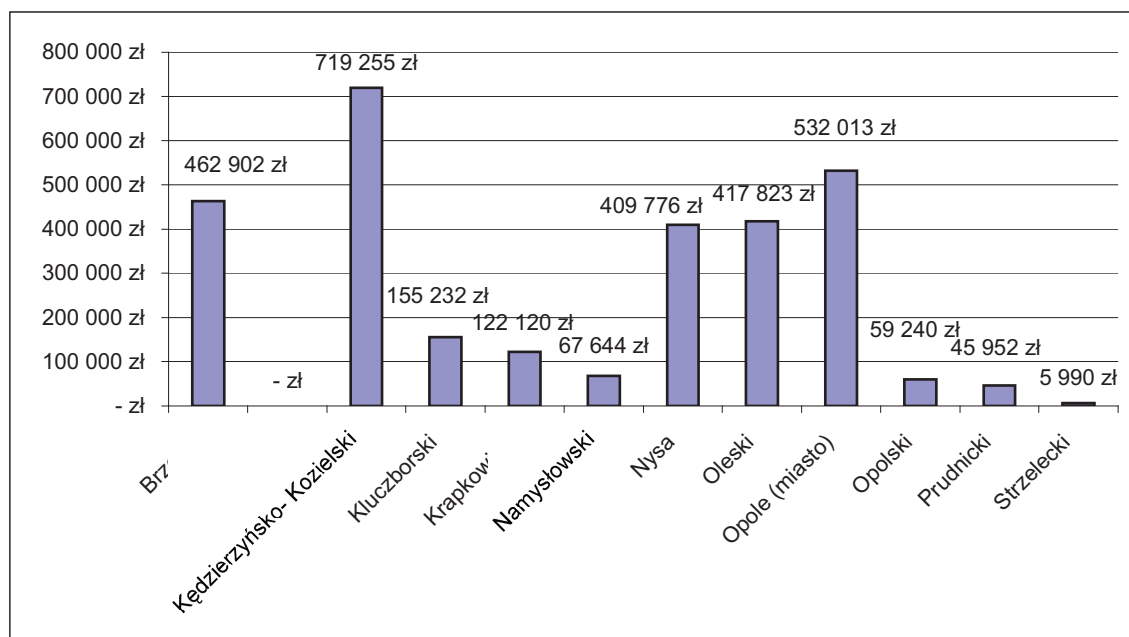
L.p.	Powiat	Liczba zrealizowanych programów zdrowotnych oraz działań edukacyjnych prozdrowotnych			Sumy roczne powiatowe
		2010 r.	2011 r.	2012 r.	
1	Brzeski	17	15	14	46
2	Głubczycki	brak informacji	0	0	0
3	Kędzierzyńsko-Kozielski	13	19	25	57
4	Kluczborski	brak informacji	13	2	15
5	Krapkowicki	15	17	17	49
6	Namysłowski	2	4	5	11
7	Nysa	3	3	6	12
8	Oleski	11	5	6	22
9	Opole (miasto)	13	12	12	37
10	Opolski	0	3	7	10
11	Prudnicki	4	7	1	12
12	Strzelecki	brak informacji	6	18	24
Sumy roczne wojewódzkie		78	108	113	295

Źródło: Materiały powiatów przekazane przez jednostki samorządu powiatowego województwa opolskiego do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego

Powyższa tabela odzwierciedla subiektywny sposób postrzegania aktywności gmin i powiatów w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki i edukacji zdrowotnej oraz realizacji programów zdrowotnych. Jest ona bowiem zbiorem danych otrzymanych z powiatów, przy czym każdy z wytwórców tych danych miał swoją koncepcję ich wytwarzania i nie zawsze były to koncepcje tożsame. Przy wszystkich swoich ułomnościach jest to jednak najobszerniejszy materiał tego rodzaju.

Finansowanie wykazanych w informacjach z powiatów programów zdrowotnych i profilaktycznych oraz przedsięwzięć edukacyjnych w poszczególnych powiatach województwa opolskiego przedstawia się następująco:

Wykres 22. Całkowity koszt realizacji programów zdrowotnych i profilaktycznych oraz działań edukacyjnych w powiatach województwa opolskiego w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów powiatów przekazanych przez jednostki samorządu powiatowego województwa opolskiego.

W/w informacje/sprawozdania z realizacji programów zdrowotnych, realizowanych w gminach i powiatach województwa opolskiego, które zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego, przekazuje corocznie Wojewodzie Opolskiemu²⁹.

Zgodnie z instrukcją wypełniania przedmiotowego sprawozdania, nadesłaną przez Ministerstwo Zdrowia, w sprawozdaniu powinny się znaleźć wszelkie programy zdrowotne (w tym edukacyjne, profilaktyczne i prozdrowotne), które są realizowane ze środków własnych, z pominięciem programów finansowanych przez NFZ oraz inne źródła np. z funduszy przeznaczonych na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Stąd też powiaty wykazują w swoim sprawozdaniu całą gamę różnorodnych przedsięwzięć, które sensu stricto nie są programami zdrowotnymi. Zgodnie bowiem z art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wszelkie programy zdrowotne realizowane przez jednostkę samorządu terytorialnego muszą być ocenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Na tej płaszczyźnie doszło zatem do pewnego rodzaju niekonsekwencji w definiowaniu pojęcia „program zdrowotny”. Z jednej strony wskazuje się na konieczność wykazania w sprawozdaniu wszelkich działań związanych z szeroko rozumianą ochroną zdrowia (edukacja, sport, promocja) – z drugiej usankcjonowano potrzebę posiadania opinii wydanej przez AOTM w sprawie realizacji programów zdrowotnych.

Konkludując w opracowaniu znajdą się na wstępie ogóle dane, które powstały po zsumowaniu wszystkich programów złożonych przez powiaty oraz dane zawężone, powstałe po przeprowadzeniu analizy dokonanej przez DZD pod kątem działań ściśle związanych z wykazanymi w sprawozdaniu „świadczeniami opieki zdrowotnej”, takimi jak: wykonywanie badań diagnostycznych, wizyt lekarskich, zabiegów lub też profilaktycznych ale ściśle związanych z medycyną np. nauka samobadania piersi.

Szerszego podziału dokonano na potrzebę tego opracowania, nie sugerując się jedynie opiniami AOTM-u gdyż stosując zasady prawne realizacji programów zdrowotnych przez JST można byłoby wykazać w sprawozdaniach oraz w niniejszej informacji jedynie 8 projektów z województwa, które uzyskały opinię AOTM.

W 2012 r. w województwie opolskim 10 powiatów realizowało ze środków własnych (poszczególnych gmin i powiatów) programy zdrowotne, na łączną kwotę 2 997 948 zł, co daje nieznaczny wzrost w stosunku do roku ubiegłego - gdzie nakład na programy wynosił 2 318 513 zł. Powiat głubczycki nie zadeklarował realizacji żadnego programu, natomiast powiat strzelecki wykazał w sprawozdaniu 18 programów, jednakże po przeprowadzonej weryfikacji uznano, iż ani jeden nie może zostać zakwalifikowany jako program zdrowotny z powodu braku jakichkolwiek działań związanych ze świadczeniami opieki zdrowotnej.

W większości przypadków gminy i powiaty nie dysponują dużymi środkami finansowymi na realizację własnych programów a te, które są realizowane wynikają z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych w gminie, ogólnych tendencji krajowych (np. szczepienia) oraz z potrzeby kontynuowania projektów realizowanych w latach ubiegłych. O wykonywaniu programu decyduje organ stanowiący gminy, który uznaje dane działanie za potrzebne dla swoich mieszkańców, a ilość populacji którą można objąć programem zależy jedynie od wielkości nakładów finansowych.

Analizując sprawozdania według kryteriów przedstawionych powyżej należy przekazać następujące dane o programach realizowanych w poszczególnych powiatach:

Powiat kędzierzyńsko-kozielski – 13 programów na łączną kwotę – 707 560 zł, tzn. :

1. Badanie w kierunku raka szyjki macicy 9 360 zł

²⁹ Poniższy fragment stanowi z niewielkimi zmianami materiał pod nazwą „Programy zdrowotne realizowane w 2012 r. przez jednostki samorządu terytorialnego w województwie opolskim” przygotowany w czerwcu 2013 r. w Departamencie Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego na potrzeby Komisji Rodziny, Zdrowia i Spraw Społecznych Sejmiku Województwa Opolskiego.

2. Mammografia	49 800 zł
3. Profilaktyka chorób tarczycy	92 000 zł
4. Profilaktyka chorób gruczołu krokowego	34 800 zł
5. Profilaktyka gruźlicy i chorób płuc	25 000 zł
6. Profilaktyka jaskry	6 100 zł
7. Profilaktyka chorób naczyniowych	173 000 zł
8. Profilaktyka chorób jelita grubego	18 000 zł
9. Profilaktyka cukrzycy	61 300 zł
10. Profilaktyka zaburzeń odżywiania u dzieci	34 400 zł
11. Szczepienia HPV	164 100 zł
12. Profilaktyka osteoporozy	9 000 zł
13. Profilaktyka chorób nowotworowych	30 700 zł

Ponadto powiat wykazał działania, które nie zostały zakwalifikowane jako program zdrowotny, a zostały uwzględnione w sprawozdaniu, gdyż zostały sfinansowane z budżetu gminy – przeprowadzenie szkolenia z zakresu pomocy przedmedycznej oraz liczne działania związane z edukacją, promocją zdrowia oraz aktywnością ruchową (konkursy festyny, pogadanki i szkolenia).

Miasto Opole – 12 programów na łączną kwotę 529 013 zł, tzn. :

1. Profilaktyka osteoporozy	256 240 zł
2. Profilaktyka chorób gruczołu krokowego	16 700 zł
3. Profilaktyka nowotworu krtani	7 000 zł
4. Profilaktyka chorób jelita grubego	13 000 zł
5. Zapobieganie próchnicy u dzieci	15 000 zł
6. Szczepienia HPV	155 073 zł
7. Profilaktyka gruźlicy i chorób płuc	10 000 zł
8. Wykonywanie kolposkopii	10 000 zł
9. Wykonywanie USG piersi	12 000 zł
10. Profilaktyka cukrzycy	10 000 zł
11. Zapobieganie nadwadze i niedożywieniu dzieci	12 000 zł
12. Nauka samobadania piersi	12 000 zł

Powiat kluczborski 2 programy na łączną kwotę 132 410 zł, tzn. :

1. Szczepienia HPV	91 010 zł
2. Szczepienia przeciwko meningokokom	41 400 zł

Powiat nyski 2 programy na łączną kwotę 162 000 zł, tzn. :

1. Opieka nad osobami starszymi	160 000 zł
2. Profilaktyka chorób nowotworowych	2 000 zł

Powiat krapkowicki 7 programów na łączną kwotę 74 500 zł, tzn. :

1. Wady postawy u dzieci	30 000 zł
2. Profilaktyka chorób układu krążenia	3 000 zł
3. Profilaktyka chorób gruczołu krokowego	3 000 zł
4. Szczepienia HPV	28 000 zł
5. Mammografia i badanie piersi	4 000 zł
6. Badanie słuchu i wzroku u dzieci	5 000 zł
7. Profilaktyka chorób jelita grubego	1 500 zł

Ponadto powiat wykazał w sprawozdaniu 7 programów edukacyjno – profilaktycznych realizowanych w placówkach oświatowo-edukacyjnych dotyczących zdrowego stylu życia, profilaktyki chorób nowotworowych.

Powiat namysłowski 2 programy na łączną kwotę 63 500 zł, tzn. :

- | | |
|-----------------------------|-----------|
| 1. Szczepienia HPV | 62 000 zł |
| 2. Nauka samobadania piersi | 1 500 zł |

Powiat opolski 3 programy na łączną kwotę 51 500 zł, tzn. :

- | | |
|--------------------------|-----------|
| 1. Wady postawy u dzieci | 7 800 zł |
| 2. Szczepienia HPV | 41 600 zł |
| 3. Fluoryzacja zębów | 2 100 zł |

Powiat wykazuje w sprawozdaniu działania dotyczące przeszkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy oraz działania promocyjne dotyczące zdrowego trybu życia, które wykonywano w ramach konkursów, festynów i wykładów.

Powiat prudnicki 1 program na kwotę 46 000 zł, tzn. szczepienia HPV.

Powiat oleski 1 program na kwotę 1 075 zł, tzn. profilaktyka zdrowia psychicznego.

Powiat brzeski 5 programów na łączną kwotę 162 268 zł, tzn. :

- | | |
|--|-----------|
| 1. Profilaktyka zdrowia psychicznego | 30 000 zł |
| 2. Wady postawy u dzieci | 42 800 zł |
| 3. Usługi opiekuńczo-medyczne dla osób starszych | 78 000 zł |
| 4. Badania i terapia logopedyczna | 11 000 zł |
| 5. Profilaktyka raka piersi | 468 zł |

Po przeanalizowaniu wyszczególnionych powyżej programów można uszeregować realizowane programy wg następujących grup:

1. Programy związane ze schorzeniami onkologicznymi (diagnostyka i profilaktyka) badania skierowane na wczesne wykrywanie nowotworów jelita grubego, piersi, krtani, gruczołu krokowego itp.
2. Programy skierowane dla osób niepełnosprawnych, obłożnie chorych, starszych i wymagających opieki. Można w tym przypadku zaobserwować kontynuację działań z poprzedniego roku.
3. Program szczepień profilaktycznych:
 - przeciwko meningokokom realizował 1 powiat
 - przeciwko wirusowi HPV realizowało 7 powiatów (można w tym przypadku zaobserwować nieznaczny wzrost w 2011 roku realizowało – 6 powiatów).
4. Programy diagnostyczne skierowane do dzieci i młodzieży - badania wad postawy, pomoc logopedyczna, zapobiegania próchnicy itp.
5. Programy diagnostyczne skierowane do osób starszych - badania poziomu cukru, tarczycy, ciśnienia tętniczego, badania w kierunku jaskry, gruźlicy, osteoporozy itp.

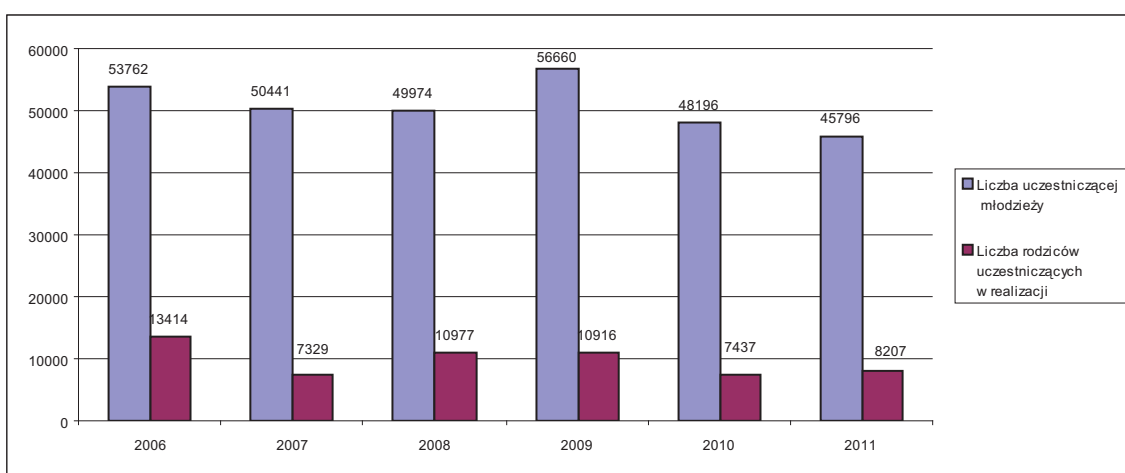
Ponadto, jak już omawiano powyżej w sprawozdaniach pojawiały się działania związane z programami przeciwdziałania uzależnieniom w zakresie dotyczącym narkotyków, tytoniu i/lub alkoholu oraz cały szereg kampanii edukacyjnych promujących zdrowy tryb życia - uprawianie sportów, właściwego odżywiania, nauki udzielania pierwszej pomocy, itp., które w przedstawianej informacji nie zostały uwzględnione jako programy zdrowotne.

Z przedstawionego wykazu wynika jasno, iż zarówno rodzaj działań jak i środki finansowe przeznaczane na podjęte działania nie odbiegają zasadniczo od tych realizowanych w roku ubiegłym. Dane zawarte w sprawozdaniu nie pozwalają jednoznacznie określić powodów tak małej dynamizacji w tej materii, jednakże można przyjąć hipotezę, że istotnymi czynnikami są - brak środków finansowych oraz trudności w uzyskaniu pozytywnej opinii AOTM, bez której organy zarządzające JST nie chcą podejmować decyzji o wyasygnowaniu środków finansowych w swoich budżetach.

3. Gminy - profilaktyka problemów alkoholowych

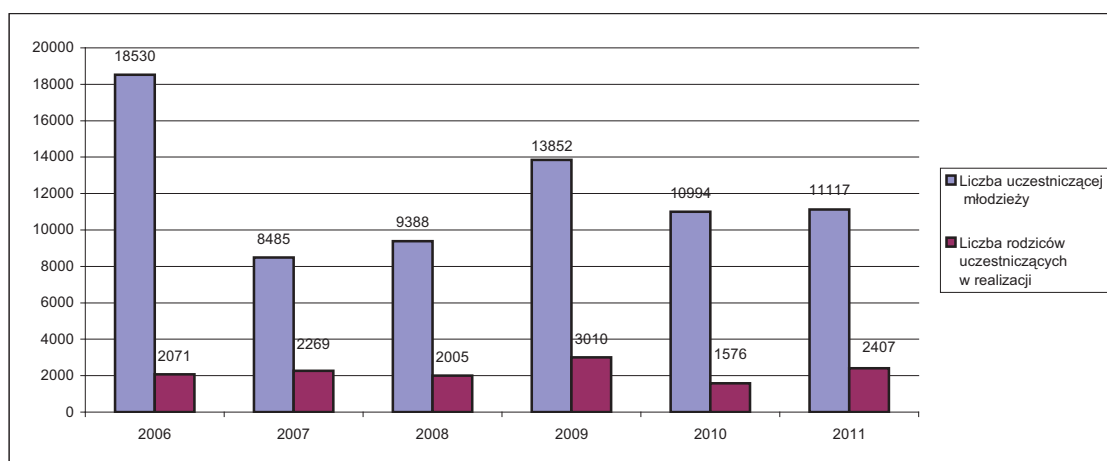
Jedną z form aktywności gmin w zakresie profilaktyki zdrowia jest realizacja programów profilaktycznych adresowanych do dzieci, młodzieży i ich rodziców dotyczących problematyki alkoholowej/uzależnień. Aktywność ta wynika z realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Realizowane były dwa zasadnicze rodzaje programów profilaktycznych – szkolne oraz pozaszkolne. Dotyczyły one głównie profilaktyki alkoholowej, ale zapewne w jakiejś części także narkotykowej, tytoniowej, jest również możliwe, że obecne w nich były w niewielkim zakresie treści profilaktyki uzależnień behawioralnych. Realizację powyższych programów ilustrują wykresy poniżej³⁰.

Wykres 23. Realizacja szkolnych programów profilaktycznych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w latach 2006-2011 w województwie opolskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych sporządzone w oparciu o informacje otrzymane z gmin

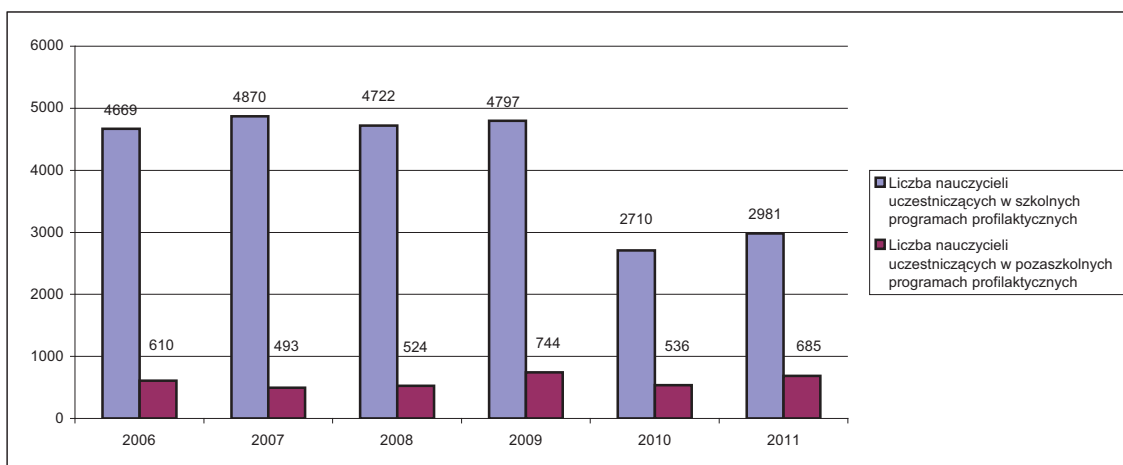
Wykres 24. Realizacja pozaszkolnych programów profilaktycznych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w latach 2006-2011 w województwie opolskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych sporządzone w oparciu o informacje otrzymane z gmin

³⁰Wykresy dotyczące programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży, realizowanych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych - sporządzono na podstawie dostępnych na stronie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (www.parpa.gov.pl), dotyczących lat 2006-2011 zestawień statycznych „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych”.

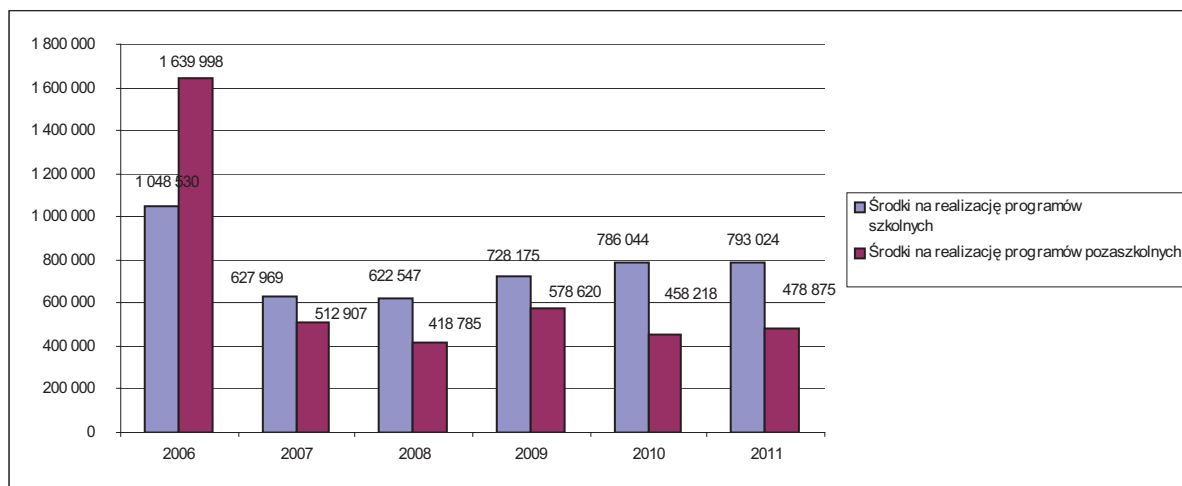
Wykres 25. Nauczyciele uczestniczący w szkolnych i pozaszkolnych programach profilaktycznych w województwie opolskim w latach 2006-2011



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych sporządzone w oparciu o informacje otrzymane z gmin

Znaczący spadek liczby nauczycieli uczestniczących w realizacji szkolnych programów profilaktycznych spowodowany jest zmianą w podejściu do podawania danych jaka zaszła w mieście Opolu. Od 2010 r. z Opola podawana jest liczba nauczycieli, którzy otrzymują z miasta jakąś formę wynagrodzenia lub finansowania związaną z realizacją przez nich programów profilaktycznych w ramach realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Jest to liczba nauczycieli o około 3.000 mniejsza niż podana w 2009 r.

Wykres 26. Środki finansowe przeznaczone na realizację szkolnych i pozaszkolnych programów profilaktycznych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w latach 2006-2011 w województwie opolskim w złotych

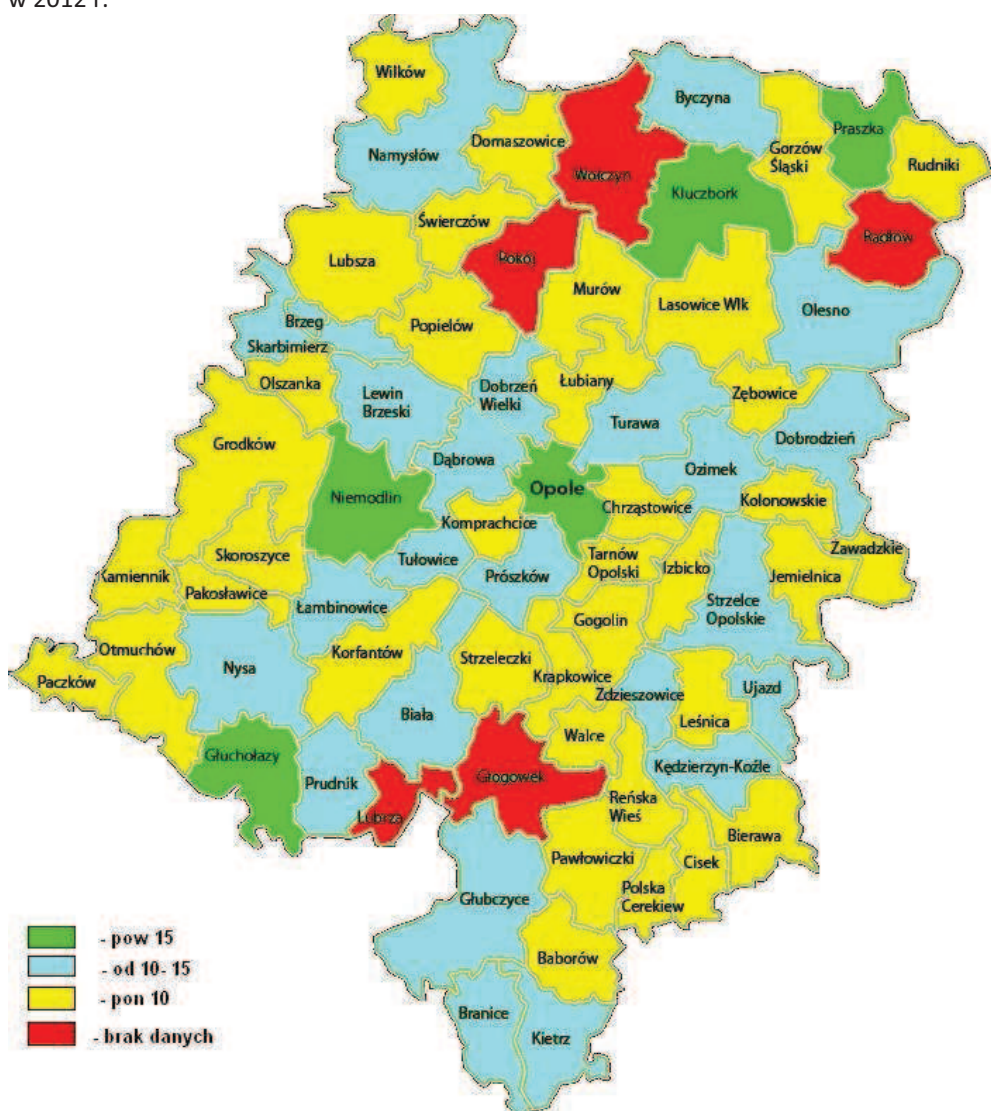


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych sporządzone w oparciu o informacje otrzymane z gmin

4. Gminy - profilaktyka problemów narkotykowych

Na rycinie nr 2 przedstawiono uzyskane wyniki wszystkich typów działań z zakresu profilaktyki od substancji psychoaktywnych, na terenie gmin Województwa Opolskiego. Kolorem czerwonym zaznaczono gminy w przypadku, których nie udało uzyskać się jakichkolwiek informacji na temat realizowanych działań w roku 2012. Kolorem żółtym zaznaczono gminy, które zrealizowały zadania w przynajmniej dziesięciu obszarach profilaktyki od substancji psychoaktywnych. Kolorem niebieskim zostały oznaczone gminy, które zrealizowały zadania w zakresie profilaktyki uzależnień w zakresie od 10 do 15 obszarów działań. Kolorem zielonym natomiast, zostały oznaczone gminy, które zrealizowały w 2012 roku zadania, co najmniej w piętnastu obszarach.

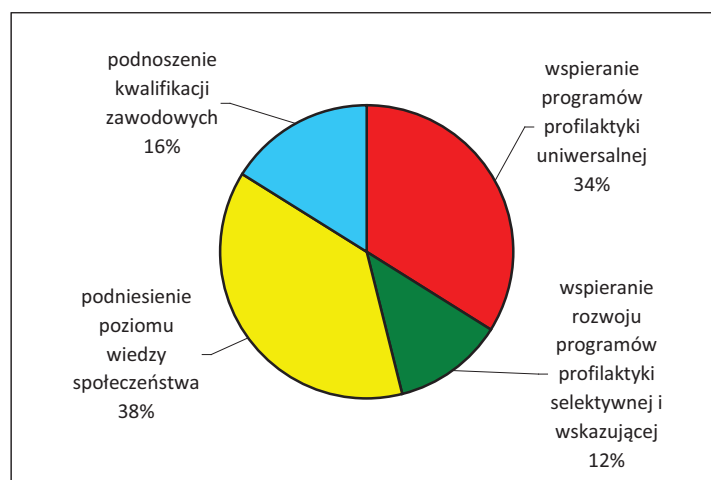
Rycina 2. Liczba zrealizowanych zadań w zakresie profilaktyki uzależnień w gminach województwa opolskiego w 2012 r.



Praszka	31	Branice	10	Wilków	4
Kluczbork	21	Prudnik	10	Grodków	4
Opole	18	Nysa	10	Jemielnica	4
Niemodlin	18	Dobrodzień	10	Chrzastowice	4
Głuchoząy	17	Biała	10	Paczków	4
Namysłów	14	Kolonowskie	9	Olszanka	4
Brzeg	14	Krapkowice	9	Pakoławice	4
Prószków	14	Korfantów	9	Łubniany	3
Kietrz	13	Polska Cerekiew	8	Popielów	3
Łambinowice	13	Świerczów	8	Walce	2
Ujazd	13	Skoroszyce	8	Lubrza	2
Tułowice	13	Gogolin	8	Leśnica	2
Olesno	13	Komprachcice	8	Zębowice	1
Dąbrowa	13	Zawadzkie	7	Otmuchów	1
Zdzieszowice	12	Strzeleczy	7	Murów	0
Lewin Brzeski	12	Rudniki	7	Domaszowice	0
Turawa	12	Reńska Wieś	7	Tarnów Opolski	0
Głubczyce	12	Bierawa	7	Kamiennik	0
Byczyna	12	Gorzów Śląski	7	Głogówek	B/D
Strzelce Opolskie	11	Pawłowiczki	6	Lubrza	B/D
Skarbimierz	11	Izbicko	6	Pokój	B/D
Ozimek	11	Cisek	5	Radłów	B/D
Kędzierzyn-Koźle	11	Lasowice W.	5	Wolczyn	B/D
Dobrzeń Wielki	10	Baborów	4		

Źródło : materiały Pełnomocnika Zarządu Województwa Opolskiego ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Wykres 27. Kierunki działań uwzględnione w gminnych programach przeciwdziałania narkomanii w obszarze profilaktyki w 2012 r.



Źródło : materiały Pełnomocnika Zarządu Województwa Opolskiego ds. Przeciwdziałania Narkomanii

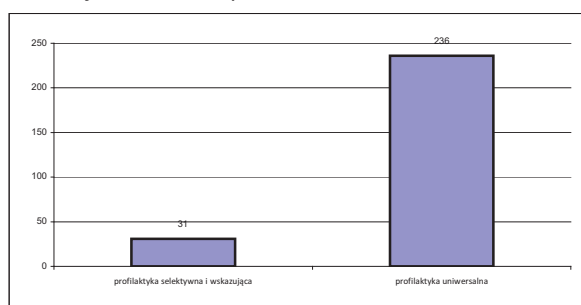
W gminnych programach w ramach profilaktyki uzależnień uwzględniono cztery główne kierunki działań: podniesienie wiedzy społeczeństwa (38%), wspieranie programów profilaktyki uniwersalnej (34%), podnoszenie kwalifikacji zawodowych (16%), wspieranie rozwoju programów profilaktyki selektywnej i wskazującej (12%).

Profilaktyka uniwersalna – to działania ukierunkowane na grupy z przeciętnym ryzykiem używania narkotyków. Tego typu interwencje często obejmują swoim zasięgiem całe populacje w danym miejscu realizacji (np. szkoła, społeczność, społeczność). Profilaktyka uniwersalna na ogół ma na celu zapobieganie bądź opóźnianie inicjacji narkotykowej.

Profilaktyka selektywna - działania ukierunkowane na osoby ponadprzeciętnie zagrożone używaniem narkotyków z racji ich przynależności do określonej grupy w populacji, np. uczniowie usunięci ze szkoły, młodociani przestępcy, dzieci użytkowników narkotyków, bywalcy dyskotek.

Profilaktyka wskazująca - działania ukierunkowane na osoby ze zwiększonym indywidualnym ryzykiem (szkodliwego) używania. Obejmują one osoby, które zażywają już narkotyki (ale nie są uzależnione w rozumieniu klasyfikacji DSM-IV lub ICD-10) i/lub osoby ze zwiększonym indywidualnym ryzykiem używania w przyszłości (np. wskutek doświadczeń z dzieciństwa, zaburzeń psychicznych lub zachowania). Profilaktyka wskazująca często polega na zapobieganiu inicjacji narkotykowej, jednak częściej redukuje istniejące używanie oraz zapobiega przejściu do bardziej szkodliwych wzorów używania.³¹

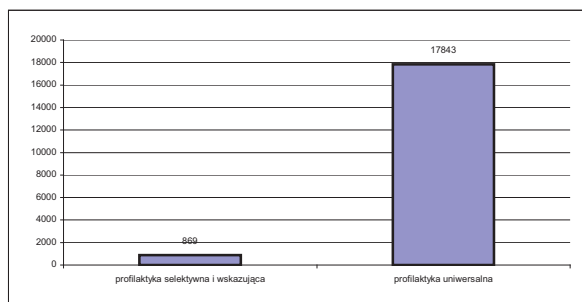
Wykres 28. Porównanie profilaktyka uniwersalna, a selektywna i wskazująca – liczba programów zrealizowanych w województwie opolskim w 2012 r.



Źródło : materiały Pełnomocnika Zarządu Województwa Opolskiego ds. Przeciwdziałania Narkomanii

³¹Brotherhood, A., Sumnall, H. R. i partnerstwo dla standardów (2011), Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Warszawa.

Wykres 29. Porównanie profilaktyka uniwersalna, a selektywna i wskazująca – liczba odbiorców programów zrealizowanych w województwie opolskim w 2012 r.



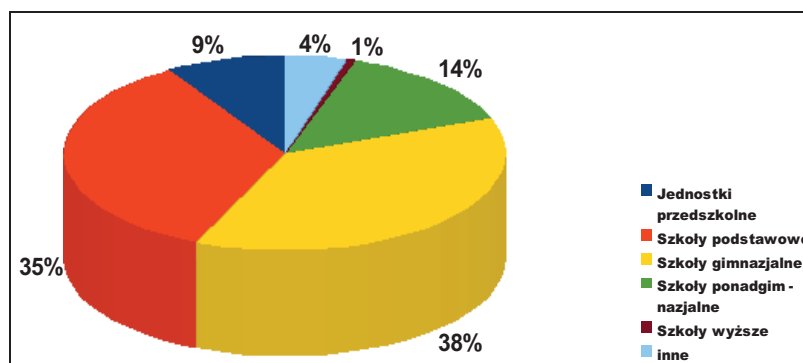
Źródło : materiały Pełnomocnika Zarządu Województwa Opolskiego ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Programy profilaktyki uniwersalnej realizowano w 51 gminach, obejmowały one 236 programów, a liczba odbiorców docelowych wynosiła 17843 osób. Program profilaktyki selektywnej i wskazującej realizowano w 16 gminach, obejmowały one 31 programów, przy docelowej liczbie odbiorców wynoszącej 869 osób.

Jednym z najważniejszych obszarów działań, w którym gminy realizowały zadania dotyczące profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych są programy edukacyjne oraz psychoedukacyjne.

Zadania w tym obszarze, w roku 2012 zrealizowało 55 gmin, co stanowi 83,33% wszystkich gmin objętych analizą. Jak przedstawia wyk. nr 4. Większość gmin realizowało zadania w szkołach podstawowych oraz gimnazjalnych. Na kolejnym miejscu uplasowały się szkoły ponadgimnazjalne, jednostki przedszkolne, inne instytucje, w których realizowane były programy edukacyjne oraz psychoedukacyjne o tematyce profilaktyki od substancji psychoaktywnych (głównie świetlice środowiskowe) oraz szkoły wyższe.

Wykres 30. Jednostki edukacyjne w województwie opolskim, w których w 2012 r. realizowane były programy edukacyjne oraz psychoedukacyjne



Źródło : materiały Pełnomocnika Zarządu Województwa Opolskiego ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Realizacja przedsięwzięć Wojewódzkiej i Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych w obszarach promocji zdrowia oraz profilaktyki i edukacji zdrowotnej

Aktywność Wojewódzkiej i Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych [dalej WSSE/PSSE] w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki i edukacji zdrowotnej w województwie opolskim ujmowana jest w corocznych materiałach informacyjno-sprawozdawczych. Materiał taki dotyczący roku 2010 r. w wersji elektronicznej nosi tytuł „Ocena stanu sanitarnego województwa opolskiego za 2010 r.”. Precyzyjna synteza działalności opisanej w powyższym materiale jest o tyle trudna, że informacje tam zawarte ujęte są w dwóch porządkach czasowych, tzn. w roku kalendarzowym 2010 r. oraz w roku szkolnym 2009/2010. Ponadto w przypadku programów

realizowanych w w/w przedziałach czasowych przez WSSE/PSSE mamy do czynienia ze stosowaniem nazewnictwa programy edukacyjne oraz programy profilaktyczne. Zgodnie z wcześniejszymi założeniami obejmujemy je wspólną nazwą programy profilaktyczne.

Reasumując - w roku kalendarzowym 2010 r. oraz w roku szkolnym 2009/2010 - WSSE/PSSE zrealizowały ogółem m.in.³² :

1. 67 szkoleń
2. 5 konferencji
3. 2 wojewódzkie kampanie zdrowotno/profilaktyczne
4. 6 programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży

Tematyka w/w programów , to :

- profilaktyka otyłości i nadwagi oraz promowanie aktywności fizycznej (1 program)
- profilaktyka antytytoniowa (3 programy)
- profilaktyka próchnicy zębów (1 program)
- profilaktyka astmy (1 program)

Poza w/w formami aktywności WSSE/PSSE realizowały jeszcze szereg prozdrowotnych przedsięwzięć edukacyjnych, jednak ze względu na charter materiału źródłowego trudno tą aktywność ująć w precyzyjne i syntetyzujące zestawienia liczbowe. Formy w/w aktywności, to głównie :

1. Spotkania edukacyjne
2. Pogadanki
3. Prelekcje
4. Konkursy
5. Pokazy
6. Dystrybucje materiałów edukacyjnych
7. Narady
8. Akcje informacyjne

W kolejnym roku kalendarzowym 2011 oraz w roku szkolnym 2010/2011 WSSE/PSSE zrealizowały ogółem m.in.³³:

1. 76 szkoleń
2. 3 konferencje
3. 2 wojewódzkie kampanie zdrowotno/profilaktyczne
4. 8 programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży oraz do rodziców

Tematyka w/w programów , to :

- profilaktyka otyłości i nadwagi oraz promowanie aktywności fizycznej (1 program)
- profilaktyka antytytoniowa (3 programy)
- profilaktyka próchnicy zębów (1 program)
- profilaktyka astmy (1 program)
- profilaktyka zakażeń HCV (1 program)
- edukacja kształtująca prawidłowe nawyki prozdrowotne dzieci i ich rodziców (1 program)

Ponadto w 2011 r. WSSE/PSSE realizowały sporo prozdrowotnych przedsięwzięć edukacyjnych w formach podobnych jak w 2010 r.

W ostatnim z przedstawianych roku kalendarzowym 2012 oraz w roku szkolnym 2011/2012 WSSE/PSSE zrealizowały ogółem m.in.³⁴:

³²Wszelkie informacje dotyczące aktywności WSSE/PSSE w 2010 r. oraz w roku szkolnym 2009/2010 podawane są na podstawie wersji elektronicznej materiału „Ocena stanu sanitarnego województwa opolskiego za 2010 r.”, rozdział IX „Działalność oświatowo-zdrowotna”, s.114-126.

³³Wszelkie informacje dotyczące aktywności WSSE/PSSE w 2011 r. oraz w roku szkolnym 2010/2011 podawane są na podstawie wersji elektronicznej materiału „Stan sanitarno-higieniczny województwa opolskiego za 2011 r.”, rozdział IX „Działalność oświatowo-zdrowotna”, s.122-138.

1. 89 szkoleń
2. 2 konferencje
3. 1 wojewódzką kampanię zdrowotno/profilaktyczną
4. 8 programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży oraz do rodziców

Tematyka w/w programów , to :

- profilaktyka otyłości i nadwagi oraz promowanie aktywności fizycznej (1 program)
- profilaktyka antytytoniowa (3 programy)
- profilaktyka próchnicy zębów (2 programy)
- profilaktyka astmy (1 program)
- edukacja kształtująca prawidłowe nawyki prozdrowotne dzieci i ich rodziców (1 program)

Również w 2012 r. WSSE/PSSE realizowały sporo prozdrowotnych przedsięwzięć edukacyjnych w formach podobnych jak w 2010 i w 2011 r.

Podsumowując aktywność WSSE/PSSE w latach 2010-2012 w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki zdrowia oraz edukacji zdrowotnej była wielotorowa, bez wyraźnych dominujących priorytetów. Należy także zauważyć, że w 2010 r. jako partnerzy WSSE/PSSE w realizacji przedsięwzięć w w/w obszarze wymienionych zostało 28 indywidualnych i zbiorowych podmiotów³⁵, w 2011 r. 32 takie podmioty³⁶, a w 2012 r. 25 podmiotów³⁷. Z powyższego wynika, że część zrealizowanych przedsięwzięć w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki i edukacji zdrowotnej podawana w sprawozdawczości WSSE/PSSE była zapewne podawana w sprawozdawczości innych podmiotów współuczestniczących w ich realizacji.

Realizacja przedsięwzięć Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu [dalej PMWSZ]³⁸ w obszarach promocji zdrowia oraz profilaktyki i edukacji zdrowotnej

PMWSZ w Opolu realizowała dwa programy w obszarze promocji zdrowia oraz profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Pierwszy z nich to program/przedsięwzięcie pod nazwą „I Opolski Konkurs Pierwszej Pomocy i Bezpieczeństwa »URATUJ ŻYCIE«” zrealizowany został w 2011 r. jego uczestnikami było prawie 500 uczniów ze szkół podstawowych miasta Opoli. Drugi program/przedsięwzięcie, to cykl spotkań z dziećmi w wieku przedszkolnym promujący zdrowy styl życia. Program/przedsięwzięcie objął w latach 2010-2012 rocznie po ok. 125 dzieci z jednego z opolskich przedszkoli.

Jednocześnie uczelnia była aktywna na polu konferencyjno-naukowym odnoszącym się do promocji zdrowia i profilaktyki. Na 19 poddanych analizie zwartych wydawnictwach PMWSZ, które w znaczącej mierze były wydawnictwami konferencyjnymi, znajdowało się 1 wydawnictwo w całości poświęcone promocji zdrowia, w tym przypadku psychicznego, a w 9 innych wydawnictwach znajdowało się 28 tekstów związanych z promocją zdrowia oraz profilaktyką i edukacją zdrowotną.

³⁴Wszelkie informacje dotyczące aktywności WSSE/PSSE w 2012 r. oraz w roku szkolnym 2011/2012 podawane są na podstawie opracowania „Stan sanitarno-higieniczny województwa opolskiego w 2012 r.”, rozdział IX „Działalność oświatowo-zdrowotna”, Opole 2013, s.137-157.

³⁵„Ocena stanu sanitarnego województwa opolskiego za 2010 r.”, rozdział IX „Działalność oświatowo-zdrowotna”, s.115.

³⁶„Stan sanitarno-higieniczny województwa opolskiego za 2011 r.”, rozdział IX „Działalność oświatowo-zdrowotna”, s.123-124.

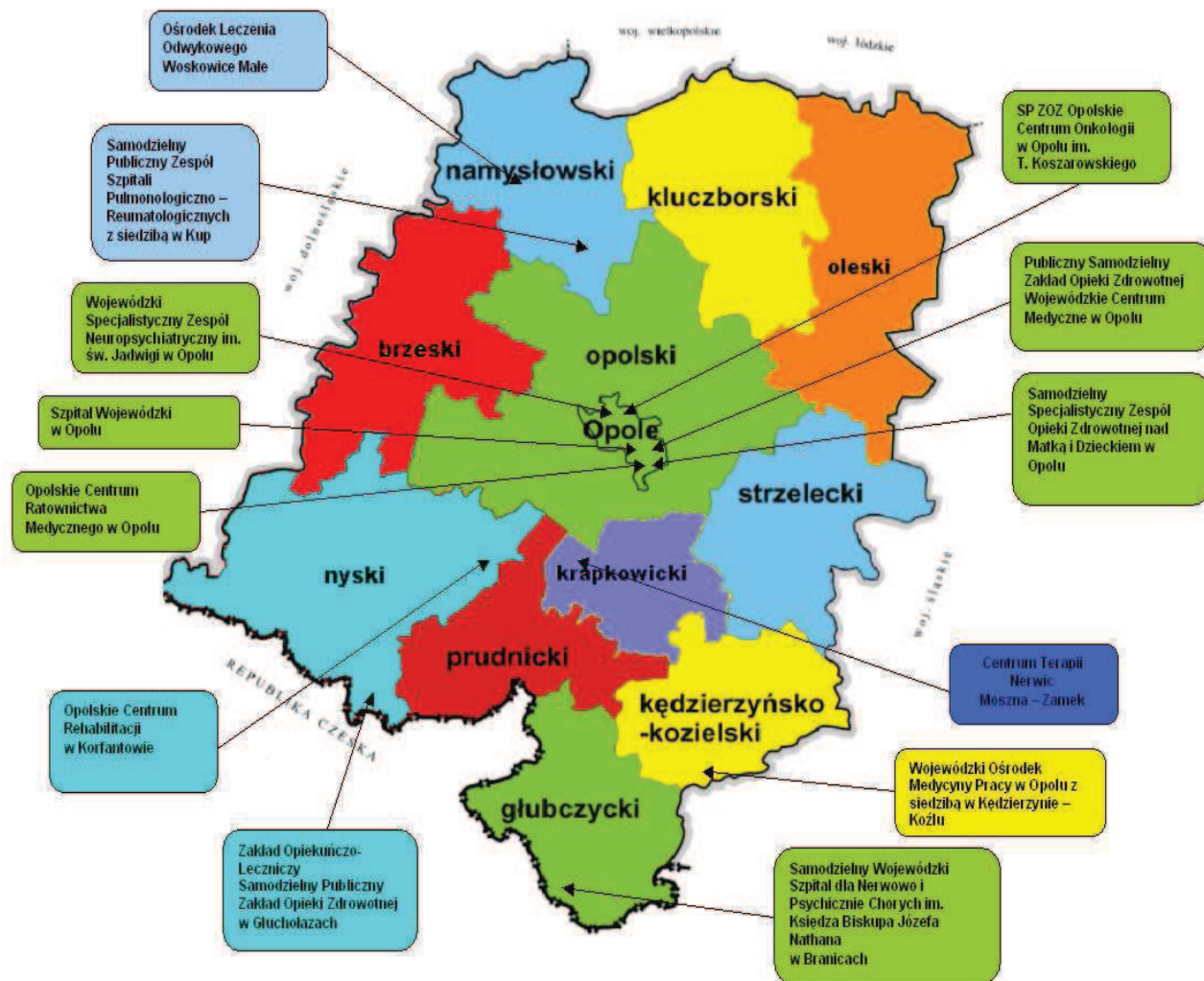
³⁷„Stan sanitarno-higieniczny województwa opolskiego w 2012 r.”, rozdział IX „Działalność oświatowo-zdrowotna”, s.138-139.

³⁸Opracowane na podstawie informacji dostarczonych przez Państwową Medyczną Wyższą Szkołę Zawodową w Opolu oraz wydawnictw tej uczelni.

4. ZASOBY KADRY MEDYCZNEJ ORAZ ZASOBY INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM

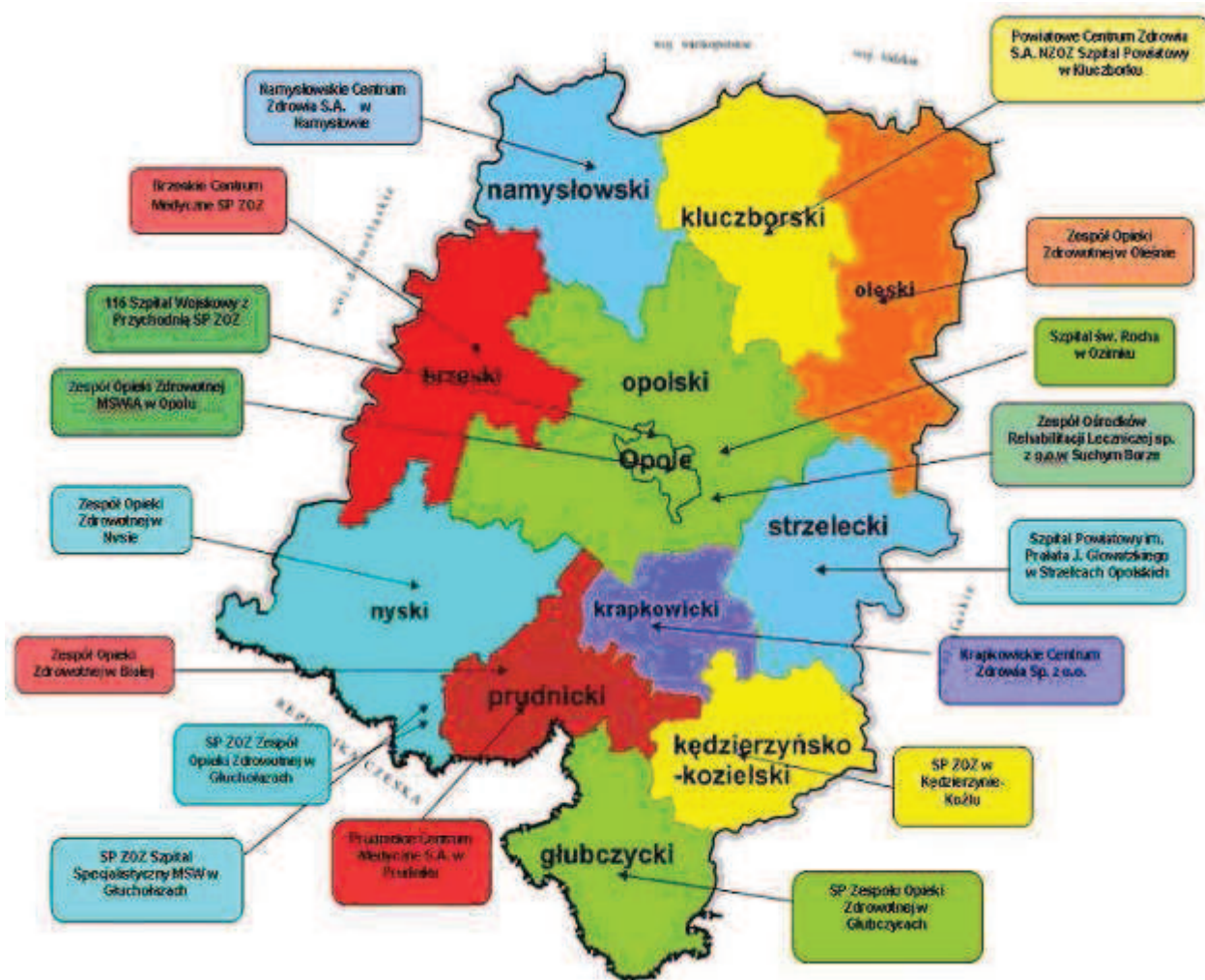
Rozmieszczenie stacjonarnych podmiotów leczniczych w województwie opolskim ilustrują ryciny nr 3 i 4

Rycina 3. Wykaz stacjonarnych podmiotów leczniczych dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa opolskiego



Źródło: Opracowanie własne

Rycina 4. Wykaz stacjonarnych podmiotów leczniczych dla których podmiotem tworzącym są samorzady powiatowe, resortowe: MSW, MON, oraz działające w formie spółek.



Źródło: Opracowanie własne

4.1 DZIAŁALNOŚĆ SZPITALI OGÓLNYCH WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

Według Biuletynu Statystycznego MZ wskaźnik leczonych na 1 łóżko daje województwu opolskiemu 15 miejsce w kraju, według wskaźnika przeciętnego pobytu chorego w dniach województwo opolskie zajmuje 14 miejsce, natomiast wskaźnik wykorzystania łóżka w dniach daje województwu 9 miejsce w kraju.

Tabela 18. Działalność szpitali ogólnych

rok	region/województwo	leczeni w ciągu roku			osobodni w tys.	przeciętny pobyt chorego		wykorzystanie łóżka		
		ogółem	na 1 łóżko			wskaźnik w dniach	miejsce w kraju	wskaźnik w dniach	miejsce w kraju	wskaźnik w %
			wskaźnik	miejsce w kraju						
2009	Polska	8030952	43,9	x	46343,2	5,8	x	254,5	x	69,7
	opolskie	181387	40,8	15	1116	6,2	14	254,3	8	69,7
2010	Polska	7911563	43,7	x	44871,4	5,7	x	248,5	x	68,1
	opolskie	180217	41,1	13	1087,2	6	14	246,3	9	67,5
2011	Polska	8054336	43,7	x	44701,9	5,6	x	244,5	x	67
	opolskie	177017	39,9	15	1059,7	6	14	239,5	9	65,6

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 – Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

Działalność szpitali ogólnych województwa opolskiego na podstawie sprawozdań Ministerstwa Zdrowia – Warszawa 2012:

Tabela 19. Personel Pracujący w szpitalach ogólnych

Wyszczególnienie	Umowa o pracę		Umowa cywilnoprawna	
	Ogółem w osobach	w tym pełnozatrudnieni	Ogółem w osobach	w tym w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat
	stan w dniu 31.XII.2011		stan na 31.XII.2011	
Lekarze	866	748	425	129
w tym specjaliści	649	541	374	120
specjaliści	anestezjologów	63	53	21
	chirurgów	145	121	29
	innych specjalności zabiegowych	125	101	21
	chorób zakaźnych	7	7	1
Lekarze stomatologów	13	12	3	3
Psychologów	14	12	6	0
Pielęgniarki razem	2743	2677	36	24
w tym z wyższym wykształceniem	767	750	10	6
w tym mgr pielęgniarstwa	113	107	2	0
Położne razem	353	340	1	1
w tym z wyższym wykształceniem	164	160	0	0
z tym mgr położnictwa	16	16	0	0
mgr farmacji	26	22	2	0
w tym w aptece szpitalnej	20	16	2	0
Diagności laboratoryjni	78	76	1	0
mgr fizjoterapii	81	79	2	2
Technicy elektroradiologii	136	133	19	12

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 na podstawie MZ-29

Tabela 20. Łóżka specjalistyczne w szpitalach ogólnych (stan na 31.XII.2011)

Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej ogółem w szpitalu	212
Liczba łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego ogółem w szpitalu	60
w tym w oddziałach kardiologicznym i intensywnego nadzoru kardiologicznego	30
Liczba inkubatorów ogółem w szpitalach	96
w tym w oddziale neonatologicznym	71

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 (na podstawie MZ-29)

Tabela 21. Sale operacyjne (stan na 31.XII.2011)

Liczba sal operacyjnych	60
Liczba stołów operacyjnych	61
Liczba zabiegów operacyjnych w znieczuleniu ogólnym	22067
w tym planowych	18308
Liczba zabiegów operacyjnych w znieczuleniu dokanałowym	13792
w tym planowych	10848

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 (na podstawie MZ-29)

Tabela 22. Stanowiska dializacyjne i wykonane dializy (stan na 31.XII.2011)

Liczba stanowisk dializacyjnych	47
Liczba wykonanych dializ	30793
w tym u dzieci do 18 lat	0
Liczba osób dializowanych	647
w tym u dzieci do 18 lat	0

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 r. (na podstawie MZ-29)

Tabela 23. Działalność Oddziałów (dziennych i stacjonarnych) w jednostkach ochrony zdrowia w województwie opolskim - stan w dniu 31.XII.2011

Nazwa Oddziału	Kod resortu	Zatrudnienie w osobach		Działalność dzienna		Działalność stacjonarna					
		lekarze	pielęgniarki i położne	liczba miejsc	leczeni w trybie dziennym	łóżka		średnia liczba łóżek	leczeni		osobdni leczenia
						Ogółem	w tym dla dzieci		ogółem	w tym dzieci w wieku do 18 lat	
		stan w dniu 31.XII.2011	stan w dniu 31.XII.2011	stan w dniu 31.XII.2011							
Ośrodek rehabilitacji dziennej	2300	2	2	20	735	0	0	0	0	0	0
Oddział/zespół chirurgii jednego dnia	2500	7	6	3	1605						
Oddział dzienny psychiatryczny	2700	2	4	40	241	0	0	0	0	0	0
Szpitalny oddział ratunkowy	3300	27	101	28	47136	10	0	10	150	3	70
Oddział chorób wewnętrznych	4000	123	344	51	131	758	0	759	32882	13	213522
Oddział geriatryczny	4060	5	25	0	0	50	0	50	1359	0	12849
Oddział hematologiczny	4070	10	20	0	0	26	0	21	1414	0	7137
Oddział kardiologiczny	4100	97	97	0	0	122	0	122	6018	0	29707
Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego	4106	42	22	0	0	4	0	4	700	0	1050
Oddział nefrologiczny	4130	7	13	0	0	25	0	25	772	1	5817
Oddział medycyny paliatywnej	4180	2	21			24	0	24	317	0	6928
Oddział dermatologiczny	4200	11	18	0	0	45	0	45	980	29	9417
Oddział neurologiczny	4220	13	43	0	0	71	0	66	2538	0	16388
Oddział onkologiczny	4240	13	18	8	3888	38		38	6794		12908
Oddział radioterapii	4244	4	12			33		34	315		9415
Oddział onkologii ginekologicznej	4246	4	15			37		37	1017		10005
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	4260	80	183	0	0	48	2	48	1656	23	13759
Oddział intensywnej terapii dla dzieci	4265	17	35	0	0	18	18	18	319	319	4254
Oddział pulmonologii	4272	19	73	0	0	165	0	165	5983	0	49561
Oddział pulmonologii dla dzieci	4273	3	10	0	0	20	20	20	840	840	4288
Oddział reumatologiczny	4280	7	15	0	0	47	0	47	1186	0	12586
Oddział rehabilitacyjny	4300	8	33	301	370	133	0	133	2022	1	39468
Oddział rehabilitacyjny narządu ruchu	4302	4	12			79		79	1267	3	26801

Oddział rehabilitacji neurologicznej	4306	6	38	0	0	108	0	108	1042	0	26877
Oddział rehabilitacji kardiologicznej	4308	7	14	0	0	106	0	106	1105	0	24623
Oddział chorób zakaźnych	4340	6	17	0	0	38	0	38	1801	147	9376
Oddział obserwacyjno-zakaźny	4348	3	9	0	0	17	3	17	731	91	3208
Oddział pediatryczny	4401	69	162	17	3	310	310	310	12653	62207	57020
Oddział patologii noworodka	4405	8	46	0	0	41	41	41	861	861	9336
Oddział neonatologiczny	4421	23	98	0	0	190	152	190	8304	7372	32670
Oddział ginekologiczno-położniczy	4450	62	196	0	0	334	0	327	17000	144	64723
Oddział ginekologiczny	4452	12	16	0	0	44	0	44	3184	53	12691
Oddział patologii ciąży	4454	10	25	0	0	40	0	40	1828	48	14987
Oddział położniczy rooming-in	4458	5	12	0	0	41	0	41	2437	30	9606
Oddział chirurgiczny ogólny	4500	95	225	14	2569	517	2069	518	19435	301	105530
Oddział chirurgiczny dla dzieci	4501	8	21	0	0	35	35	35	1976	1976	6634
Oddział chirurgii onkologicznej	4540	14	34			46		46	2096	10	14875
Oddział kardiochirurgiczny	4560	11	33	0	0	30	0	30	644	0	7156
Oddział neurochirurgiczny	4570	13	26	0	0	37	4	37	1522	9	7040
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	4580	68	133	0	0	276	22	276	10294	897	66686
Oddział okulistyczny	4600	32	38	0	0	81	5	81	5671	193	13534
Oddział otolaryngologiczny	4610	27	47	0	0	110	17	110	5691	1983	20933
Oddział chirurgii szczękowo-twarzowej	4630	8	7	0	0	10	0	10	474	39	1725
Oddział urologiczny	4640	28	56	0	0	112	2	112	6747	61	26718
Oddział psychiatryczny ogólny	4700	7	24	0	0	65	0	65	552	0	19339
Oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie	4710	4	6	0	0	40	0	40	353	0	9227
Inna i nieokreślona komórka działalności medycznej	9000	2	4	2	13	0	0	0	0	0	0

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 (na podstawie MZ-29)

W województwie opolskim zarejestrowanych jest 8 oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych dysponujących razem 53 łózkami oraz 1 oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci dysponujący 18 łózkami.

Z informacji przekazanych przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla województwa opolskiego, aktualnie Opolszczyzna ma najniższy wskaźnik

liczby łóżek intensywnej terapii na 100 tys. mieszkańców tj. 5,15, podczas gdy średnim wskaźnik dla pozostałych regionów waha się od 6,06 w woj. Śląskim do 9,23 w woj. Mazowieckim.³⁹

UWAGA: Z aktualnych informacji przesłanych przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla województwa opolskiego, w województwie opolskim zwiększono ilość łóżek w intensywnej terapii:

- w Szpitalu w Kędzierzynie-Koźlu zwiększono ilość łóżek z 7 do 8
- w Szpitalu w Nysie z 8 do 10
- w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu z 7 do 8
- w Szpitalu w MSW w Opolu w najbliższym czasie tj. w styczniu 2014 r. będzie uruchomione kolejne stanowisko.

Reasumując zwiększenie o 4 stanowiska liczby łóżek intensywnej terapii na dzień 26.11.2013 r. i dodanie do tego 1 dodatkowego stanowiska za miesiąc w Szpitalu MSW, zmienia ten wskaźnik plasując województwo opolskie na szczycie rankingu regionów, a więc na poziomie około **8- 9 łóżek na 100 tys. mieszkańców**.

Województwo opolskie jest jednym z dwóch województw w Polsce nie posiadających oddziału diabetologicznego (woj. opolskie i świętokrzyskie) które posiadają kontrakt z NFZ.

Procedury medyczne związane z leczeniem cukrzycy w ramach hospitalizacji są wykonywane w oddziałach chorób wewnętrznych, endokrynologii, geriatry i pediatrii.

Świadczenia w zakresie leczenia cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci oraz dorosłych w wieku 18-26 lat w województwie opolskim zapewnione są w PS ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu.

³⁹ Podany w tym punkcie wskaźnik liczby łóżek intensywnej terapii na 100 tys. mieszkańców **5,15** jest wskaźnikiem wyliczonym w oparciu o dane demograficzne nie uwzględniające emigracji i migracji mieszkańców Opolszczyzny, a więc gdyby przeliczyć ten wskaźnik na liczbę mieszkańców rzeczywistą (pomniejszoną o oficjalną liczbę o 100 do 200 tys. mieszkańców) wskaźnik mieściłby się w stanach średnich, a więc między 6 a 7 łóżek na 100 tys. mieszkańców

4.2 DZIAŁALNOŚĆ AMBULATORYJNA, SPECJALISTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA

Z raportu CSIOZ na koniec 2011r. wynika, iż w województwie opolskim było:

- 126 poradni chorób wewnętrznych
- 143 poradnio specjalności zachowawczej
- 76 poradni opieki nad matką i dzieckiem
- 180 poradni zabiegowych

Tabela 24. Działalność poradni specjalistycznych

Nazwa		Liczba porad w okresie sprawozdawczym	Liczba poradni /stan w dniu 31.XII .2011	Lekarze udzielający świadczeń ogółem /w osobach stan w dniu 31.XII 2011
Chorób wewnętrznych - razem		400092	126	217
w tym	alergologiczna	98196	21	26
	diabetologiczna	36669	23	29
	nefrologiczna	9715	7	9
	kardiologiczna	77983	28	61
	medycyny nuklearnej	1674	1	3
Innych specjalności zachowawczych- razem		337405	143	240
w tym	dermatologiczna	75479	24	31
	neurologiczna	88570	41	62
	onkologiczna	78899	13	47
	rehabilitacyjna	13518	20	30
	chorób zakaźnych	8793	3	8
Opieki nad matką i dzieckiem - razem		227355	76	128
w tym	pediatryczna	19563	6	8
	neonatologiczna	5299	3	6
	ginekologiczno-położnicza	199426	66	114
Zabiegowe - razem		674135	180	377
w tym	chirurgii ogólnej	163577	29	91
	chirurgii onkologicznej	20057	1	11
	urazowo-ortopedyczna	177528	37	95
	okulistyczna	133222	44	66
	otolaryngologiczna	108565	47	67
	urologiczna	49675	15	34

Źródło: CSIOZ na podstawie MZ-12 2011 r.

Tabela 25. Działalność poradni stomatologicznych

Nazwa		Liczba porad w okresie sprawozdawczym	Liczba poradni/stan w dniu 31.XII.2011	Lekarze dentyści udzielający świadczeń ogółem/w osobach stan w dniu 31.XII.2011
Stomatologiczne - razem		184448	75	122
w tym	ortodontyczne	14210	4	6
	protetyki stomatologicznej	6277	4	7
	chirurgii stomatologicznej	16435	3	10

Źródło: CSIOZ na podstawie MZ-12 2011 r.

4.3 LICZBA UBEZPIECZONYCH W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM

Na podstawie danych OOW NFZ w Opolu od roku 2004 liczba ubezpieczonych w województwie opolskim zmniejszyła się o 60 388 osób, w tym liczba osób do 60 roku życia zmniejszyła się o 94 974, liczba osób od 60 roku życia zwiększyła się o 34 586.

Tabela 26. Liczba ubezpieczonych w województwie opolskim w latach 2010, 2011 i 2012

Opole/powiaty	2010			2011			2012		
	Kobiety	Mężczyźni	Razem	Kobiety	Mężczyźni	Razem	Kobiety	Mężczyźni	Razem
m. Opole	61087	53869	114956	60889	53711	114600	59574	52516	112090
opolski	56736	53739	110475	57125	54072	111197	57547	54011	111558
nyski	71889	68260	140149	71163	67630	138793	70410	66577	136987
kędzierzyńsko-kozielski	47121	44123	91244	46910	43888	90798	46335	42911	89246
brzeski	46395	44017	90412	46420	43979	90399	45844	43193	89037
strzelecki	34738	33137	67875	34733	32878	67611	33872	31925	65797
prudnicki	28449	26393	54842	28324	26225	54549	27819	25623	53442
krapkowicki	29989	28477	58466	29916	28309	58225	29334	27450	56784
kluczborski	32846	31165	64011	32669	31025	63694	31993	30094	62087
namysłowski	21642	20642	42284	21465	20526	41991	21332	20219	41551
oleski	31616	29802	61418	31373	29609	60982	30911	28793	59704
głubczycki	24524	23350	47874	24213	23155	47368	23645	22448	46093
pozostałe*	152	181	333	159	201	360	366	325	691
RAZEM	487184	457155	944339	485359	455208	940567	478982	446085	925067

Źródło: OOW NFZ maj 2012

Od roku 2010 maleje liczba ubezpieczonych w województwie opolskim, z wyjątkiem powiatu opolskiego. Największy spadek zanotowano w powiatach: m. Opole (2.510), strzeleckim (1.814), nyskim (1.806) i kluczborskim (1.607). Najmniejszy spadek ubezpieczonych odnotowano w powiatach: namysłowskim (440) i prudnickim (1.107).

Z prezentowanych informacji OOW NFZ podczas konferencji, która odbyła się 4 czerwca 2013r. pn. „Rola geriatry i gerontologii w systemie opieki zdrowotnej na tle aktualnej sytuacji demograficznej” wynika iż w 2012 roku z ogólnego stanu ubezpieczonych w województwie opolskim leczyło się 540 509 osób, w tym 39 549 osób w wieku do 59 roku życia oraz 149 960 osób w wieku od 60 roku życia. Natomiast liczba osób ubezpieczonych i leczonych w szpitalach wyniosła 119 890, w tym 74 012 stanowiły osoby w wieku do 59 roku życia, a 45 878 osób po 60 roku życia.

4.4 ZASOBY KADROWE OCHRONY ZDROWIA W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM

Tabela 27. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu w latach 2009-2011

Region/województwo	LEKARZE								
	rok 2009			rok 2010			rok 2011		
	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	
wskaźnik		miejsce w kraju	wskaźnik		miejsce w kraju	wskaźnik		miejsce w kraju	
Polska	132832	34,8	x	134292	35,2	x	136208	35,3	x
opolskie	2421	23,5	16	2460	23,9	15	2470	24,4	13-14

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 – Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

Na przestrzeni trzech lat (2009-2011) ogólna liczba lekarzy w województwie wzrosła o ok. 40 osób, tym samym zwiększył się wskaźnik liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców, sytuując województwo opolskie na 13-14 miejscu w 2011 roku (w 2009 roku było to ostatnie, 16 miejsce w kraju).

Tabela 28. Personel medyczny pracujący w placówkach ochrony zdrowia w latach 2009-2011

LEKARZE									
Region/ województwo	rok 2009			rok 2010			rok 2011		
	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	
		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju
Polska	79015	20,7	x	79337	20,8	x	82376	21,4	x
opolskie	1873	18,2	13	1782	17,3	15	1803	17,8	15

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 – Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

Natomiast ubywa w województwie pracujących lekarzy w placówkach ochrony zdrowia, (w latach 2009-2011 liczba lekarzy zmniejszyła się o 70 osób). W 2011 roku wskaźnik lekarzy na 10 tys. mieszkańców w województwie opolskim lokował region na 15 miejscu w kraju (w 2009 roku – 13 miejsce).

Tabela 29. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu w latach 2009-2011

STOMATOŁODZYZY									
Region/ województwo	rok 2009			rok 2010			rok 2011		
	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	
		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju
Polska	36945	9,7	x	37616	9,8	x	38335	9,9	x
opolskie	710	6,9	14	722	7	14	730	7,2	14

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 – Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

Tabela 30. Personel medyczny pracujący w placówkach ochrony zdrowia w latach 2009-2011

STOMATOŁODZYZY									
Region/ województwo	rok 2009			rok 2010			rok 2011		
	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	
		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju
Polska	11855	3,1	x	12326	3,2	x	12989	3,4	x
opolskie	362	3,5	7	293	2,8	12	295	2,9	13

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 – Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

W latach 2009-2011 liczba lekarzy stomatologów, uprawnionych do wykonywania zawodu, utrzymywała się na podobnym poziomie, z wyjątkiem stomatologów pracujących w placówkach ochrony zdrowia, w których spadła o 67 osób. Spowodowało to spadek liczby wskaźnika stomatologów na 10 tys. mieszkańców w województwie opolskim (z 7 miejsca w kraju w 2009 roku na 13 w 2011 roku).

Tabela 31. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu w latach 2009-2011

PIELĘGNIARKI									
Region/ województwo	rok 2009			rok 2010			rok 2011		
	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	
		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju
Polska	278218	72,9	x	282420	73,9	x	282483	73,3	x
opolskie	7055	68,4	10	7055	68,6	11	7100	70	10

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 – Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

Tabela 32. Personel medyczny pracujący w placówkach ochrony zdrowia w latach 2009-2011

PIELĘGNIARKI									
Region/ województwo	rok 2009			rok 2010			rok 2011		
	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	
		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju
Polska	186255	48,8	x	184944	48,4	x	194225	50,4	x
opolskie	5019	48,7	10	4806	46,7	12	4964	49	11

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 – Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

W 2011 roku liczba pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu zwiększyła się w stosunku do 2009 roku o 45 osób. Natomiast w placówkach ochrony zdrowia ich liczba spadła o 55 osób (wskaźnik pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców lokował region w 2011 roku na 11 miejscu w kraju, tj. o jedno miejsce niżej niż w 2009 roku)

Według danych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu na dzień 25.03.2013r. zarejestrowanych pielęgniarek w województwie opolskim było 4 255 (stan rzeczywisty). Spadek (różnica) o ok. 700 pielęgniarek w roku 2013 wynika ze składanej sprawozdawczości. Druki MZ zawierają te same osoby pracujące w różnych podmiotach leczniczych.

Tabela 33. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu w latach 2009-2011

POŁOŻNE									
Region/ województwo	rok 2009			rok 2010			rok 2011		
	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	
		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju
Polska	33900	8,9	x	34302	9	x	34607	9	x
opolskie	764	7,4	16	741	7,2	16	757	7,5	14-15

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 – Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

Tabela 34. Personel medyczny pracujący w placówkach ochrony zdrowia

POŁOŻNE									
Region/ województwo	rok 2009			rok 2010			rok 2011		
	liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności		liczba bezwzględna	na 10 tys. ludności	
		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju		wskaźnik	miejsce w kraju
Polska	21999	5,8	x	22193	5,8	x	22730	5,9	x
opolskie	484	4,7	16	481	4,7	15	482	4,8	16

Źródło: CSIOZ Warszawa 2012 – Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

Wskaźniki położnych uprawnionych do wykonywania zawodu oraz pracujących w ochronie zdrowia sytuowały w 2011 i 2009 roku województwo opolskie na ostatnim miejscu w kraju.

Według danych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu na dzień 25.03.2013r. zarejestrowanych było w województwie opolskim 481 (stan rzeczywisty) położnych.

Spośród zarejestrowanych w OIPIP, pielęgniarek i położnych w liczbie 4 736 (na dzień 25.03.2013r.) specjalistów w pielęgniarstwie i położnictwie na koniec 2012 roku było 372 stanowi to niecałe 8%.

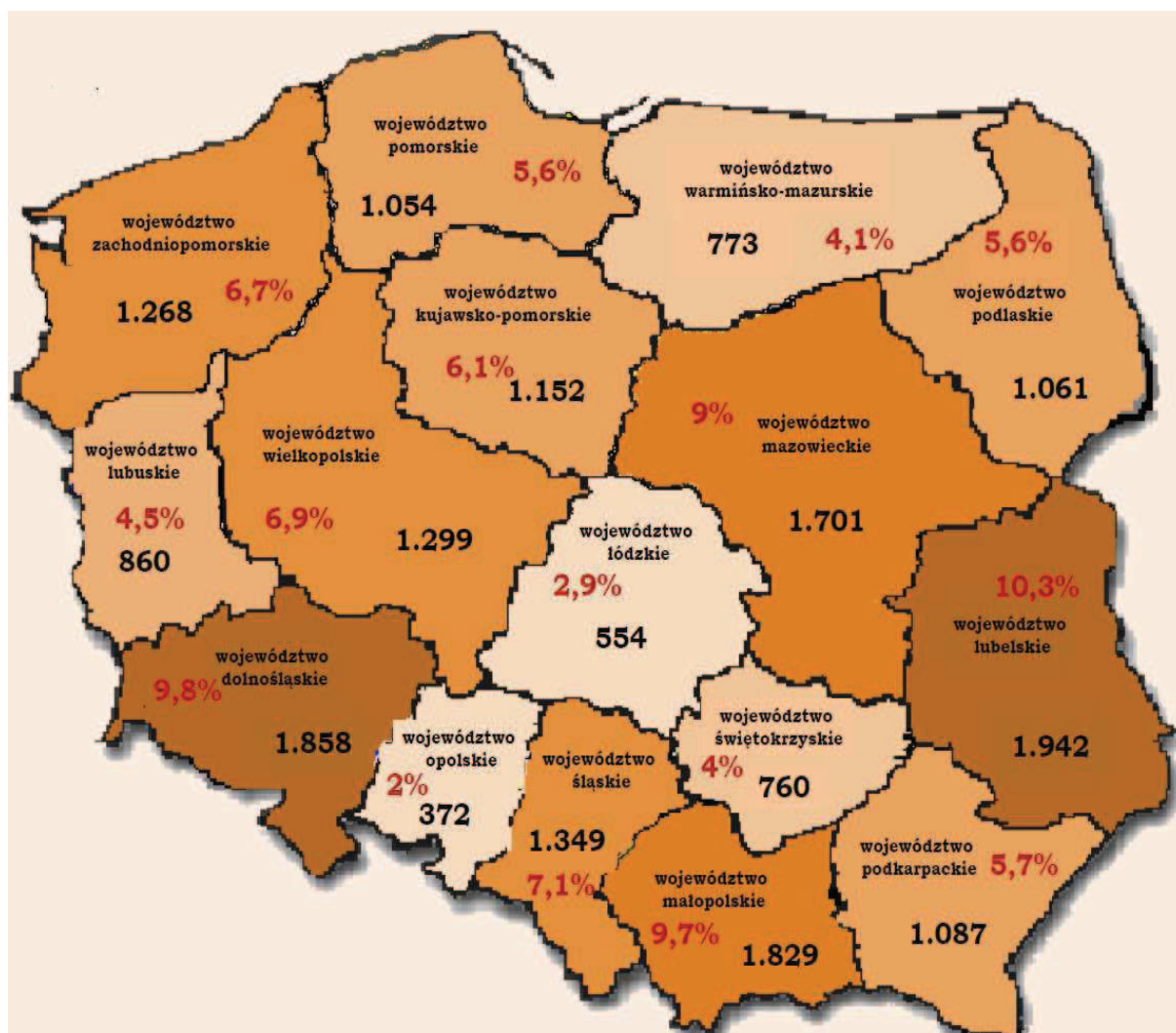
Według danych z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na przestrzeni 10 lat - stan na dzień 31.12.2012r. liczbę specjalistów wśród pielęgniarek i położnych przedstawia poniższa tabela.

Tabela 35. Liczba specjalistów w poszczególnych dziedzinach kształcenia przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych - województwo opolskie na tle Polski w latach 2002-2012 (stan na dzień 31 grudnia 2012r.)

L.p.	Dziedzina specjalizacji	Polska	województwo opolskie			%
			Razem	w tym specjalizacje		
				dla pielęgniarek	dla położnych	
1	Pielęgniarstwo chirurgiczne	2328	49	49		2,10
2	Pielęgniarstwo ratunkowe	2030	113	113		5,57
3	Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki	2146	31	31		1,44
4	Pielęgniarstwo zachowawcze	1575	6	6		0,38
5	Pielęgniarstwo przewlekle chorych i niepełnosprawnych/ opieki długoterminowej	1471	32	32		2,18
6	Pielęgniarstwo epidemiologiczne	1200	35	35		2,92
7	Organizacja i zarządzanie	946	26	26		2,75
8	Pielęgniarstwo operacyjne	1044	-	-		-
9	Pielęgniarstwo pediatryczne	1046	2	2		0,19
10	Pielęgniarstwo położnicze	805	42		42	5,22
11	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	714	-	-		-
12	Pielęgniarstwo psychiatryczne	606	24	24		3,96
13	Pielęgniarstwo onkologiczne	606	-	-		-
14	Pielęgniarstwo kardiologiczne	531	3	3		0,56
15	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	369	-	-		-
16	Pielęgniarstwo geriatryczne	305	-	-		-
17	Pielęgniarstwo neonatologiczne	225	-	-		-
18	Pielęgniarstwo ginekologiczne	215	-		-	-
19	Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania	134	3	3		2,24
20	Pielęgniarstwo nefrologiczne	174	-	-		-
21	Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych	128	1		1	0,78
22	Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących	126	3	3		2,38
23	Pielęgniarstwo diabetologiczne	102	2	2		1,96
24	Pielęgniarstwo neurologiczne	70	-	-		-
25	Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna dla pielęgniarek	23	-	-		-
26	Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna dla położnych	-	-		-	-
SUMA:		18919	372			1,97

Źródło: Opracowanie na podstawie danych z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2013.

Rycina 5. Liczba specjalistów w poszczególnych dziedzinach kształcenia przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych w Polsce w latach 2002-2012 (stan na dzień 31 grudnia 2012r.)



Źródło: Opracowanie na podstawie danych z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2013.

W województwie opolskim jest najniższy procent specjalistów wśród dziedzin kształcenia przeznaczonych dla pielęgniarek położnych.

Tabela 36. Wybrany personel medyczny z wyższym wykształceniem w roku 2011 w województwie opolskim

Zawód lub specjalność	Pracujący w osobach / stan w dniu 31.XII.2011			Z kol. ogółem pracujący dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy
	Ogółem	w tym zatrudnieni na podstawie stosunku pracy		
		razem	z kol. razem zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy	
Lekarze	3285	1403	1091	1860
w tym kobiety	1540	715	583	957
Lekarze dentyści	371	82	49	296
w tym kobiety	252	47	29	215
Farmaceuci	42	36	29	35
w tym kobiety	32	28	24	28
Diagności laboratoryjni	153	138	121	135
w tym kobiety	142	129	113	128
Pracownicy z wyższym wykształceniem zatrudnieni w pracowniach diagnostycznych niewymienieni w wierszach 01-08	75	71	67	71
Pielęgniarki z wyższym wykształceniem ogółem	1391	1245	1217	1275
w tym mgr pielęgniarstwa	212	178	170	181
Położne z wyższym wykształceniem ogółem	192	179	175	187
w tym mgr położnictwa	21	20	20	21
Ratownicy medyczni z wyższym wykształceniem ogółem	214	158	156	157
w tym mgr ratownictwa medycznego	19	19	19	19
Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem ogółem	432	386	355	388
w tym mgr fizjoterapii lub kierunku równoważnego	306	273	260	276
Dietetycy z wyższym wykształceniem ogółem	14	13	13	13
w tym mgr na kierunku /w specjalności dietetyka lub równoważna/	10	9	9	9
Psycholodzy	174	92	63	89
Logopedzi	47	32	19	26
Licencjaci kierunku /specjalności techniki dentystyczne/	7	6	6	7
Terapeuci zajęciowi	25	23	16	21
Personel techniczny obsługujący aparaturę medyczną	45	26	22	33
w tym fizycy medyczni	4	2	2	2
inżynierowie medyczni	0	0	0	0

Źródło: CSIOZ Warszawa na podstawie MZ-88

Tabela 37. Wybrany personel medyczny w wykształceniu średnim w roku 2011 w województwie opolskim

Zawód lub specjalność		Pracujący w osobach /stan w dniu 31.XII.2011 r./			Z kol. ogółem pracujący dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy
		Ogółem	w tym zatrudnieni na podstawie stosunku pracy		
			Razem	w tym zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy	
Pielęgniarki razem		4228	3616	3411	3748
w tym z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w zakresie pielęgniarstwa	rodzinnego	642	440	405	487
	w ochronie zdrowia pracujących	27	22	20	24
	anestezjologicznego i intensywnej opieki	205	164	160	163
	psychiatrycznego	50	49	48	49
	onkologicznego	0	0	0	0
	zachowawczego	72	65	60	64
	środowiska nauczania i wychowania	128	74	56	121
	nefrologicznego z dializoterapią	3	3	3	3
	opieki długoterminowej	268	185	171	176
	opieki paliatywnej	67	60	59	60
	ratunkowego	99	74	73	73
	chirurgicznego	18	17	17	17
	kardiologicznego	27	24	24	26
	pediatrycznego	27	25	22	26
	promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	0	0	0	0
	neonatologicznego	0	0	0	0
	operacyjnego	83	74	74	74
	epidemiologicznego	13	11	11	11
	organizacji i zarządzania	88	88	86	87
Położne razem		314	281	261	298
w tym z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w zakresie pielęgniarstwa	rodzinnego	55	42	37	51
	promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	1	0	0	0
	neonatologicznego	0	0	0	0
	operacyjnego	14	14	14	14
	epidemiologicznego	2	2	2	2
organizacji i zarządzania	9	9	8	9	

Źródło: CSIOZ Warszawa na podstawie MZ-88

Tabela 38. Inne zawody medyczne w roku 2011 w województwie opolskim

Zawód lub specjalność	Pracujący w osobach /stan w dniu 31.XII/			Z kol ogółem pracujący dla sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy
	Ogółem	w tym zatrudnieni na podstawie stosunku pracy		
		razem	z kol. razem zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy	
Felczerzy	2	0	0	0
Technicy dentyści	17	9	6	12
Technicy farmaceutycy	47	46	46	46
Technicy elektroniki medycznej	3	3	3	3
Technicy analityki medycznej	295	287	276	286
Technicy elektroradiologii	205	161	155	175
Technicy fizjoterapii	162	151	144	151
Technicy biomechaniki	0	0	0	0
Technicy masażyści/masażyści/ w tym niewidomi	39	36	31	35
Instruktorzy higieny	7	7	6	7
Terapii zajęciowej	49	44	37	43
Dietetycy	29	28	26	29
Higienistki szkolne	7	6	5	5
Higienistki stomatologiczne	28	23	10	21
Asystentki stomatologiczne	89	78	55	77
Ortoptyści	3	1	1	1
technicy ortopedzi	1	1	0	1
Opiekunki dziecięce	40	40	37	40
Ratownicy medyczni	299	192	185	188
Opiekunowie medyczni	28	28	28	28
Protetycy słuchu	3	2	2	2

Źródło: CSIOZ Warszawa na podstawie MZ-88

Tabela 39. Zatrudnienie lekarzy specjalistów w roku 2011 w województwie opolskim

Wyszczególnienie		Zatrudnieni wg podstawowego miejsca pracy		
		stopnia		Specjalności uzyskane "nowym trybem"
		I	II	
Lekarze specjaliści razem z tego w zakresie		308	1012	235
Alergologii		x	11	4
Anestezjologii i intensywnej terapii		17	61	11
Angiologii		x	x	0
Audiologii		x	1	x
Audiologii i foniatrii		x	x	1
Balneoklimatologii i medycyny fizykalnej		x	0	0
Chemioterapii nowotworów		x	4	x
Chirurgii	ogólnej	12	87	13
	dziecięcej	0	9	1
	klatki piersiowej	x	0	0
	naczyniowej	x	x	1
	onkologicznej	x	14	3
	plastycznej	x	0	0
	szczękowej	0	1	x
	szczękowo-twarzowej	x	x	0
Chorób płuc		4	35	2
Chorób wewnętrznych		84	117	48
Chorób zakaźnych		1	7	2
Dermatologii i wenerologii		10	15	1
Dermatologii dziecięcej		0	0	x
Diabetologii		x	10	3
Diagnostyki laboratoryjnej		0	2	0
Epidemiologii		x	0	0
Endokrynologii		x	8	1
Farmakologii klinicznej		0	0	0
Foniatrii		x	2	x
Ginekologii onkologicznej		x	x	1
Gastroenterologii		x	6	3
Geriatricznej		x	0	0
Genetyki klinicznej		x	x	0
Hematologii		x	4	2
Higieny	i epidemiologii	1	0	x
	pracy	0	0	x
Hipertensjologii		x	x	0
Immunologii klinicznej		x	x	0
Kardiologii		x	22	11
Kardiologii dziecięcej		x	x	0
Kardiochirurgii		x	2	0
morskiej i tropikalnej	x	0	1	x
			0	x
	nuklearnej	0	0	2
	ogólnej	5	14	x
	rodzinnej	x	106	28
	paliatywnej	x	x	0
	pracy	14	8	2
	przemysłowej	1	3	x
	ratunkowej	x	x	10
	sądowej	0	3	0
	społecznej	0	0	x
	sportowej	x	1	0
	szkolnej	x	0	x
	transportu	x	x	0
	Mikrobiologii		0	0

Nefrologii	x	15	5
Neonatologii	x	18	4
Neurochirurgii	0	1	0
Neurologii	11	37	10
Neurologii dziecięcej	x	4	1
Neuropatologii	0	0	0
Okulistyki	20	33	5
Onkologii	x	1	4
Onkologii i hematologii dziecięcej	x	x	0
Organizacji ochrony zdrowia	x	3	x
Ortopedii i traumatologii	9	44	12
Otolaryngologii	16	36	x
Otolaryngologii dziecięcej	x	0	x
Otorynolaryngologia	x	x	2
Otorynolaryngologii dziecięcej	x	x	0
Patologii onkologicznej	0	0	x
Patamorfologii	2	2	0
Pediiatrii	62	68	4
Położnictwa i ginekologii	19	85	14
Psychiatrii	14	34	12
Psychiatrii dzieci i młodzieży	0	2	0
Radiodiagnostyki	5	17	4
Radioterapii onkologicznej	1	6	1
Radiologii dziecięcej	0	0	x
Rehabilitacji medycznej	0	16	4
Reumatologii	x	12	1
Seksuologii	x	0	0
Toksykologii	0	0	0
Transfuzjologii	0	1	0
Transplantologii klinicznej	x	x	0
Urologii	x	21	1
Urologii dziecięcej	x	x	0
Zdrowia Publicznego	x	x	1
Innych specjalności nie wymienionych wyżej	0	2	0

Źródło: CSIOZ Warszawa na podstawie MZ 89

Tabela 40. Lekarze dentyści w roku 2011 w województwie opolskim

Wyszczególnienie	Zatrudnieni wg podstawowego miejsca pracy		
	stopnia		Specjalności uzyskane "nowym trybem"
	I	II	
Specjaliści lekarze dentyści razem z tego w zakresie	126	64	22
Chirurgii stomatologicznej	9	5	4
Chirurgii szczękowej	0	3	1
Medycyny społecznej	0	1	x
Ortodoncji	x	18	5
Periodontologii	x	5	1
Protetyki stomatologicznej	x	18	4
Stomatologii ogólnej	112	x	x
Stomatologii dziecięcej	3	2	1
Stomatologii zachowawczej	x	12	6
Lekarze stomatolodzy o innych specjalnościach	2	0	0

Źródło: CSIOZ Warszawa na podstawie MZ 89

Tabela 41. Mgr pielęgniarstwa w roku 2011 w województwie opolskim

Wyszczególnienie	Zatrudnieni wg podstawowego miejsca pracy		
	stopnia		Specjalności uzyskane "nowym trybem"
	I	II	
Specjaliści mgr pielęgniarstwa razem z tego w zakresie	21	2	18
Medycyny społecznej	2	0	x
Organizacji ochrony zdrowia	0	0	x
Pielęgniarstwa rodzinnego	0	0	0
Pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących	0	0	0
Pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania	1	0	0
Pielęgniarstwa zachowawczego	2	0	0
Pielęgniarstwa geriatrycznego	0	0	0
Pielęgniarstwa kardiologicznego	0	0	0
Pielęgniarstwa nefrologicznego	0	0	0
Pielęgniarstwa diabetologicznego	0	0	0
Pielęgniarstwa pediatrycznego	0	0	3
Pielęgniarstwa chirurgicznego	0	0	1
Pielęgniarstwa operacyjnego	0	0	1
Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki	2	1	0
Pielęgniarstwa onkologicznego	0	0	0
Pielęgniarstwa psychiatrycznego	0	0	2
Pielęgniarstwa opieki długoterminowej	1	0	4
Pielęgniarstwa neurologicznego	0	0	0
Pielęgniarstwa opieki paliatywnej	0	0	0
Pielęgniarstwa ratunkowego	0	0	2
Pielęgniarstwa w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	2	0	0
Mgr pielęgniarstwa o innej specjalności	11	1	5

Źródło: CSIOZ Warszawa na podstawie MZ 89

Tabela 42. Zestawienie wydanych zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu przez OIPiP w Opolu

Lp.	Nazwa	Pielęgniarki			Położne		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
1.	Wydane nowe prawa wykonywania zawodu	69	77	80	16	17	16
2.	Wpis do rejestru pielęgniarek i położnych (przeniesione z innych województw)	18	25	26	2	5	4
3.	skreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych (przeniesione do innych województw)	27	42	34	4	4	2
4.	Zaświadczenia o kwalifikacjach unijnych	24	32	46	2	5	2

Źródło: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu, 2013.

Tabela 43. Liczba wydanych odpisów dyplomów PMWSZ w Opolu w j. angielskim w latach 2010-2012

Kierunek i tryb	rok akad. 2009/2010	rok akad. 2010/2011	rok akad. 2011/2012
Fizjoterapia stacjonarna	67	61	68
Fizjoterapia niestacjonarna	30	32	41
Pielęgniarstwo stacjonarne	55	53	32
Pielęgniarstwo niestacjonarne	74	142	63
Położnictwo stacjonarne	11	13	13
Położnictwo niestacjonarne	17	24	29
Zdrowie publiczne stacjonarne	-	-	15
Zdrowie publiczne niestacjonarne	-	-	0
	254	325	261

Źródło: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, 2013

Tabela 44. Diagności laboratoryjni w roku 2011 w województwie opolskim

Wyszczególnienie	Zatrudnieni wg podstawowego miejsca pracy		
	stopnia		Specjalności uzyskane "nowym trybem"
	I	II	
Specjaliści diagnostyki laboratoryjnej razem z tego w zakresie	51	23	16
Analityki klinicznej	16	8	1
Diagnostyki medycznej	25	13	4
Higieny i epidemiologii	4	2	x
Medycyny społecznej	0	0	x
Mikrobiologii medycznej	x	x	1
Toksykologii medycznej	x	x	1
Zdrowia publicznego	x	x	2
Zdrowia środowiskowego	0	0	0
Genetyki medycznej	x	x	0
Immunologii medycznej	x	x	0
Transfuzjologii medycznej	x	x	6
Inni specjaliści analityki medycznej	6	0	1

Źródło: CSIOZ Warszawa na podstawie MZ 89

Tabela 45. Farmaceuci w roku 2011 w województwie opolskim

Wyszczególnienie	Zatrudnieni wg podstawowego miejsca pracy			
	stopnia		Specjalności uzyskane "nowym trybem"	
	I	II		
Specjaliści farmaceuci razem z tego w zakresie	14	4	2	
Analizy bromatologicznej	0	0	0	
Analizy farmaceutycznej	0	x	0	
Analizy klinicznej	1	3	0	
Analizy leków	x	0	x	
Farmacja apteczna	12	1	0	
Farmacja kliniczna	x	x	1	
Farmacja przemysłowa	x	x	0	
Farmacja szpitalna	x	x	1	
Farmacji społecznej	0	0	x	
Farmakologia	x	x	0	
Farmakodynamiki	0	0	x	
Higieny i epidemiologii	0	0	0	
Medycyny społecznej	0	x	x	
Mikrobiologii	1	0	x	
Mikrobiologii i biotechnologii farmaceutycznej	x	x	0	
Leku roślinnego	x	x	0	
Organizacji ochrony zdrowia	x	0	x	
Technologii	farmaceutycznej	0	0	x
	postaci leków	0	0	x
	środków leczniczych	0	0	x
Toksykologii	0	0	0	
Zdrowia publicznego	x	x	0	
Zdrowia środowiskowego	x	x	0	
Zielarstwa	0	0	x	
Inni specjaliści farmaceuci	0	0	0	

Źródło: CSIOZ Warszawa na podstawie MZ 89

Tabela 46. Inni specjaliści medyczni w roku 2011 w województwie opolskim

Wyszczególnienie	Zatrudnieni wg podstawowego miejsca pracy		
	stopnia		Specjalności uzyskane "nowym trybem"
	I	II	
Inni specjaliści z tego w zakresie	62	32	25
Diagnostyki laboratoryjnej	6	2	x
Epidemiologii	13	10	1
Mikrobiologii	1	5	x
Toksykologii	0	0	x
Rehabilitacji ruchowej	16	5	x
Psychologii klinicznej	10	7	1
Psychologii ogólnej	13	2	x
Inni psychologów	1	0	x
Analizy sanitarnej	0	0	x
Fizjoterapii	x	x	14
Fizyki medycznej	x	x	0
Inżynierii medycznej	x	x	0
Promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	x	x	0
Neurologopedii	x	x	6
Zdrowia publicznego	x	x	3
Zdrowia środowiskowego	x	x	0
Inni	2	1	x

Źródło: CSIOZ Warszawa na podstawie MZ 89

4.5 ANALIZA DEMOGRAFICZNA LEKARZY W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM⁴⁰

Łącznie na koniec 2012 roku w rejestrze Opolskiej Izby Lekarskiej (OIL) figurowało 2123 lekarzy medycyny oraz 26 lekarzy nie wykonujących zawodu. W grupie tej 1819 lekarzy medycyny posiadało specjalizacje. Średni wiek lekarza ze specjalizacją wynosił 54 lata, przy czym największą ich liczbę stanowili lekarze, którzy ukończyli 50 lat (58%)

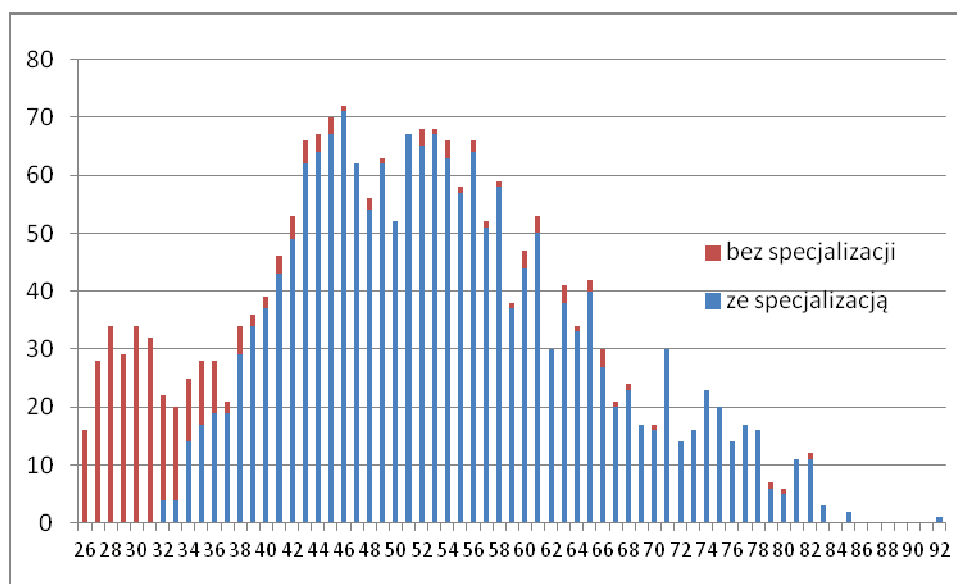
Tabela 47. Wiek lekarzy medycyny posiadających specjalizacje w OIL na koniec 2012r.

Wiek lekarzy	liczba lekarzy	Udział % w grupie lekarzy ze specjalizacją
> 65 r. życia	292	16,05%
> 60 r. życia	483	26,55%
> 55 r. życia	737	40,52%
> 50 r. życia	1056	58,05%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

W 2012 roku wśród lekarzy medycyny znajdujących się w rejestrze OIL 304 nie posiadało specjalizacji, a ich średni wiek wynosił 34,9 lat. Z uwagi na tryb uzyskania specjalizacji najmłodszy lekarze specjaliści to osoby 32-letnie.

Wykres 31. Liczba lekarzy medycyny posiadających specjalizacje oraz bez specjalizacji wg wieku w OIL w roku 2012

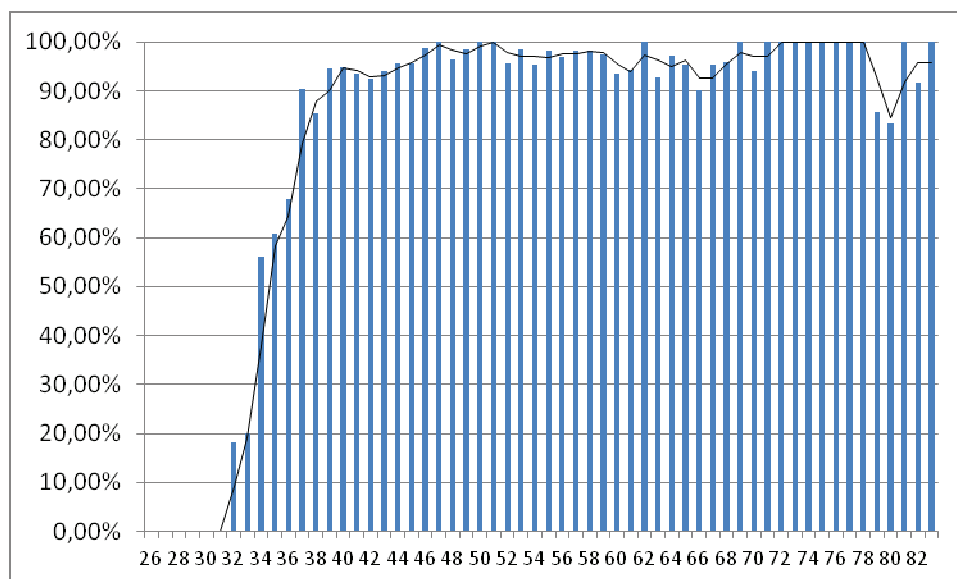


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

Na podstawie tych danych można zauważyć, iż zmniejszenie liczby lekarzy medycyny, którzy w roku 2012 nie przekroczyli 43 r. życia w perspektywie 20 lat skutkować może zmniejszeniem ogólnej liczby lekarzy o około 700. Liczba młodych, rozpoczynających pracę młodych, będących członkami OIL nie będzie w stanie uzupełnić niedoborów lekarzy, powstających na skutek starzenia się tej grupy zawodowej. Bez zwiększenia w perspektywie najbliższych 10 lat liczby „młodych” lekarzy, może znacznie zmniejszyć się poziom dostępności do systemu ochrony zdrowia w województwie opolskim.

⁴⁰ Opracowanie własne na podstawie danych OIL

Wykres 32. % lekarzy medycyny posiadających specjalizacje wg wieku w OIL w roku 2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

Łącznie wśród lekarzy medycyny 85,68 % posiada co najmniej 1 specjalizację. W wieku 37 lat już około 90% lekarzy medycyny posiada co najmniej 1 specjalizację. Posiadanie specjalizacji lekarskich nie zawsze wiąże się jednak z wykonywaniem zawodu w dziedzinie, w której lekarze uzyskali specjalizację. Analizując liczbę zdobywanych przez lekarzy specjalizacji, trudno wnioskować, w jakiej specjalności medycznej lekarze aktualnie wykonują swój zawód.

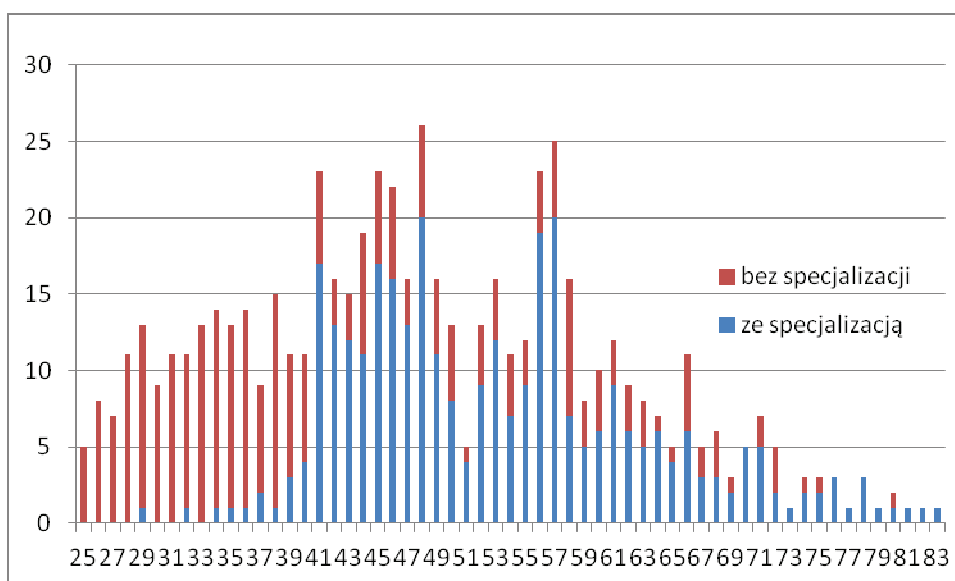
Łącznie na koniec 2012 roku w rejestrze OIL w Opolu figurowało 606 lekarzy dentystów oraz 16 lekarzy dentystów nie wykonujących zawodu. W grupie tej 324 lekarzy dentystów posiadało specjalizacje. Średni wiek lekarza dentysty ze specjalizacją wynosił 53,2 lata, w tym najwięcej w grupie lekarzy po 50 roku życia (53%).

Tabela 48. Wiek lekarzy dentystów posiadających specjalizacje w OIL na koniec 2012r.

Wiek lekarzy	Liczba lekarzy	Udział % w grupie lekarzy ze specjalizacją
>65 r. życia	43	13,27%
>60 r. życia	79	24,38%
>55 r. życia	130	40,12%
>50 r. życia	171	52,78%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

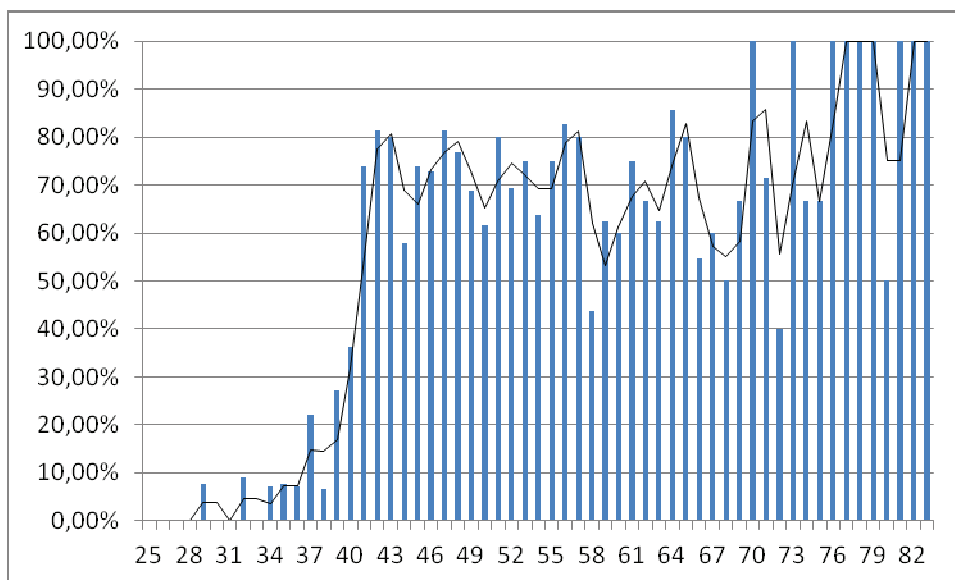
Wykres 33. Liczba lekarzy dentystów posiadających specjalizacje oraz bez specjalizacji wg wieku w OIL w roku 2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

Wśród lekarzy dentystów obserwuje się również zmniejszenie liczby „młodych” lekarzy, jednak ich niedobór w przyszłości może być mniej odczuwalny, aniżeli w grupie lekarzy medycyny. Wśród lekarzy dentystów znajdujących się w rejestrze OIL obserwuje się zmniejszenie liczby lekarzy, którzy w roku 2012 osiągnęli 49-55 lat (roczniki 1957-1963).

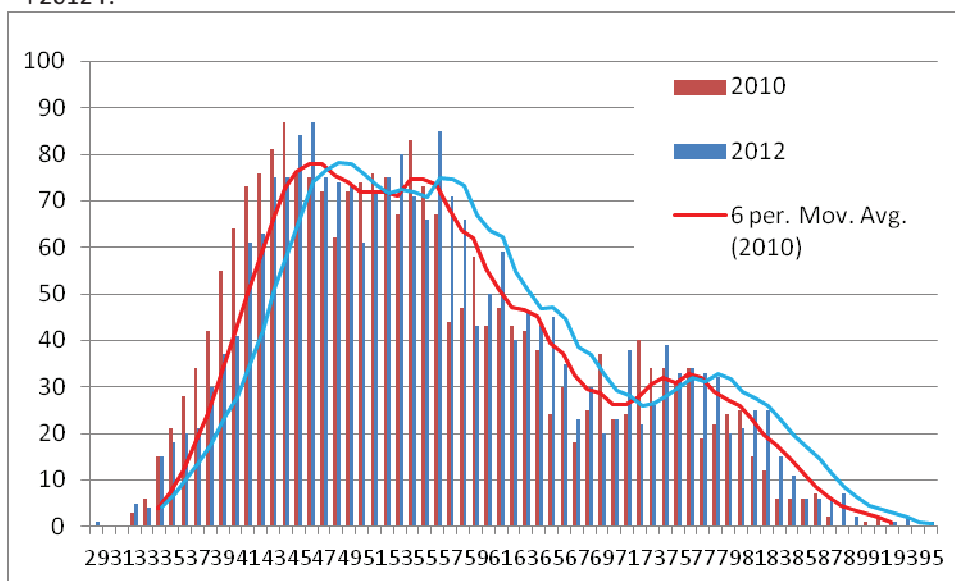
Wykres 34. % lekarzy dentystów posiadających specjalizacje wg wieku w OIL w roku 2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

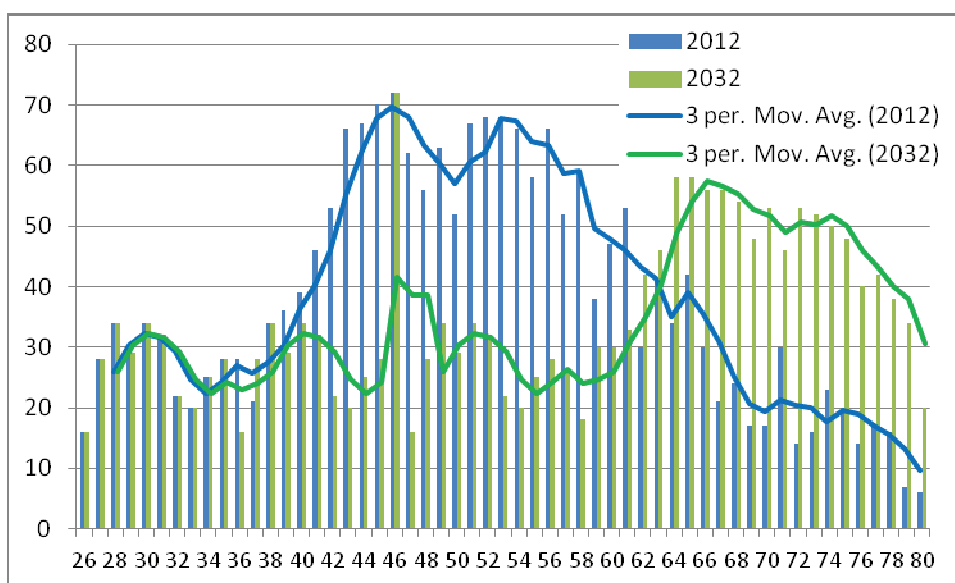
Łącznie wśród lekarzy dentystów 53,47 % posiada co najmniej 1 specjalizację. W wieku do 40 lat znacznie mniejszy odsetek lekarzy dentystów posiada specjalizacje, w porównaniu do lekarzy medycyny, co może wskazywać na mniejsze zainteresowanie podnoszeniem kwalifikacji lub trudności w ich uzyskiwaniu.

Wykres 35. Liczba lekarzy medycyny i dentystów posiadających specjalizacje wg wieku w OIL w 2010 i 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

Wykres 36. Symulacja liczby lekarzy medycyny w OIL wg wieku w roku 2032 wg danych 2012r przy założeniu starzenia się i ubytków naturalnych oraz „napływu” nowych lekarzy na poziomie ostatnich 10 lat.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

Na podstawie tego wykresu można szacować, iż w ciągu kolejnych 20 lat w przypadku utrzymywania się trendu z 10 ostatnich lat, w woj. opolskim może ubyć ok. 500 lekarzy.

Tabela 49. Liczba specjalizacji posiadanych przez lekarzy i średni wiek lekarzy w grupie wg rejestru OIL na koniec 2012r.

Specjalizacja	co najmniej 1 stopień	Średni wiek 1 i 2 stopień	2 stopień	Średni wiek 2 stopień
Choroby wewnętrzne	499	53	283	50
Medycyna rodzinna			175	52
Położnictwo i ginekologia	157	57	129	56
Chirurgia ogólna	168	56	120	56
Pediatria	299	56	118	55
Anestezjologia i Intensywna Terapia	111	51	82	49
Choroby płuc	76	54	65	53
Medycyna ogólna	79	58	65	57
Ortopedia	79	52	61	51
Otolaryngologia	74	56	52	56
Okulistyka	84	56	52	54
Neurologia dorosłych	66	52	47	49
Kardiologia			45	49
Psychiatria	64	53	45	50
Medycyna pracy	68	60	43	59
Chirurgia stomatologiczna			41	53
Rehabilitacja medyczna			37	53
Neonatologia			36	52
Radiologia	48	51	35	49
Organizacja ochrony zdrowia	46	65	33	61
Protetyka stomatologiczna			29	53
Ortodoncja			26	54
Dermatologia i wenerologia	44	60	25	56
Reumatologia			25	56
Medycyna ratunkowa			24	47
Stomatologia zachowawcza			24	53
Urologia			21	52
Alergologia			18	53
Diabetologia			17	52
Choroby zakaźne			17	55
Chirurgia onkologiczna			15	50
Radioterapia			15	51
Endokrynologia			14	50
Nefrologia			14	55
Gastroenterologia			12	49
Chirurgia dziecięca	15	52	11	53
Chirurgia naczyniowa			10	49
Stomatologia dziecięca			10	57
Onkologia kliniczna			8	46
Neurochirurgia			7	45
Hematologia			5	46
Neurologia dziecięca			5	58
Psychiatria dzieci i młodzieży			5	51
Parodontologia			5	53
Medycyna paliatywna			4	47
Ginekologia onkologiczna			3	46
Medycyna sądowa			3	52
Medycyna nuklearna			3	54
Geriatryka			2	53
Epidemiologia			2	69
Medycyna sportowa			2	58
Patomorfologia			6	54
Stomatologia ogólna	263	53		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

Tabela 50. Porównanie liczby lekarzy specjalistów 2 stopnia oraz średniego wieku w OIL na koniec 2010 i 2012r.

Specjalizacja	2010r		2012r	
	2 stopień	średni. wiek 2 stopień	2 stopień	średni wiek 2 stopień
Choroby wewnętrzne	262	48	283	50
Medycyna rodzinna	175	49	175	52
Położnictwo i ginekologia	117	55	129	56
Chirurgia ogólna	113	54	120	56
Pediatrya	105	54	118	55
Anestezjologia i Intensywna Terapia	79	47	82	49
Choroby płuc	65	51	65	53
Medycyna ogólna	62	55	65	57
Ortopedia	55	48	61	51
Otolaryngologia	47	54	52	56
Okulistyka	50	52	52	54
Neurologia dorosłych	43	49	47	49
Kardiologia	44	48	45	49
Psychiatria	44	49	45	50
Medycyna pracy	39	56	43	59
Rehabilitacja medyczna	33	50	37	53
Neonatologia	36	50	36	52
Radiologia	32	48	35	49
Organizacja ochrony zdrowia	33	59	33	61
Protetyka stomatologiczna	27	53	29	53
Ortodoncja	26	52	26	54
Dermatologia i wenerologia	25	54	25	56
Reumatologia	25	54	25	56
Medycyna ratunkowa	24	45	24	47
Stomatologia zachowawcza	23	51	24	53
Urologia	21	50	21	52
Alergologia	18	51	18	53
Diabetologia	17	50	17	52
Choroby zakaźne	17	53	17	55
Chirurgia onkologiczna	15	48	15	50
Radioterapia	15	49	15	51
Endokrynologia	14	48	14	50
Nefrologia	14	53	14	55
Gastroenterologia	12	47	12	49
Chirurgia dziecięca	11	51	11	53
Chirurgia naczyniowa	10	47	10	48
Stomatologia dziecięca	10	55	10	57
Onkologia kliniczna	6	47	8	45
Neurochirurgia	7	43	7	45
Hematologia	5	44	5	46
Neurologia dziecięca	5	56	5	58
Psychiatria dzieci i młodzieży	5	49	5	51
Parodontologia	5	51	5	53
Medycyna paliatywna	4	45	4	47
Ginekologia onkologiczna	3	44	3	46
Medycyna sądowa	3	50	3	52
Medycyna nuklearna	3	52	3	54
Geriatrya	2	51	2	53
Epidemiologia	2	66	2	68
Medycyna sportowa	2	56	2	58
Patomorfologia	6	52	6	54

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

Na koniec 2012 r zarejestrowano w porównaniu do 2010 r zwiększenie liczby lekarzy specjalistów 2 stopnia w zakresie:

- Pediatrii – 13,
- Położnictwa i ginekologii – 12,
- Chorób wewnętrznych – 9,
- Chirurgii ogólnej – 7,
- Ortopedii – 6,
- Otolaryngologii – 5,
- Neurologii dorosłych – 4,
- Medycyny pracy – 4,
- Rehabilitacji medycznej – 4,
- Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 3,
- Radiologii – 3,
- Okulistyki- 2,
- Onkologii klinicznej – 2.

W pozostałych specjalnościach nie zarejestrowano zmian w liczbie lekarzy lub specjalistów. Najmłodszy lekarze to lekarze specjaliści neurochirurgii, onkologii klinicznej, ginekologii onkologicznej, hematologii, medycyny ratunkowej, medycyny paliatywnej, chirurgii naczyniowej, radiologii.

Zwraca uwagę stosunkowo wysoka średnia wieku lekarzy specjalistów medycyny pracy, medycyny sportowej, neurologii dziecięcej, dermatologii, reumatologii, co przy braku nowych specjalistów wskazuje na brak możliwości kształcenia lub braku zainteresowania tymi specjalnościami wśród młodych lekarzy. Średnia wieku lekarzy położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, pediatrii oraz laryngologii, pomimo pojawienia się nowych specjalistów, jest również niepokojąco wysoka, co może stwarzać niebezpieczeństwo niedoboru kadr tych specjalności w perspektywie 10 kolejnych lat.

Zwraca również uwagę nie zmieniająca się liczba lekarzy posiadających specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej.

4.6 OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Tabela 51. Działalność oddziałów - opieka stacjonarna długoterminowa w roku 2011

Nazwa i kod podmiotu/Oddziału	Miejsca/stan w dniu 31.XII. 2011	Średnia liczba miejsc	Liczba pacjentów w dniu 31.XII poprzedniego roku		Liczba pacjentów objętych opieką w ciągu roku sprawozdawczego		
			Ogółem	w tym kobiety	Ogółem	w tym kobiety	
Podmiot/oddział opiekuńczo-leczniczy	5170	702	715	690	494	1405	951
Podmiot/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży	5171	9	9	9	4	15	9
oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	5172	163	163	163	82	222	113
Hospicjum stacjonarne	5180	54	47	43	19	558	260

Źródło: CSIOZ Warszawa na podstawie MZ 29A

W Polsce tylko 1,5 % bieżących wydatków przeznaczana jest na ośrodki zajmujące się opieką długoterminową. Polska znajduje się na etapie rozwijania kompleksowej opieki długoterminowej. Różnice w dostępie do placówek ZOP, ZOL i hospicjów na terenie kraju są znaczne. Najwięcej łóżek na 100 000 mieszkańców we wszystkich ww. jednostkach znajduje się w woj. dolnośląskim – 88,8 a najmniej w woj. wielkopolskim – 21,7.

Uwaga: Opolski Oddział Wojewódzki NFZ w Opolu kontraktuje świadczenia z zakresu geriatrii w rodzaju Leczenie Szpitalne od grudnia 2007 roku.

Tabela 52. Zakład długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej w roku 2011

Wyszczególnienie		Udzielający świadczeń ogółem /w osobach stan w dniu 31.XII.2011	w tym	
			zatrudnieni na podstawie stosunku pracy	z kolumny 2 zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy
		razem /w osobach/	stan w dniu 31.XII.2011	
Ogółem		621	523	453
	lekarze	59	15	4
	w tym psychiatrzy	9	4	0
	pielęgniarki	276	258	241
	psycholodzy	21	9	2
	pedagodzy	0	0	0
	rehabilitanci	12	7	4
	fizjoterapeuci	42	38	27
	terapeuci zajęciowi	18	15	10
	logopedzi	15	6	0
	opiekunowie	100	100	100
	Specjaliści terapii uzależnień	0	0	0
	Instruktorzy terapii uzależnień	0	0	0
	pracownicy socjalni	4	4	1
w tym	salowe	71	70	63

Źródło: CSIOZ Warszawa na podstawie MZ 29A

Tabela 53. Struktura wieku przebywających w dniu 31.XII. 2011 /dla wszystkich oddziałów łącznie

Wyszczególnienie		Stan pacjentów w dni 31.XII.2011					
		Opieka stacjonarna		Opieka domowa		Opieka dzienna	
		Ogółem	w tym kobiety	Ogółem	w tym kobiety	Ogółem	w tym kobiety
Liczba pacjentów w dniu 31.XII		895	605	0	0	0	0
z wiersza 01	19-40	13	4	0	0	0	0
	41-60	107	38	0	0	0	0
	61-64	61	28	0	0	0	0
	65-74	175	77	0	0	0	0
	75-79	134	103	0	0	0	0
	w wieku 80 i więcej	385	346	0	0	0	0
pacjenci którzy nie opuszczają łóżek							
		364	244	0	0	X	X

Źródło: CSIOZ Warszawa na podstawie MZ 29A

4.7 SYSTEM RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM

Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) to nazwa całego systemu, którego celem jest ratowanie zarówno zdrowia jak i życia potrzebujących.

Głównymi podmiotami systemu ratownictwa są:

- Centra Powiadamiania Ratunkowego,
- Szpitalne Oddziały Ratunkowe,
- Zespoły Ratownictwa Medycznego,
- Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.

Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia. **PRM składa się z dwóch pionów.** Pierwszym z nich są **organy administracji rządowej (województwie)**, których zadaniem jest planowanie, organizowanie i koordynowanie działań systemu. W drugim pionie znajdują się jednostki systemu, które ogólnie możemy podzielić na dwa typy: **zespoły ratownictwa medycznego** oraz **szpitalne oddziały ratunkowe**. Aby system stanowił całość, oba piony muszą ze sobą współpracować i uzupełniać się, gdyż tylko wtedy pacjent ma zapewnioną dobrą opiekę.

Z uwagi na to, że jednym z najważniejszych czynników wpływających na sprawność i skuteczność ratownictwa medycznego w sytuacji nagłego zagrożenia życia jest czas dojazdu do chorego, niezbędna jest koordynacja działań ratowniczych pomiędzy wszystkimi podmiotami.

Na terenie województwa opolskiego ww. system działa na podstawie sporządzonego przez Wojewodę Opolskiego *Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Opolskiego na lata 2011 i następne*.

Obecnie na obszarze województwa opolskiego działają jednostki systemu:

- szpitalne oddziały ratunkowe
- zespoły ratownictwa medycznego

W województwie opolskim działa 7 szpitalnych oddziałów ratunkowych tj.⁴¹:

1. Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie,
2. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu,
3. Szpital Wojewódzki w Opolu⁴²,
4. Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich,
5. Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu,
6. Brzeskie Centrum Medyczne⁴³,
7. Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie.

Zgodnie z planem działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Opolskiego utworzono 7 rejonów operacyjnych dla zespołów ratownictwa medycznego, obejmujących, za wyjątkiem rejonu operacyjnego głubczyckiego i kędzierzyńsko-kozielskiego, obszary dwóch sąsiednich powiatów. Taki podział ułatwił dysponowanie zespołami i poprawił sposób zarządzania karetkami, a w konsekwencji poprawił sytuację miejscowości położonych przy granicach powiatów.

⁴¹ Zgodnie z zawartym kontraktem z NFZ na 2013r.

⁴² szpitalny oddział ratunkowy uruchomiony od 01.01.2011 roku

⁴³ szpitalny oddział ratunkowy uruchomiony od 01.01.2012 roku

Tabela 54. Zespoły ratownictwa medycznego włączone do systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – stan na dzień 1 lipca 2011 roku.

L.p.	Nazwa i opis rejonu operacyjnego	Liczba zespołów ratownictwa medycznego w danym rejonie operacyjnym ⁴⁴		Nazwa zespołu PRM	Nazwa dysponenta jednostki
		S	P		
		18	25		
1.	opolski i m. Opole		1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Ozimek	Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego
			3	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - m. Opole Centrum	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Dobrzeń Wielki	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Niemodlin	
		2		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - m. Opole Centrum	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - m. Opole Zaodrze	
2.	brzesko-namysłowski		1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Brzeg	NZOZ Falck Medycyna Region Opolski
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Świerczów	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Brzeg	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Grodków	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Namysłów	
3.	głubczycki		1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Głubczyce	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Kietrz	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Głubczyce	
4.	kędzierzyńsko-kozielski		1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Kędzierzyn - Koźle (Kędzierzyn)	NZOZ Falck Medycyna Region Opolski
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Polska Cerkiew	
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Kędzierzyn - Koźle (Koźle)	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Kędzierzyn - Koźle (Kędzierzyn)	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Kędzierzyn - Koźle (Koźle)	
5.	kluczborsko-oleski		1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Kluczbork	NZOZ Falck Medycyna Region Opolski
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Dobrzeń	
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Praszka	
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Wołczyn	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Kluczbork	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Olesno	
6.	krapkowicko-strzelecki		1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Krapkowice	Szpital Powiatowy im. Prałata J. Głowackiego w Strzelcach Opolskich
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Zdzeszowice	
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Strzelce Opolskie	
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Zawadzkie	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Krapkowice	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Strzelce Opolskie	
7.	nysko - prudnicki		1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Głuchołazy	Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Korfantów	
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Nysa	
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Paczków	
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Głogówek	
			1	Zespół Ratownictwa Medycznego - P - Prudnik	
		2		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Nysa	
		1		Zespół Ratownictwa Medycznego - S - Prudnik	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Planu działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla Województwa Opolskiego, styczeń 2011, Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu

⁴⁴Zespoły ratownictwa medycznego dzielimy na: zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny oraz zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

System Państwowe Ratownictwo Medyczne obejmuje świadczenia udzielane w warunkach pozaszpitalnych przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego. W I połowie 2011 roku na terenie województwa opolskiego świadczenia w rodzaju ratownictwo medyczne świadczyło 41 zespołów wyjazdowych, w tym 16 zespołów specjalistycznych „S” i 25 zespołów podstawowych „P”. Od 01.07.2011 do końca 2012 roku świadczenia w rodzaju ratownictwo medyczne realizowały 43 zespoły wyjazdowe: 18 zespołów „S” (w tym 2 zespoły czasowe) oraz 25 zespołów „P” (w tym 2 zespoły czasowe).

Tabela 55. Funkcjonowanie systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w województwie opolskim w latach 2010- 2012.

Wyszczególnienie		Rok	Jednostki systemu ratownictwa medycznego			Wyjazdy na miejsce zdarzenia		
			S*	P*	SOR	ogółem	ruch uliczno - drogowy	w tym w domu
Województwo Opolskie		2010 (od 01.01. do 31.10)	17	24	5	66182	2762	3043
		2010 (od 01.11 do 31.12)	16	25				
		2011 (od 01.01 do 30.06)	16	25	6	65467	3635	4163
		2011 (od 01.07 do 31.12)	18	25				
		2012*	18	25	7	39036	1814	2618
rejon operacyjny	brzesko-namysłowski	2010	2	3	0	8748	290	334
		2011 (od 01.01 do 30.06)	2	3				
		2011 (od 01.07 do 31.12)	3	2	1	9782	608	316
		2012*	3	2				
	kluczborsko-oleski	2010	2	3	1	6847	335	261
		2011 (od 01.01 do 30.06)	2	3				
		2011 (od 01.07 do 31.12)	2	4	1	6604	269	429
		2012*	2	4				
	kędzierzyńsko-kozielski	2010	1	3	1	7464	279	278
		2011 (od 01.01 do 30.06)	1	3				
		2011 (od 01.07 do 31.12)	2	3	1	7092	226	641
		2012*	2	3				
	głubczycki	2010	1	2	0	3902	140	175
		2011 (od 01.01 do 30.06)	1	2				
		2011 (od 01.07 do 31.12)	1	2	0	3425	113	234
		2012*	1	2				
	krąpkowicko-strzelecki	2010	2	4	1	8614	319	278
		2011 (od 01.01 do 30.06)	2	4				
		2011 (od 01.07 do 31.12)	2	4	1	7844	346	255
		2012*	2	4				
	nysko-prudnicki	2010	4	5	1	14309	616	750
		2011 (od 01.01 do 30.06)	4	5				
		2011 (od 01.07 do 31.12)	3	6	1	14182	653	748
		2012*	3	6				
	opolski i m. Opole	2010 (od 01.01. do 31.10)	5	4	1	16298	992	1407
		2010 (od 01.11 do 31.12)	4	5				
		2011 (od 01.01 do 30.06)	4	5	1	16538	1393	1540
		2011 (od 01.07 do 31.12)	5	4				
		2012*	5	4	2	10386	878	1021

* "S"- specjalistyczna karetka systemowa

"P"- podstawowa karetka systemowa

"SOR"- szpitalny oddział ratunkowy

Sprawozdawczość za rok 2012 obejmuje okres od 01.01.2012- 31.07.2012.

Źródło: OOW NFZ w Opolu na podstawie zawartych kontraktów oraz sprawozdań przesłanych przez świadczeniodawców.

WCPR - Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego

W województwie opolskim z dnia 28 sierpnia 2012 r. zostało uruchomione Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego (WCPR) z lokalizacją w Opolu przy ul. Oleskiej 123.

W 2012 roku utworzono w województwie opolskim jedną dyspozytornię medyczną (Główne Stanowisko Dyspozytorskie – GSD) w rejonie operacyjnym opolskim i m. Opole, o zasięgu wojewódzkim. GSD obsługuje wszystkie rejony operacyjne. Obecnie GSD znajduje się przy Opolskim Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu, ul. Mickiewicza 2-4, jednakże docelowym miejscem stacjonowania GSD jest Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego w Opolu przy ul. Oleskiej 123.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

System ratownictwa medycznego w województwie opolskim wspierany jest przez Zespół Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service) stacjonujące w województwie dolnośląskim i województwie śląskim⁴⁵.

W kraju Lotnicze Pogotowie Ratunkowe prowadzi działalność w siedemnastu bazach stałych, w których stacjonują śmigłowcowe zespoły ratownictwa medycznego.

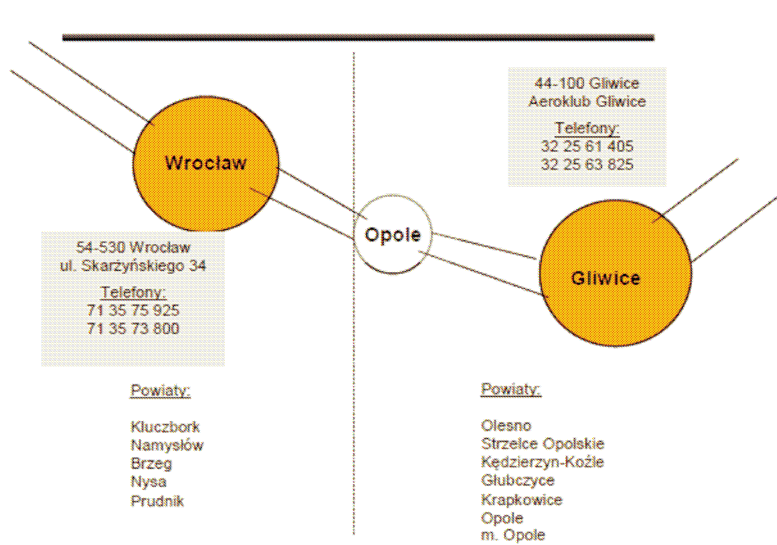
Tabela 56. Miejsca stacjonowania zespołów Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w województwach ościennych

Województwo	Ilość zespołów	Miejsca stacjonowania	Zasięg operacyjny	Czas pozostawania w gotowości
Dolnośląskie	1	Wrocław - lotnisko Starachowice	a) w promieniu 60 km od miejsca stacjonowania w gotowości do startu w czasie 3-4 minuty i czasie dolotu do 20 minut b) 100km od miejsca stacjonowania w gotowości do startu w czasie do 15 minut i czasie dolotu 30 minut.	Gotowość do realizacji medycznych czynności ratunkowych co najmniej od wschodu słońca do 45 minut przed zachodem słońca oraz co najmniej od godziny 7:00 do godz. 20:00 w przypadku gdy wschód słońca następuje przed godz. 07:00 a zachód po 20:00
Śląskie	1	Gliwice - Aeroklub Gliwice	jw.	jw.
Łódzkie	1	Łódź - lotnisko Lublinek	jw.	jw.
Wielkopolskie	1	Poznań - lotnisko Ławica	jw.	jw.

Źródło: Plan działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Opolskiego, styczeń 2011, Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu. Od dnia 08 sierpnia 2011 roku gotowość do realizacji medycznych czynności ratunkowych co najmniej od wschodu słońca do godziny 23:00 oraz co najmniej od godz. 7:00 w przypadku gdy wschód słońca następuje przed godz. 07:00.

⁴⁵ <http://www.lpr.com.pl/pl/start.html>

Rycina 6. Zasięg lotów na terenie województwa opolskiego



Źródło: Plan działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Opolskiego, styczeń 2011, Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu

W województwie opolskim zarejestrowane są trzy lądowiska sanitarne w Opolu, Nysie oraz Olesnie, tabela poniżej:

Tabela 57. Wykaz lądowisk sanitarnych w województwie opolskim.

Lp.	Nazwa	Zarządzający	Nr Kart. ewid.	Rok wpisu do ewid. lądowisk cywilnych
1	OPOLE	Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu	83	2011
2	NYSA	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie	84	2011
3	OLESNO	Zespół Opieki Zdrowotnej Olesno	119	2012

Źródło: Wykaz lądowisk cywilnych wpisanych do ewidencji, Urząd Lotnictwa Cywilnego, stan na 17.04.2013r.

Centrum urazowe

Z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego współpracuje centrum urazowe, które stanowi wydzieloną funkcjonalnie część szpitala w którym działa szpitalny oddział ratunkowy. Centrum Urazowe zabezpiecza w zakresie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie o państwowym ratownictwie medycznym, populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny⁴⁶.

Na terenie województwa opolskiego funkcjonuje od dnia 1 stycznia 2011 roku jedno Centrum Urazowe przy **Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu**.

⁴⁶ Ustawa z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.)

5. ZASOBY INFRASTRUKTURALNE OCHRONY ZDROWIA W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM

Według danych Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu (księgi rejestrowe), w województwie opolskim w 2012 roku funkcjonowało 459 podmiotów leczniczych prowadzących działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych różnego rodzaju. Dane szczegółowe w tym zakresie przedstawia poniższa tabela.

Tabela 58. Rodzaj świadczeń zdrowotnych oferowanych przez podmioty lecznicze na terenie województwa opolskiego

Rodzaj świadczeń zdrowotnych	Ilość podmiotów wykonujących świadczenia
lecznictwo stacjonarne	36
lecznictwo stacjonarne jednego dnia	22
leczenie ambulatoryjne	11
leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	218
leczenie stomatologiczne	105
leczenie ambulatoryjne specjalistyczne	221
leczenie w domu pacjenta	21
pozostała opieka ambulatoryjna	16
rehabilitacja stacjonarna	15
rehabilitacja dzienna	20
rehabilitacja ambulatoryjna	89
rehabilitacja w domu pacjenta	12
pozostała rehabilitacja ambulatoryjna	2
stacjonarna długoterminowa opieka pielęgnacyjna	24
długoterminowa dzienna opieka pielęgnacyjna	4
długoterminowa opieka pielęgnacyjna świadczona w domu pacjenta	37
badania laboratoryjne	76
Diagnostyka obrazowa	14
USG	61
TK	10
rentgenodiagnostyka	46
rezonans magnetyczny	2
scyntygrafia	1
angiografia	1
endoskopia	22

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Wg stanu na dzień 31.12.2012r. w województwie opolskim funkcjonowało:

- I. 13 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa opolskiego:
 - jednostki stacjonarnej opieki zdrowotnej:
 - 1) PS ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu,
 - 2) Szpital Wojewódzki w Opolu,
 - 3) PS Zespół Szpitali Pulmonologiczno Reumatologicznych z siedzibą w Kup,
 - 4) Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie,
 - 5) Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu,
 - 6) SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii w Opolu im. prof. T. Koszarowskiego,
 - 7) Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu,
 - 8) Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach,
 - 9) Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych,
 - 10) Centrum Terapii Nerwic w Mosznej.
 - jednostka świadcząca usługi w zakresie opieki długoterminowej:
 - 11) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Głuchołazach
 - inne:
 - 12) Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Opolu z siedzibą w Kędzierzynie-Koźlu
 - 13) Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu
- II. 8 publicznych podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe:
 - 1) Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu,
 - 2) SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach,
 - 3) SP ZOZ Zespół Opieki zdrowotnej w Głuchołazach,
 - 4) SP Zespół Opieki zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu,
 - 5) Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie,
 - 6) Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich,
 - 7) Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie,
 - 8) Zespół Opieki Zdrowotnej Szpital im. św. Elżbiety w Białej.
- III. 8 podmiotów leczniczych działających w formie spółki:
 - 1) Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. NZOZ Szpital Powiatowy w Kluczborku,
 - 2) Krapkowskie Centrum Zdrowia S.A. w Krapkowicach,
 - 3) Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A. w Namysłowie,
 - 4) Prudnickie Centrum Medyczne S.A. NZOZ w Prudniku,
 - 5) EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital im. św. Rocha w Ozimku,
 - 6) NZOZ „Chir Med.” Sp. Cywilna w Opolu,
 - 7) Ortopedia Sp. Cywilna w Opolu,
 - 8) Zespół Ośrodków Rehabilitacji Leczniczej Sp. z o.o. w Suchym Borze – 100% udziałów województwa opolskiego
- IV. 4 publiczne podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym są Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Obrony Narodowej i Ministerstwo Zdrowia:
 - 1) Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Branicach,
 - 2) SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSW w Głuchołazach,
 - 3) SP ZOZ MSW w Opolu,
 - 4) 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Opolu.
- V. 1 publiczny podmiot leczniczy, dla którego podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego – gminne:
 - 1) Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Niemodlinie – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy.

VI. 1 podmiot leczniczy – stowarzyszeniowy:

1) Stowarzyszenie MONAR- Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień w Zbicku

Tabela 59. Liczba aptek i zatrudnionych w nich farmaceutów w woj. opolskim wg powiatów

Stan na dzień 31.12.2012								Stan na dzień 30.06.2012
lp	POWIAT	Ilość aptek - miasto	Ilość aptek wieś	Ilość punktów aptecznych	Ilość aptek szpitalnych	Ilość zatr. farm. Członków OOIA	Ilość zatr. farm. Członków innych izb	Liczba ludności
1	brzeski	21	3	2	1	42	1	92 381
2	głubczycki	12	2	1	1	20	2	48 067
3	k-kozielski	28	3	7		53	1	98 090
4	kluczborski	21	2	3	1	33	3	67 679
5	krapkowicki	15	4	2		28		65 616
6	namysłowski	10	3	3	1	19	1	43 073
7	nyski	37	7	5	2	69		141 901
8	oleski	20	3	4	1	20	4	66 055
9	opolski	9	24	10	1-Kup	52		133 291
10	Opole miasto	51		0	8	115	1	122 120
11	prudnicki	16	1	3	2	30	1	57 410
12	strzelecki	18	2	3	1	36		76 613
Razem 1-12		258	54	43	19	517	14	1 012 296

Źródło: Opolska Okręgowa Izba Aptekarska, Opole 2012 r.

Liczba czynnych członków OOIA na dzień 31.12.2012 r wynosi 511 osób

Tabela 60. Apteki otwarte na terenie województwa opolskiego

	Ilość miasto	Ilość na wsi	Ilość aptek w powiecie	Ilość punktów aptecznych	Ilość mgr farm.farmacut	Liczba ludność	Mgr farm./1aptek średnio	Ilość mieszkańców /1 aptekę
Brzeg	21	3	24	2	42	92381	1,75	3849
Głubczyce	12	2	14	1	20	48067	1,43	3433
Kędzierzyn - Koźle	28	3	31	7	53	98090	1,71	3164
Kluczbork	21	2	23	3	33	67679	1,43	2943
Krapkowice	15	4	19	2	28	65616	1,47	3453
Namysłów	10	3	13	3	19	43073	1,46	3313
Nysa	37	7	44	5	69	141901	1,57	3225
Olesno	20	3	23	4	20	66055	0,87	2872
Opolski	9	24	33	10	52	133291	1,58	4039
Opole	51	0	51	0	115	122120	2,25	2395
Prudnik	16	1	17	3	30	57410	1,76	3377
Strzelce	18	2	20	3	36	76613	1,80	3831
Województwo	258	54	312	43	517	1012296	1,66	3245

Źródło: Opolska Okręgowa Izba Aptekarska, Opole 2012 r.

5.1 Stan infrastruktury w zakresie ochrony zdrowia

Stan infrastruktury w ochronie zdrowia w województwie opolskim nie jest w pełni zadowalający, jest on jednak na bieżąco monitorowany i podejmowane są działania mające na celu jego ciągłą poprawę. W ostatnich latach poniesione zostały wielomilionowe nakłady finansowe (w ramach RPO WO w latach 2007-2013 z EFRR ponad 47 mln zł), z przeznaczeniem na rozwój infrastruktury w ochronie zdrowia – rozbudowę podmiotów leczniczych, remonty, modernizacje, zakupy aparatury i sprzętu medycznego. W efekcie poniesionych inwestycji usprawnione zostały stosowane procedury medyczne, a dzięki rozwojowi stanu aparatury medycznej wprowadzone zostały nowe zakresy świadczeń, umożliwiające wykorzystanie najnowocześniejszych technologii.

Wyposażenie placówek ochrony zdrowia

Placówki ochrony zdrowia w województwie opolskim są coraz lepiej wyposażone w nowoczesny sprzęt medyczny. Jednakże wyposażenie to jest mniej nowoczesne. Odpowiednie dane przedstawia poniższa tabela (Tabela 61).

Tabela 61. Wyposażenie szpitali ogólnych w województwie opolskim w nowoczesny sprzęt medyczny (stan na 31 XII 2011r.).

nazwa aparatury	2009r.	2010r.	2011r.
Aparat do echokardiografii	29	37	44
<i>województwo opolskie [na 100tys. ludności]</i>	2,8	3,6	4,3
<i>Polska [na 100 tys. ludności]</i>	2,4	3,1	2,7
Aparat do elektroencefalografii	4	4	4
<i>województwo opolskie [na 100tys. ludności]</i>	0,4	0,4	0,4
<i>Polska [na 100 tys. ludności]</i>	0,9	0,9	0,9
Aparat do elektromiografii	1	1	1
<i>województwo opolskie [na 100tys. ludności]</i>	0,1	0,1	0,1
<i>Polska [na 100 tys. ludności]</i>	0,3	0,3	0,3
Analizator biochemiczny	23	27	24
<i>województwo opolskie [na 100tys. ludności]</i>	2,2	0,8	0,6
<i>Polska na 100 tys. ludności</i>	3,1	3,3	3,1
Gammakamera	4	4	4
<i>województwo opolskie [na 100tys. ludności]</i>	0,4	0,4	0,4
<i>Polska [na 100 tys. ludności]</i>	0,3	0,3	0,3
Litotryper	7	7	8
<i>województwo opolskie [na 100tys. ludności]</i>	0,7	0,7	0,8
<i>Polska [na 100 tys. ludności]</i>	0,4	0,4	0,4
Akselerator liniowy	2	2	2
<i>województwo opolskie [na 100tys. ludności]</i>	0,2	0,2	0,2
<i>Polska [na 100 tys. ludności]</i>	0,3	0,3	0,3
Aparat RTG z torem wizyjnym	23	28	31
<i>województwo opolskie [na 100tys. ludności]</i>	2,2	2,7	3,1
<i>Polska [na 100 tys. ludności]</i>	3,3	3,4	3,6
Tomograf komputerowy	6	8	13
<i>województwo opolskie [na 100tys. ludności]</i>	0,6	0,8	1,3
<i>Polska [na 100 tys. ludności]</i>	1,00	1,1	1,3
Rezonans magnetyczny	1	1	1
<i>województwo opolskie [na 100tys. ludności]</i>	0,1	0,1	0,1
<i>Polska [na 100 tys. ludności]</i>	0,3	0,3	0,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia

Planowane inwestycje w ochronie zdrowia nakierowane są przede wszystkim na dostosowanie podmiotów leczniczych do zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739). Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r. poz. 217) podmioty wykonujące działalność leczniczą, których pomieszczenia i urządzenia nie odpowiadają wymaganiom

odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych zobowiązane są do dostosowania pomieszczeń i urządzeń do dnia 31 grudnia 2016r. Wielkość nakładów oraz poniesionych nakładów związanych z dostosowaniem podmiotów leczniczych do wymagań rozporządzenia przedstawia poniższa Tabela.

Tabela 62. Nakłady związane z dostosowaniem pomieszczeń i urządzeń podmiotów leczniczych

podmioty lecznicze	koszt programu dostosowawczego (w zł)		poniesione nakłady na realizację programu (w zł)	
	infrastruktura	zakupy inwestycyjne	infrastruktura	zakupy inwestycyjne
wojewódzkie ⁴⁷	141 690 579	33 822 000	79 380 053	32 416 409
powiatowe ⁴⁸	101 948 819	23 231 800	49 913 619	13 237 000
niepubliczne, spółki	7 590 500	2 100 000	921 618	4105143
resortowe ⁴⁹	21 218 400	2 285 000	1 896 560	1 592 320

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych podmiotów leczniczych województwa opolskiego

Ze względu na szeroki zakres potrzeb finansowych jednostek ochrony zdrowia ważnym źródłem wsparcia stały się regionalne programy pomocowe, tj. Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego (ZPORR) na lata 2004-2006 oraz Regionalny Program Województwa Opolskiego na lata 2007-2013.

W ostatnim okresie programowania w ramach RPO WO 2007-2013 w Osi priorytetowej 5 m.in. dla obszaru ochrony zdrowia z przeznaczonych środków na wsparcie podmiotów leczniczych przeznaczono w województwie następujące środki:

Tabela 63. Projekty w ramach RPO WO na lata 2007-2013 w obszarze ochrony zdrowia w województwie opolskim.

POWIAT	RODZAJ	WARTOŚĆ	DOFINANSOWANIE
brzeski	sprzęt	3 348 150,63	2 213 396,99
	infrastruktura	0	0
głubczycki	sprzęt	3 029 729,82	1 708 977,74
	infrastruktura	755 934,19	627 733,35
kędzierzyńsko-kozielski	sprzęt	1 552 929,00	927 449,04
	infrastruktura	1 736 188,65	1 233 067,53
kluczborski	sprzęt	811 900,92	490 306,96
	infrastruktura	0	0
krapkowicki	sprzęt	2 859 522,50	1 790 423,45
	infrastruktura	0	0
namysłowski	sprzęt	2 333 264,50	1 306 628,12
	infrastruktura	0	0
nyski	sprzęt	4 203 900,38	2 933 890,64
	infrastruktura	1 273 193,44	712 988,32
oleski	sprzęt	1 753 856,83	975 423,65
	infrastruktura	0	0
m. Opole	sprzęt	2 225 438,11	1 865 518,88
	infrastruktura	58 164 606,55	26 808 333,02
opolski	sprzęt	857 728,40	584 840,42
	infrastruktura	2 703 721,10	799 852,26
prudnicki	sprzęt	0	0
	infrastruktura	2 324 041,00	960 931,20
strzelecki	sprzęt	2 462 276,07	1 378 874,59
	infrastruktura	0	0
RAZEM		92 396 382,09	47 318 636,16

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Departamentu Koordynacji Programów Operacyjnych UMWO

⁴⁷ dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa opolskiego

⁴⁸ dla których podmiotem tworzącym jest samorząd powiatowy

⁴⁹ dla których podmiotem tworzącym są: MON, MSW, MZ

Analizując stan infrastruktury związanej z ochroną zdrowia w województwie opolskim, można stwierdzić, iż dzięki zaangażowaniu samorządów województwa opolskiego, pozyskiwaniu środków unijnych oraz systematycznym działaniom restrukturyzacyjnym w szpitalach, stan infrastruktury, wyposażenia i dostępności do nowoczesnej aparatury medycznej w placówkach lecznictwa szpitalnego jest oceniany jako dobry. W okresie 2007- 2013 ze środków UE zrealizowano projekt kluczowy o wartości 60 mln (w tym EFRR 25,9 mln zł), którego beneficjentem był Samorząd Województwa Opolskiego „Szpitale Opolskie gwarancją bezpieczeństwa zdrowotnego regionu i bazą kształcenia kadry medycznej”. Projekt poprzez inwestycje w infrastrukturę oraz w sprzęt i wyposażenie szpitali ma prowadzić do poprawy sytuacji w zakresie realizacji zabiegów specjalistycznych (kardiochirurgicznych, neurochirurgicznych, onkologicznych, hematologicznych) oraz badań diagnostycznych. Dzięki inwestycjom wprowadzone zostaną nowe procedury medyczne, a także usprawnione zostaną procedury już stosowane. W efekcie dojdzie do dalszego skracania się średniego czasu hospitalizacji, który już dzisiaj wynosi w regionie około 5 dni. Ponadto dzięki tym inwestycjom poprawi się zakres i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców województwa. W dłuższym okresie, nowe elementy infrastruktury przyczynią się do zwiększenia jakości życia mieszkańców regionu, a także ugruntują potencjał metropolitalny stolicy województwa, gdzie znajdują się wszystkie wsparte w ramach tego projektu szpitale.

W okresie 2006-2013 podmioty lecznicze działające na terenie województwa opolskiego były także beneficjentami programów zdrowotnych ogłaszanych przez Ministerstwo Zdrowia:

- Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD
- Psychiatryczna Opieka Zdrowotna
- Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych

Ponadto podmioty lecznicze były także beneficjentami programów ogłaszanych przez:

- Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej
 - Wojewódzki Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Opolu
- oraz beneficjentami funduszy od sponsorów (np. PZU)

Nowymi instrumentami, które umożliwiają Polsce korzystanie z dodatkowych, obok funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności źródeł bezzwrotnej pomocy zagranicznej są: Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweski Mechanizm Finansowy.

6. STAN INFORMATYZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH⁵⁰

Pod nazwą e-zdrowie kryją się wszelkie zastosowania technologii teleinformatycznych w zapobieganiu chorobom, prowadzeniu zdrowego stylu życia, diagnostyce, leczeniu, kontroli, jak też usprawnieniu funkcjonowania opieki zdrowotnej. Nowoczesne technologie teleinformatyczne stwarzają duże możliwości usprawniania obsługi pacjentów. Ich wykorzystanie może być różnorakie, np.⁵¹:

- bezpośrednie — jako podstawa dla telemedycyny, czyli zdalnej opieki medycznej. Mogą to być przykładowo systemy do wspomaganie pacjenta i monitorowania stanu jego zdrowia, parametrów organizmu (ciśnienia krwi, akcji serca itp.) i ewentualnie automatycznego wzywania pomocy w sytuacji zagrożenia życia, konsultacje z lekarzem prowadzącym, w przypadku gdy osobista wizyta nie jest konieczna itd.;
- pośrednie — poprzez usprawnienie organizacji usług medycznych, np. procesu rejestracji i zamawiania wizyt (w gabinecie lub domu), wystawiania recept, przekazywania danych pomiędzy poszczególnymi instytucjami, prowadzenia elektronicznych kartotek pacjentów.

Istnieje wiele podstaw formalno-prawnych i naukowych oraz wytycznych krajowych i unijnych zobowiązujących do podjęcia działań w kierunku upowszechniania stosowania e-usług w ochronie zdrowia. Do najistotniejszych dokumentów należą:

- Wezwanie Komisji Europejskiej (KE) do działań Państw Członkowskich,
- „EUROPA 2020” Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu,
- Krajowy Program Reform na lata 2008-2011 na rzecz realizacji Strategii Lizbońskiej,
- Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013,
- Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011-2015.

W 2004r. Unia Europejska przyjęła specjalny plan działania e-Health, obrazujący jak wykorzystać ICT do poprawienia jakości opieki zdrowotnej (redukcja czasu oczekiwania na usługę, eliminacja błędów) w Europie bez zwiększania kosztów. Celem planu jest stworzenie „Europejskiego Obszaru e-Zdrowie”. W obszarze tym ma powstać system elektronicznych kartotek, identyfikatorów i kart zdrowia pacjentów, sieć informacji łączącej punkty opieki zdrowotnej w celu koordynowania reakcji na zagrożenia dla zdrowia, pakiet usług zdrowotnych on-line, takich jak telekonsultacje oraz wypisywanie recept czy zwrot kosztów drogą elektroniczną.

W celu ułatwienia wdrożenia i precyzyjnego przypisania zadań poszczególnym podmiotom, a jednocześnie zapewnienia koordynacji i kontroli działań, Sejm RP w dniu 25 marca 2011r. przyjął ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia. Ustawa ta ma na celu usprawnienie funkcjonowania całego systemu informacji w ochronie zdrowia.

Głównym celem ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 z późn. zm.) jest przede wszystkim:

- Uporządkowanie istniejącego systemu zbierania, przetwarzania i wykorzystywania informacji w ochronie zdrowia.
- Stworzenie stabilnego systemu informacji w ochronie zdrowia, charakteryzującego się z jednej strony elastycznym podejściem do organizacji systemu zasobów ochrony zdrowia, w tym do modelu finansowania świadczeń ze środków publicznych, z drugiej strony odpornością na zaburzenia w gromadzeniu i archiwizacji danych, spowodowanymi zmianami systemowymi w ochronie zdrowia.

⁵⁰ Opracowanie własne na podstawie m.in. „Kierunki informatyzacji e-Zdrowie Polska na lata 2011-2015, Warszawa 2009”.

⁵¹ „Społeczeństwo informacyjne w Polsce”. Wyniki badań statystycznych z lat 2004-2006, GUS Warszawa 2008.

- Poprawa funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce poprzez zapewnienie kompleksowości, aktualności, niesprzeczności norm, procesów, systemów i zasobów informacyjnych ochrony zdrowia mających wpływ na zachowanie spójności ładu informacyjnego w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb informacyjnych obywateli.
- Optymalizacja nakładów finansowych ponoszonych na informatyzację sektora ochrony zdrowia i rozwój społeczeństwa informacyjnego w obszarze zdrowia wobec uzyskiwanych efektów.
- Utworzenie jasnych i przejrzystych podstaw prawnych dla obecnie funkcjonujących i funkcjonujących w przyszłości rejestrów medycznych.

Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia od dnia 1 sierpnia 2014r. wprowadza obowiązek prowadzenia przez podmioty lecznicze dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

Dostęp do usług e-zdrowia

W ramach badań pn. „Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2008-2012” przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny dokonano analizy i diagnozy rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Polsce.

W 2012r. w ramach pow. opracowania po raz pierwszy przeprowadzono badanie w zakresie korzystania z Internetu w sprawach związanych ze zdrowiem.

Tabela 64. Osoby korzystające z Internetu w sprawach związanych ze zdrowiem w Polsce w 2012r.

Wyszczególnienie	Osoby korzystające z Internetu w ciągu ostatnich 12 m-cy w celu		
	umówienia się na wizytę lekarską	zamówienia produktów związanych ze zdrowiem	wyszukiwania informacji dotyczących zdrowia
	w % ogółu osób danej grupy		
Ogółem	4,3	3,8	31,4
Płeć			
Mężczyźni	3,3	3,5	24,4
Kobiety	5,1	4,1	37,8
Wiek			
16-24 lata	3,2	3,4	36,3
25-34 lata	8,5	7,8	49
35-44 lata	7,2	5,4	43,2
45-54 lata	3,1	3,1	28,4
55-64 lata	1,9	1,6	19,4
65-74 lata	1,2	1,2	8,6
Wykształcenie			
Podstawowe lub gimnazjalne	0,4	0,5	11,8
Średnie	2,8	2,6	27,4
Wyższe	12,3	10,2	61,4
Miejsce zamieszkania			
Duże miasta	9,6	6,6	45,3
Mniejsze miasta	2,4	3,3	31,2
Obszary wiejskie	1,6	1,9	20,4
Regiony			
Polska wschodnia	2,5	2,9	27,9
Polska centralna	5,4	4,2	34,1
Polska zachodnia	3,2	3,7	28,8

Źródło: Opracowanie na podstawie danych z GUS, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2008-2012, Warszawa 2012.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż odsetek osób korzystających z Internetu w celu wyszukania informacji dotyczących zdrowia wynosi 31,4%.

Zdecydowanie rzadziej respondenci wykorzystywali Internet do umawiania się na wizytę lekarską lub zamawiania produktów związanych ze zdrowiem (odpowiednio 4,3% i 3,8%). W sprawach związanych ze zdrowiem z Internetu najczęściej korzystały osoby w wieku 25-34 lata, kobiety oraz osoby z wyższym wykształceniem. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania respondentów największy odsetek osób korzystających z Internetu w sprawach związanych ze zdrowiem występował w dużych miastach. Odsetek osób wyszukujących w sieci informacje dotyczące zdrowia i zamieszkujących duże miasta wyniósł 45,3%, czyli o 24,9 % więcej niż odsetek osób zamieszkujących obszary wiejskie.

Możliwość korzystania przez mieszkańców z rozwiązań e-zdrowia oraz pozyskiwania informacji dostępnych on-line jest uwarunkowana jakością i zakresem infrastruktury dostępu do Internetu tak indywidualnej, jak i publicznej.

Badania wskazują, iż mieszkańcy województwa opolskiego w coraz większym stopniu oczekują, aby jak największa część ich interakcji z podmiotami publicznymi możliwa była za pośrednictwem Internetu.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że dostęp do Internetu w województwie opolskim jest zadowalający, pomijając nieliczne miejscowości, które zostały objęte projektem realizowanym w ramach PO Innowacyjna Gospodarka - Działanie 8.4 Zapewnienie dostępu do Internetu. Badania prowadzone przez Główny Urząd Statystyczny wskazują, iż w 2010 roku około 65% gospodarstw domowych w podregionie południowo-zachodnim⁵² posiadało dostęp do Internetu (w Polsce średnio 63,4%). Do głównych powodów braku dostępu do sieci w domu przez gospodarstwa domowe uznaje się w skali kraju: brak takiej potrzeby (ponad 50%), brak odpowiednich umiejętności (ok. 30%), zbyt wysokie koszty sprzętu (ok. 25%), a także zbyt wysokie koszty dostępu (ok. 20%). Brak technicznych możliwości podłączenia do Internetu deklaruje jedynie około 5% gospodarstw bez dostępu do tej sieci⁵³.

Udostępnianie nowoczesnych publicznych usług e-zdrowia powinno koncentrować się na podnoszeniu ich jakości dzięki wykorzystaniu ICT dla budowy aplikacji telemedycznych, a także systemów informacyjnych — w połączeniu z reorganizacją sektora opieki zdrowotnej. Świadczenie usług e-zdrowia należy postrzegać również jako element sektora biznesu, którego stymulowanie także należy do zadań władz publicznych.

Poziom nasycenia placówek opieki zdrowotnej sprzętem komputerowym oraz niezbędnym oprogramowaniem, a także jakość posiadanych łączy dostępowych do Internetu stanowi istotny czynnik ich zdolności do podejmowania przedsięwzięć e-zdrowia.

Wsparcie projektów informatycznych podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami działającymi w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej możliwe było w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2007-2013 w ramach *Osi 2 Społeczeństwo informacyjne w działaniach*⁵⁴:

- 2.1 „Infrastruktura dla wykorzystania narzędzi ICT” - nabór został przeprowadzony w kwietniu 2010r.
- 2.2 „Moduły informacyjne, platformy e-usług i bazy danych” - nabór został przeprowadzony w listopadzie 2009 r.

⁵² Obejmującym swoim zasięgiem województwo opolskie i dolnośląskie

⁵³ Diagnoza sytuacji społeczno-gospodarczej województwa opolskiego, materiał roboczy dla wypracowania Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020r., UMWO, s. 57

⁵⁴ *Szczegółowy opis osi priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2007-2013*, dokument przyjęty przez Zarząd Województwa Opolskiego Uchwałą nr 1324 /2008 z dnia 3 stycznia 2008 r. z późniejszymi zmianami.

W ramach Osi 2 realizowane były zadania ukierunkowane na budowę nowych oraz modernizację istniejących lokalnych lub regionalnych, bezpiecznych i szerokopasmowych sieci teleinformatycznych lub innych adekwatnych narzędzi, w tym połączeń bezprzewodowych uzupełnionych o sieć informatów. Realizowane były zadania związane z budową podstaw technicznych szeroko pojętych systemów wykorzystujących narzędzia ICT, w tym z tworzeniem systemów bezpiecznego gromadzenia, przechowywania i przetwarzania danych.

W ramach działania 2.1. **Infrastruktura dla wykorzystania narzędzi ICT** Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2007-2013 zostały wybrane do dofinansowania dwa podmioty lecznicze, funkcjonujące w formie SP ZOZ tj.:

1. Szpital Wojewódzki w Opolu
2. Samodzielny Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Opolu

W ramach działania 2.2. **Moduły informacyjne, platformy e- usług i bazy danych** do dofinansowania zostały wybrane projekty 6 podmiotów leczniczych tj.:

1. Samodzielny Publiczny Zespół Szpitali Pulmonologiczno- Reumatologicznych z siedzibą w Kup
2. Szpital Wojewódzki w Opolu
3. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu
4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Głuchołazach
5. Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich
6. Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie

Tabela 65. Środki przeznaczone na realizację sieci informatycznych w zakładach opieki zdrowotnej⁵⁵.

	Całkowita wartość projektu w PLN	Dofinansowanie EFRR w PLN
Działanie 2.1.	60 510 348,18	51 324 987,57
w tym zakłady opieki zdrowotnej	5 909 632,48	4 999 379,24
Działanie 2.2.	60 949 188,69	50 953 117,26
w tym zakłady opieki zdrowotnej	12 636 134,37	10 637 104,62

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z Departamentu Koordynacji Programów Operacyjnych UMWO.

Całkowita wartość projektów złożonych w ramach **działania 2.1** wyniosła ogółem: 60 510 348,18 zł, w tym 5 909 632,48 zł wyniosła wartość projektów podmiotów leczniczych. Dofinansowanie z EFRR dla podmiotów leczniczych z województwa opolskiego wyniosło 4 999 379,24 co stanowi niecałe 10% ogólnej kwoty dofinansowania .

W ramach **działania 2.2** podmioty lecznicze z województwa opolskiego otrzymały dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w kwocie 10 637 104,62 zł, co stanowi prawie 21% ogólnej kwoty dofinansowania (tj. 50 953 117,26 zł) na to działanie.

9 lipca 2013r. Zarząd Województwa Opolskiego jako Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Opolskiego na lata 2007-2013 podjął Uchwałę nr 3873/2013 w sprawie wyboru listy projektów do dofinansowania w ramach II naboru wniosków do działania 2.2 Moduły informacyjne, platformy e-usług i bazy danych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2007-2013.

⁵⁵ Stan na dzień 31.12.2012r.

Dofinansowanie otrzymały podmioty lecznicze tj.:

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii w Opolu im. prof. T. Koszarowskiego w partnerstwie: Szpitala Wojewódzkiego w Opolu oraz Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu;
2. Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi,
3. Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu.

Dzięki środkom z Unii Europejskiej w ramach powyższych projektów podmioty lecznicze z województwa opolskiego stworzyły m.in.:

- dostęp do Internetu i usług z zakresu e-zdrowia,
- rozbudowały istniejący systemy informacji telemedycznej, gromadzenia, przetwarzania i archiwizacji danych w sp zoz,
- zakupiły zestawy komputerowych, utworzyły moduły informacyjne (np. e-Pacjent, e-Kontrahent, Przychodnia).
- modernizacji serwerowni, kompleksowej infrastruktury sieci okablowania strukturalnego oraz dedykowanej instalacji zasilania elektrycznego.

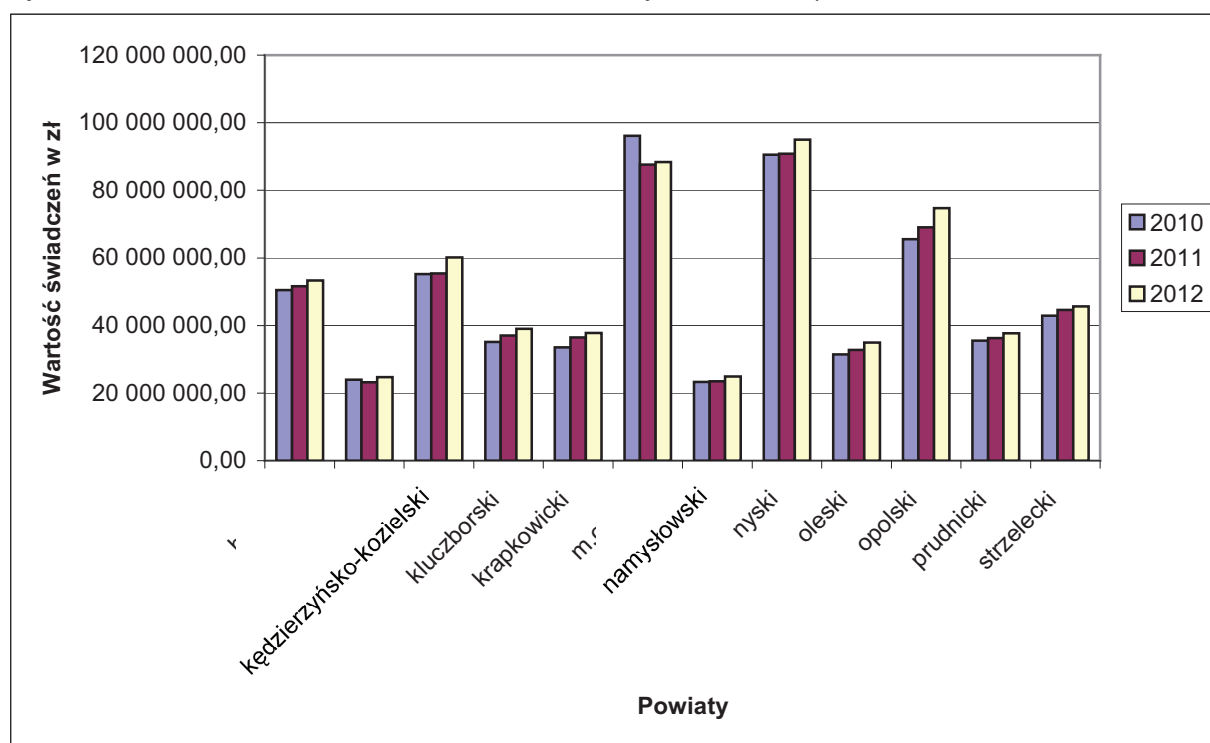
7. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UBEZPIECZONYCH W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM I POZA WOJEWÓDZTWEM OPOLSKIM

Środki finansowe Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przeznaczone na zakup świadczeń zdrowotnych pochodzące głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne stanowiąc będą w latach 2014 – 2020 główne źródło finansowania ochrony zdrowia, a tym samym celów zawartych w Strategii. Należy jednak podkreślić, że środki te nie są wystarczające. Jednocześnie wielkość środków przeznaczonych na poszczególne świadczenia zmienia się z roku na rok. Liczba ubezpieczonych w powiatach na przestrzeni trzech lat maleje co świadczy o zmniejszaniu się liczby ludności w poszczególnych powiatach województwa opolskiego z uwzględnieniem emigracji ludności.

W okresie rozpatrywanych **3 lat** wartość umów na różne świadczenia zdrowotne była zależna od liczby ubezpieczonych zamieszkujących w poszczególnych powiatach.

Zmiany wielkości środków przeznaczanych przez OOW NFZ na zakup świadczeń zdrowotnych w latach 2010 – 2012 na poszczególne powiaty w formie graficznej przedstawiają poniższe wykresy:

Wykres 37. Wartość świadczeń w latach 2010-2012 w rodzaju lecznictwo szpitalne.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Liczba zakontraktowanych świadczeń w rodzaju lecznictwo szpitalne w okresie 2010 – 2012 znacznie wzrosła w poszczególnych powiatach, w 2011 do 2010r. o 0,8%, a w 2012 do 2011 o 5%.

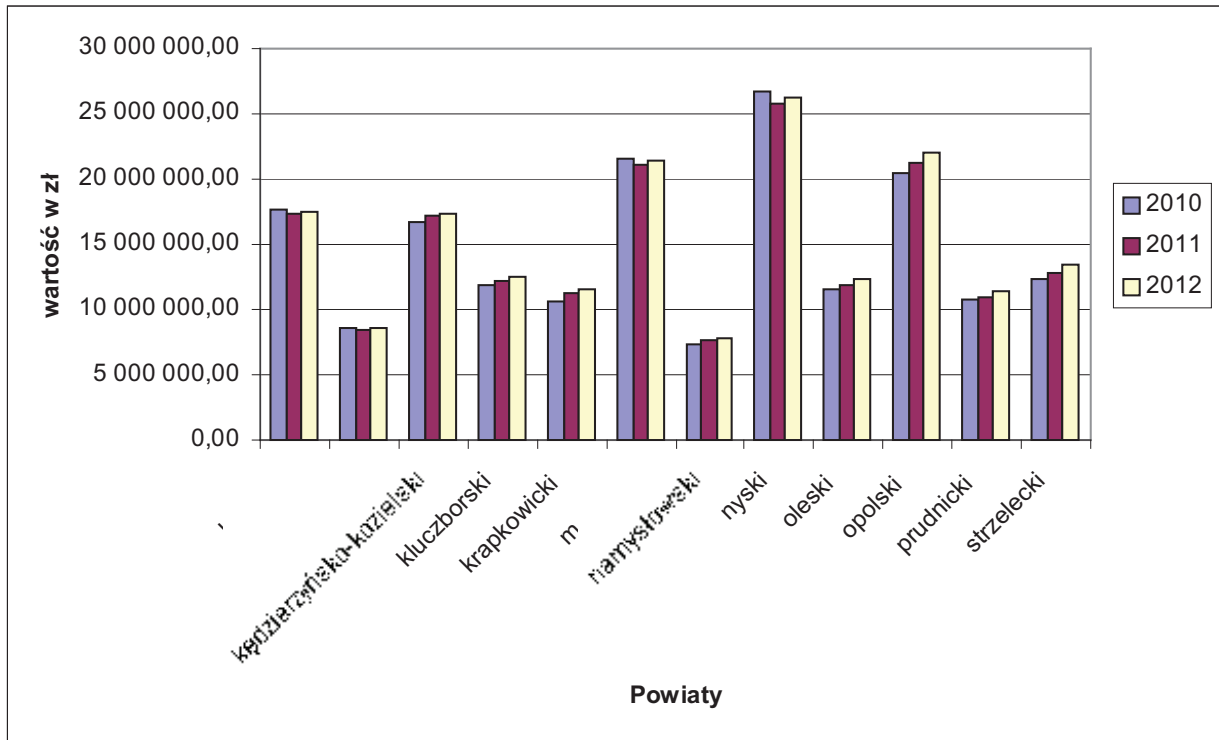
Z wykresu wynika, że jest to głównie zależne od liczby ubezpieczonych. Największa kwota zakontraktowanych umów obejmuje powiat nyski, jest tam największa liczba ubezpieczonych. Wartość na jednego ubezpieczonego w 2012 roku wynosiła 693,56 zł.

Natomiast najwyższa kwota na jednego ubezpieczonego przypadła w 2012 roku w m. Opolu i wynosiła 788,44 zł., mimo zawartych kontraktów o niższej wartości świadczeń.

Największy przyrost procentowy w wartości podpisanych kontraktów w roku 2012 w stosunku do 2011r wyniósł w powiecie opolskim a najmniejszy w m. Opolu.

Średnia kwota potrzebna na świadczenia na 10.000 tys. mieszkańców w województwie opolskim w 2012r. wynosi 6.667.500,00 zł. Odnosząc się do **liczby zawartych umów w rodzaju lecznictwo szpitalne** w podziale na powiaty, należy przede wszystkim zauważyć, iż najliczniejszą kategorię szpitali, z którymi NFZ podpisał umowy, stanowią szpitale publiczne.

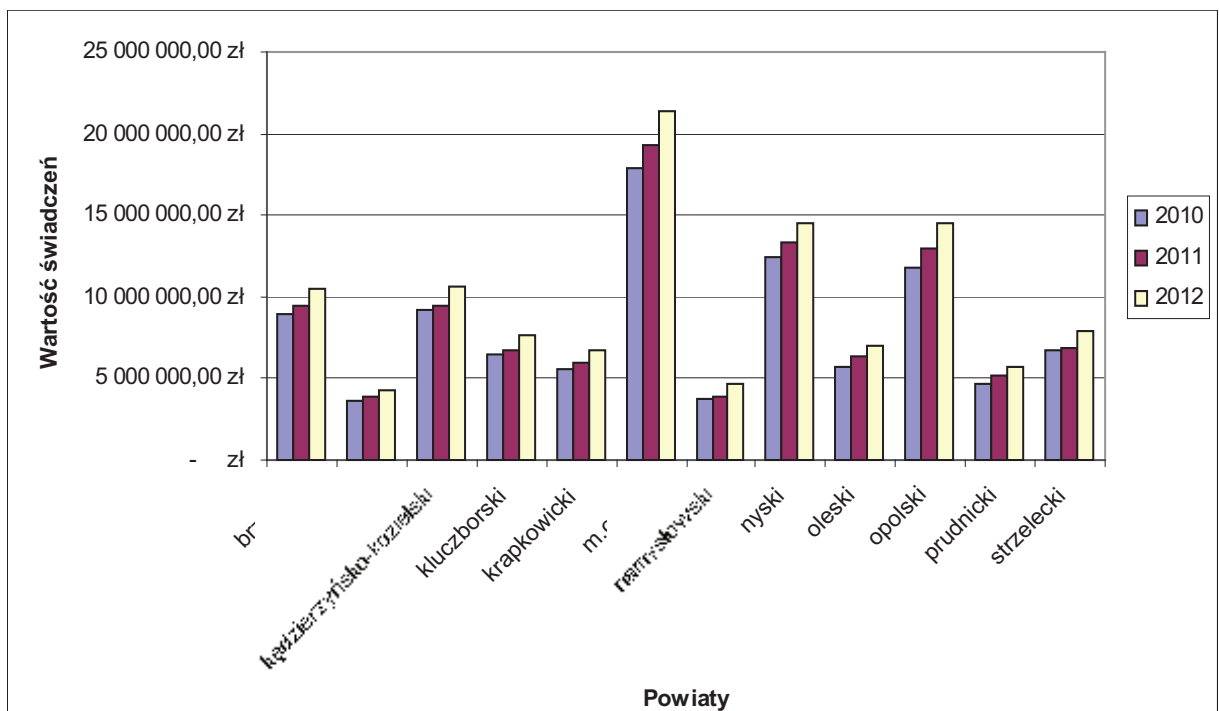
Wykres 38. Wartość świadczeń w latach 2010-2012 – podstawowa opieka zdrowotna



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

OOW NFZ rokrocznie przeznacza wyższe środki finansowe na kontraktowanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o czym świadczą przekazane środki, które w 2012r w stosunku do 2011r wzrosły o 2,3%. Największy wzrost kontraktacji nastąpił w powiecie prudnickim i strzeleckim, natomiast najmniejszy w powiecie brzeskim. W 11 powiatach spadła liczba ubezpieczonych. Tylko w powiecie opolskim zwiększyła się liczba ubezpieczonych co jednocześnie przekłada się na zwiększoną wartość świadczenia na jednego ubezpieczonego.

Wykres 39. Wartość świadczeń w latach 2010-2012 – ambulatoryjna opieka specjalistyczna

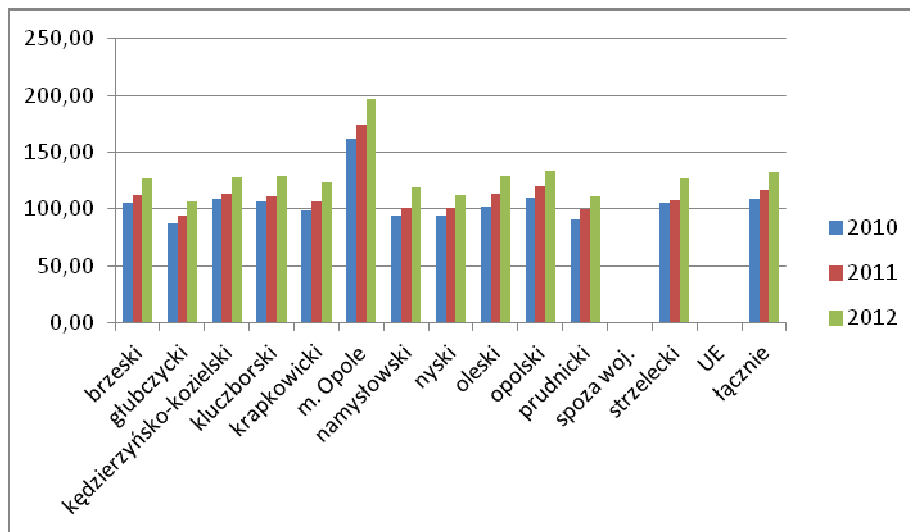


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Największy wzrost kontraktacji na przestrzeni 2010-2012r odnotowano w powiecie namysłowskim 16%. Natomiast najniższy przyrost środków odnotowano w powiecie nyskim 9,5%. Wzrost kontraktacji ma przełożenie na wartość świadczenia na jednego ubezpieczonego w powiecie namysłowskim 17%. W 11 powiatach spadła liczba ubezpieczonych. Wzrost liczby ubezpieczonych nastąpił w powiecie opolskim o 11%. Wzrost świadczeń we wszystkich powiatach województwa opolskiego wzrósł o 11.6%.

Porównując średnią wartość świadczeń AOS na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ pomiędzy rokiem 2012 a 2010 można zauważyć, iż największy % wzrost zarejestrowano w świadczeniach zrealizowanych na rzecz mieszkańców powiatów: oleskiego – 26,70%, namysłowskiego – 25,99%, krapkowickiego – 25,49%, najmniejszy natomiast – powiatu k-kozielskiego – 17,89%, nyskiego - 19,79% oraz strzeleckiego – 20,23%.

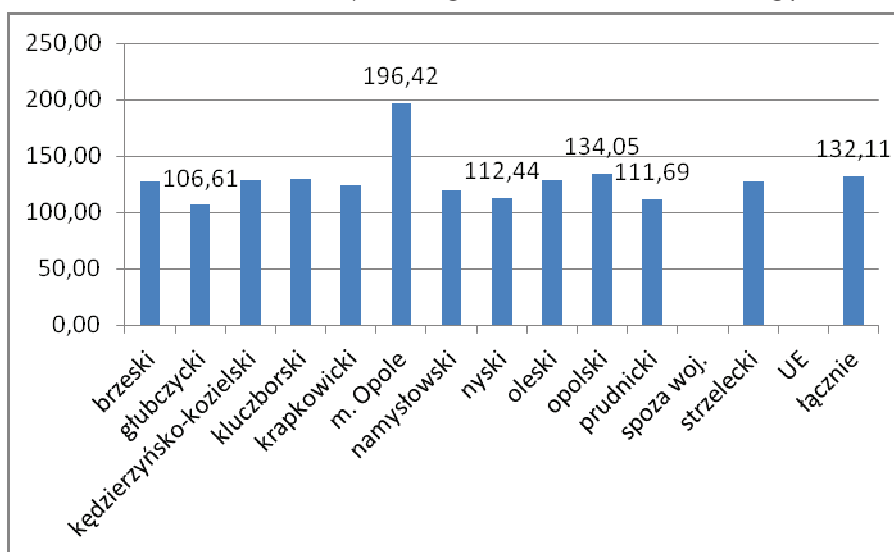
Wykres 40. Wartość świadczeń AOS na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ w latach 2010-2012 wg powiatu zamieszkania.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

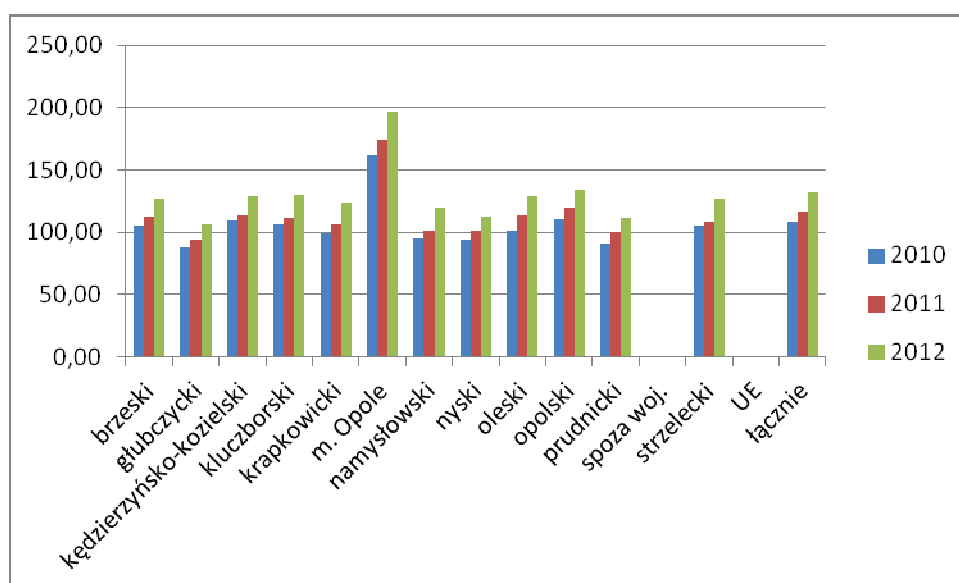
Obserwuje się od lat wyraźną różnicę w średnich wartościach świadczeń AOS realizowanych na rzecz ubezpieczonych miasta Opole, gdzie wartości te przekraczają o około 50% średnią dla całego województwa opolskiego. Zwrócić należy uwagę, iż najniższa wartość świadczeń AOS na 1 ubezpieczonego mieszkańca powiatu występuje w powiatach: głubczyckim (106,61 zł na 1 ubezpieczonego w roku 2012), prudnickim (111,69zł) oraz nyskim (112,44zł).

Wykres 41. Wartość świadczeń AOS na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ w roku 2012 wg powiatu zamieszkania.



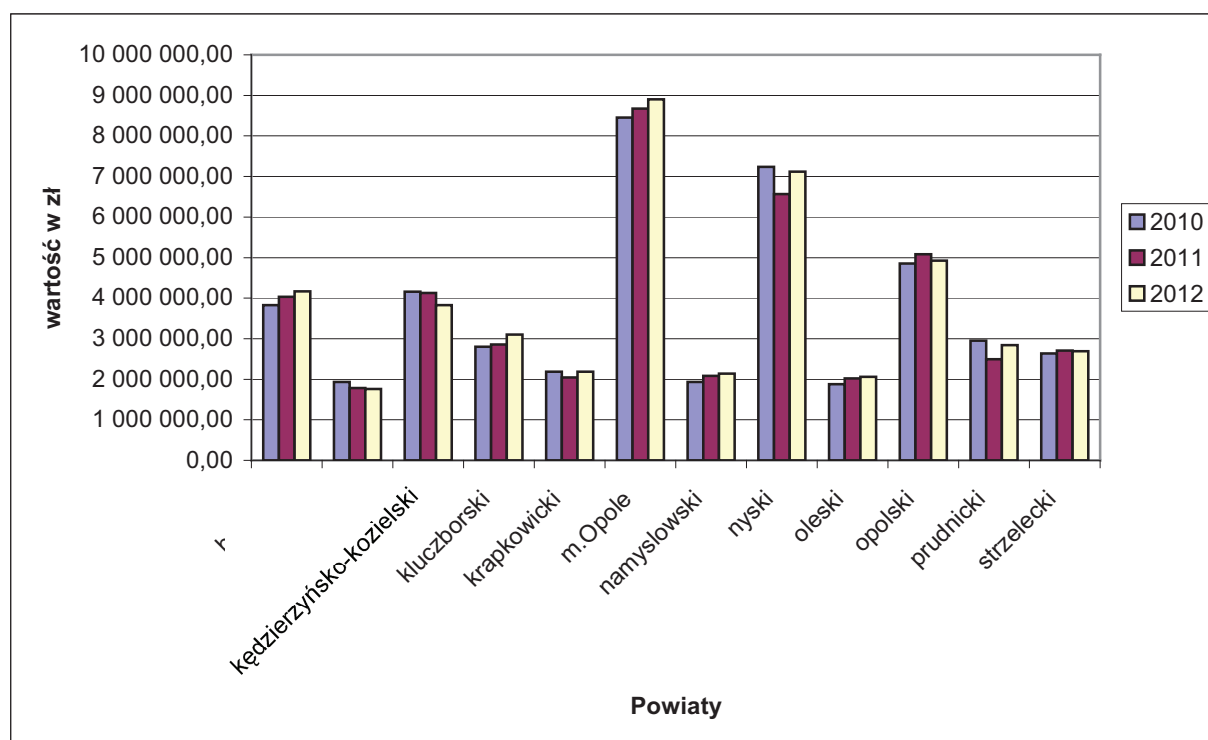
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Wykres 42. Wartość świadczeń AOS na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ w latach 2010-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Wykres 43. Wartość świadczeń w latach 2010-2012 – rehabilitacja lecznicza



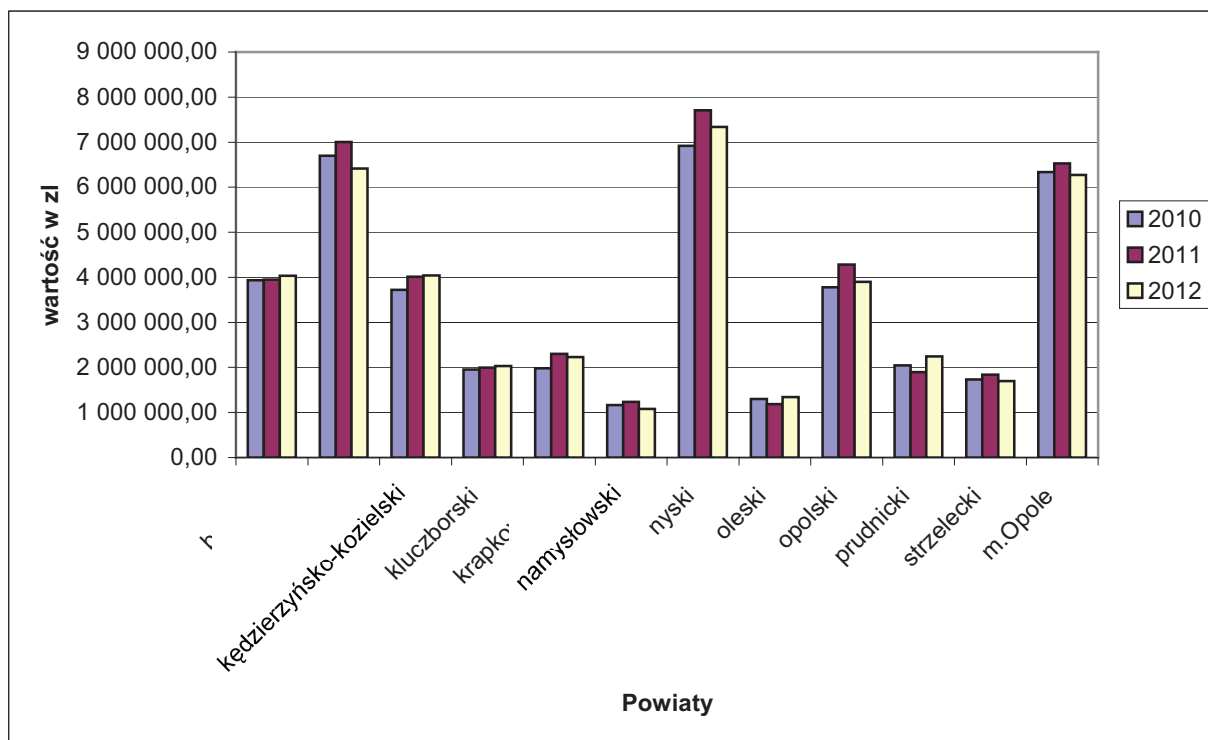
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Rehabilitacja lecznicza w naszym kraju jest niedofinansowana. Lekarze rehabilitanci mają utrudniony dostęp do diagnostyki pacjentów, a na oddziałach rehabilitacji są problemy z zastosowaniem wybranych metod leczenia. Być może to wynik przekonania, że z rehabilitacją ostatecznie można poczekać. Tymczasem skuteczność tej metody zależy właśnie od tego, jak szybko zostanie zapoczątkowana.

Niepokojąca jest również dysproporcja w dostępności do rehabilitacji leczniczej w poszczególnych powiatach województwa opolskiego. Czas oczekiwania na zabiegi różni się znacząco w zależności od obszaru powiatu.

Wartość środków na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej na przełomie roku 2010-2012 wzrosła o 2%. Jednak różnie się to kształtuje biorąc pod uwagę poszczególne powiaty. W powiecie brzeskim, kluczborskim krapkowickim m. Opolu, namysłowskim, nyskim, oleskim, prudnickim wartość świadczeń wzrosła o 8%. W powiecie głubczyckim, kędzierzyńsko-kozielskim, opolskim, strzeleckim wartość świadczeń zmalała o 8%. Wartość świadczenia na 1 ubezpieczonego jest odpowiednikiem wielkości przyznanych kwot na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Wykres 44. Wartość świadczeń w latach 2010-2012 – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Należy zauważyć, iż wartość świadczeń w 2011r w stosunku do 2010r. wzrosła o 3%. Natomiast w roku 2012 w stosunku do 2011r. spadła o 3%.

Wartość świadczeń wzrosła znacząco w powiecie prudnickim o 10%, zmalała w powiecie namysłowskim o 10%.

Liczba ubezpieczonych ogółem na przestrzeni 2010-2012r zmniejszyła się o 3%. W powiecie głubczyckim, krapkowickim, namysłowskim, nyskim, opolskim, strzeleckim, m. Opole wartość świadczeń na jednego ubezpieczonego zmalała o 5%. Natomiast w powiecie brzeskim, kędzierzyńsko-kozielskim, kluczborskim, opolskim, prudnickim zwiększyło się średnio o 8%.

Tabela 66. Średnia wartość świadczeń na 1 ubezpieczonego finansowanych ze środków OOWNFZ w roku 2012 (bez refundacji leków w aptekach).

Powiat zamieszkania	POZ	AOS	PRO	STM	REH	SZP	PSY	OPH	SPO	SOK	PDiT	łącznie
brzeski	196,49	127,05	3,59	44,10	51,26	740,76	54,47	12,84	39,85	27,02	1,39	1 298,82
głubczycki	187,78	106,61	3,83	53,00	45,57	694,15	175,15	4,09	109,42	31,98	1,39	1 412,97
kędzierzyńsko-kozielski	194,39	128,57	3,43	47,22	49,63	835,87	56,17	4,32	29,06	52,49	1,39	1 402,53
kluczborski	200,84	129,53	3,82	48,02	55,04	750,98	44,81	9,86	40,22	33,02	1,39	1 317,52
krapkowicki	204,76	123,88	4,01	44,54	43,90	747,39	42,75	9,56	40,47	45,22	1,39	1 307,87
m. Opole	192,02	196,42	4,89	57,33	85,84	902,31	66,61	19,13	51,73	42,05	1,39	1 619,71
namysłowski	187,28	119,26	3,39	47,04	57,42	731,00	29,04	14,24	38,05	44,89	1,39	1 272,99
nyski	191,44	112,44	3,97	41,37	59,03	806,50	57,94	10,50	53,03	34,96	1,39	1 372,57
oleski	206,32	128,75	3,15	39,57	43,16	730,68	40,82	7,92	39,14	35,68	1,39	1 276,57
opolski	197,67	134,05	3,24	60,08	46,45	741,91	40,51	11,20	42,85	45,31	1,39	1 324,66
prudnicki	213,54	111,69	3,39	47,96	59,85	790,79	46,65	6,39	55,48	42,49	1,39	1 379,61
strzelecki	203,46	127,00	2,95	52,70	47,68	802,73	38,92	4,86	27,99	41,79	1,39	1 351,45
Średnio	197,21	132,11	3,70	48,94	55,38	784,40	56,00	10,20	46,03	39,76	1,39	1 375,12

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

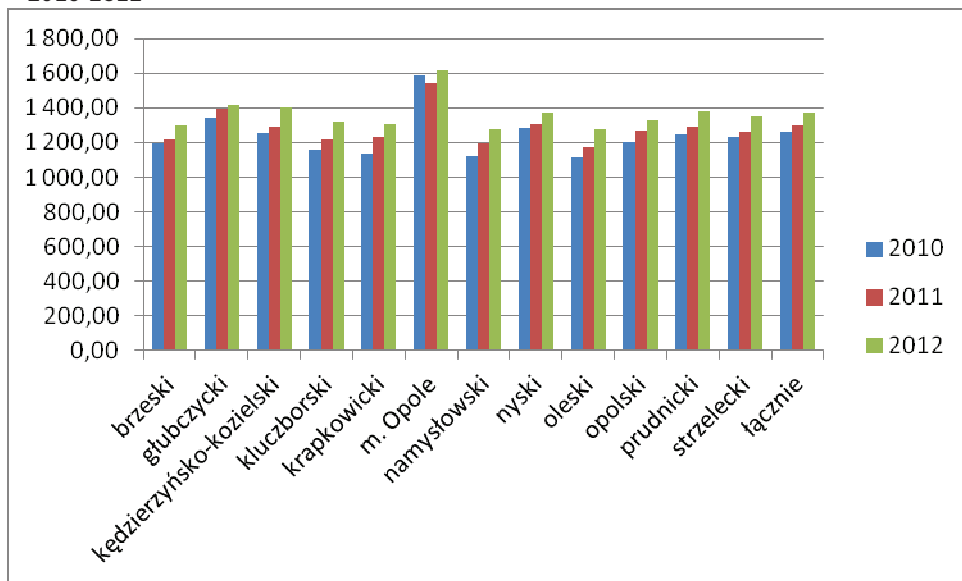
Wartości świadczeń kontraktowanych bez refundacji leków na recepty w aptekach, bez kosztów zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i pomocniczy oraz bez kosztów leczenia uzdrowiskowego zrealizowanych zarówno na terenie woj. opolskiego jak i poza nim (rozliczonych w ramach kosztów rozliczeń migracyjnych) przedstawiają się następująco:

Tabela 67. łączna wartość świadczeń kontraktowanych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych woj. opolskiego ze środków NFZ średnio na 1 ubezpieczonego w latach 2010-2012

łączna średnia wartość świadczeń na 1 ubezpieczonego w powiecie	2010	2011	2012
brzeski	1 195,84	1 216,74	1 298,82
głubczycki	1 345,55	1 395,17	1 412,97
kędzierzyńsko-kozielski	1 250,80	1 293,83	1 402,53
kluczborski	1 161,26	1 214,37	1 317,52
krapkowicki	1 135,90	1 229,27	1 307,87
m. Opole	1 589,86	1 545,29	1 619,71
namysłowski	1 124,57	1 193,83	1 272,99
nyski	1 287,07	1 306,62	1 372,57
oleski	1 114,53	1 174,05	1 276,57
opolski	1 202,30	1 265,74	1 324,66
prudnicki	1 246,09	1 290,09	1 379,61
strzelecki	1 234,15	1 262,19	1 351,45
łącznie	1 262,14	1 296,63	1 375,12

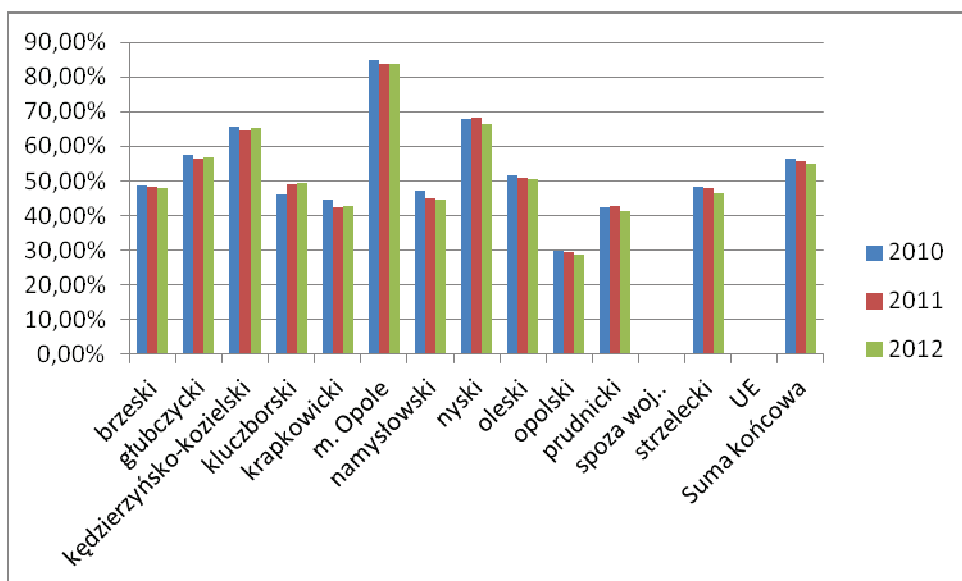
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Wykres 45. łączna wartość świadczeń na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ wg powiatu zamieszkania w latach 2010-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Wykres 46. % wartości świadczeń uzyskanych we własnym powiecie w OOWNFZ w latach 2010-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Tabela 68. łączna wartość świadczeń kontraktowanych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych woj. opolskiego ze środków NFZ średnio na 1 ubezpieczonego w latach 2010-2012 oraz zmiana w latach 2010-2012 wg powiatu zamieszkania.

łączna średnia wartość świadczeń na 1 ubezpieczonego w powiecie	2010	2011	2012	Zmiana średniej wartości wszystkich świadczeń na 1 ubezpieczonego 2012/2010
brzeski	1 195,84	1 216,74	1 298,82	108,61%
głubczycki	1 345,55	1 395,17	1 412,97	105,01%
kędzierzyńsko-kozielski	1 250,80	1 293,83	1 402,53	112,13%
kluczborski	1 161,26	1 214,37	1 317,52	113,46%
krapkowicki	1 135,90	1 229,27	1 307,87	115,14%
m. Opole	1 589,86	1 545,29	1 619,71	101,88%
namysłowski	1 124,57	1 193,83	1 272,99	113,20%
nyski	1 287,07	1 306,62	1 372,57	106,64%
oleski	1 114,53	1 174,05	1 276,57	114,54%
opolski	1 202,30	1 265,74	1 324,66	110,18%
prudnicki	1 246,09	1 290,09	1 379,61	110,71%
strzelecki	1 234,15	1 262,19	1 351,45	109,50%
łącznie	1 262,14	1 296,63	1 375,12	108,95%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

łączna wartość wszystkich świadczeń kontraktowanych, z jakich korzystają ubezpieczeni miasta Opole zdecydowanie przewyższa średnią dla całego regionu o około 18% (1.619,71zł). Najniższe łączne koszty kontraktowanych przez NFZ świadczeń w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego w powiecie w roku 2012 poniesiono na rzecz mieszkańców powiatów: namysłowskiego (1.272,99zł), oleskiego (1.276,57zł) oraz brzeskiego (1.298,82zł).

Obserwując dynamikę wartości łącznej wszystkich kontraktowanych świadczeń na 1 ubezpieczonego wg powiatu zamieszkania w latach 2010-2012 zwraca uwagę, iż w odniesieniu do ubezpieczonych miasta Opole zarejestrowano wzrost o 1,88%, co wobec średniego wzrostu o 8,95% dla całego województwa stanowi ewenement. Największe wzrosty średnich wydatków NFZ na 1 ubezpieczonego zaobserwowano w powiatach: krapkowickim – o 15,14%, oleskim – o 14,54%, kluczborskim – o 13,46% i namysłowskim – o 13,20%.

Tabela 69. Wartości łączne wszystkich świadczeń kontraktowanych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w powiecie w woj. opolskim oraz poza województwem opolskim w latach 2010-2012.

Powiat zamieszkania	2010	2011	2012
brzeski	108 482 600,69	109 992 119,14	115 642 855,27
głubczycki	64 417 061,54	66 086 218,92	65 127 928,86
kędzierzyńsko-kozielski	114 127 846,10	117 477 549,36	125 170 520,87
kluczborski	74 333 323,36	77 348 018,05	81 801 171,42
krapkowicki	66 411 317,29	71 574 032,87	74 265 868,53
m. Opole	182 764 484,36	177 090 397,81	181 552 751,35
namysłowski	47 551 240,77	50 130 320,99	52 894 114,00
nyski	180 381 854,29	181 349 360,69	188 024 917,17
oleski	68 452 253,00	71 596 072,02	76 216 201,61
opolski	132 824 014,28	140 746 522,73	147 776 732,93
prudnicki	68 338 272,99	70 373 152,92	73 729 169,91
strzelecki	83 767 727,97	85 337 827,66	88 921 371,16
Suma końcowa	1 273 540 166,75	1 306 570 775,29	1 366 887 185,43

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Zwraca uwagę zmniejszenie łącznej wartości świadczeń zrealizowanych w roku 2012 na rzecz ubezpieczonych miasta Opole w porównaniu do roku 2010 oraz zmniejszenie wartości świadczeń, z jakich korzystali ubezpieczeni powiatu głubczyckiego w roku 2012 w porównaniu do 2011.

Najwyższy udział % wartości świadczeń realizowanych poza woj. opolskim obserwuje się wśród ubezpieczonych powiatów: głubczyckiego, oleskiego, k-kozielskiego oraz namysłowskiego.

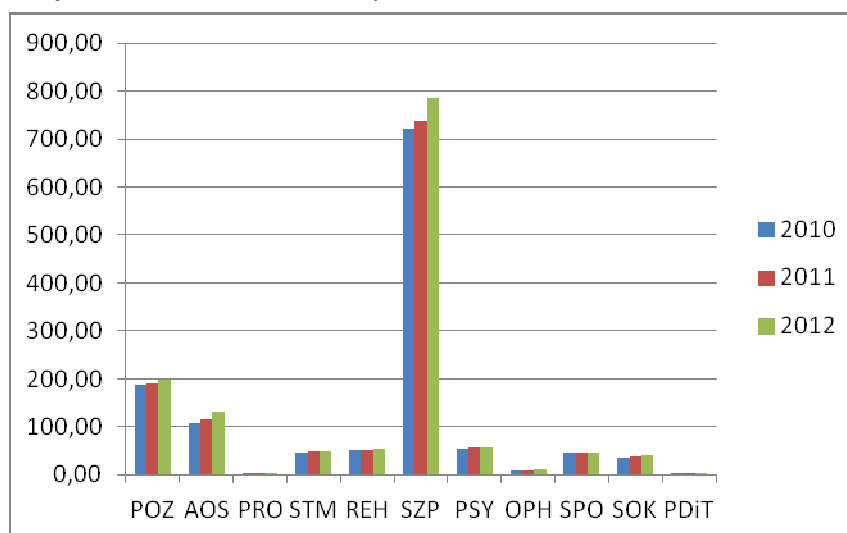
W latach 2010-2012 największe wzrosty wartości świadczeń zdrowotnych realizowanych poza woj. opolskim nastąpiły w grupie ubezpieczonych powiatów k-kozielskiego oraz namysłowskiego.

Tabela 70. Udział % wartości wszystkich świadczeń kontraktowanych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w powiecie poza województwem opolskim w latach 2010-2012.

Powiat zamieszkania	2010	2011	2012
brzeski	12,57%	12,66%	13,64%
głubczycki	15,49%	17,92%	15,95%
kędzierzyńsko-kozielski	12,71%	13,86%	14,22%
kluczborski	11,33%	11,51%	11,81%
krapkowicki	7,33%	8,60%	7,73%
m. Opole	7,88%	8,89%	9,12%
namysłowski	11,59%	13,82%	14,06%
nyski	10,39%	9,92%	10,01%
oleski	15,34%	14,99%	15,45%
opolski	7,44%	7,64%	6,74%
prudnicki	7,27%	8,03%	7,96%
strzelecki	11,69%	10,56%	10,80%
Średnio	9,83%	10,25%	10,20%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Wykres 47. Dynamika zmian średniej wartości świadczeń na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ w latach 2010-2012 wg rodzajów świadczeń kontraktowanych.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Największa dynamika wzrostowa średnich kosztów w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ w roku 2012 w porównaniu do 2010 zaobserwowano w odniesieniu do świadczeń opieki hospicyjnej (OPH), gdzie wzrost wyniósł 35,70% wobec średniego wzrostu 8,95% we wszystkich kontraktowanych zakresach świadczeń (Tabela 72). Zwraca uwagę również duża dynamika średnich wartości świadczeń z zakresu AOS, do której doszło dzięki zmianom w systemie finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (wzrost 2012/2010 o ponad 21%). Na przeciwnym biegunie zmian w kosztach świadczeń na 1 ubezpieczonego znajdują się świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (SPO), gdzie dynamika 2011/2010 była ujemna, natomiast w perspektywie lat 2012/2010 zmiana w wysokości świadczeń tej grupy na 1 ubezpieczonego była najmniejsza. Podobnie zresztą sprawa wygląda z średnią wartością świadczeń realizowanych w ramach programów profilaktycznych.

Tabela 71. Zmiana średniej wartości świadczeń na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ w latach 2010-2012 wg rodzajów kontraktowanych świadczeń.

Zakres świadczeń	Zmiana średniej wartości na 1 ubezpieczonego 2011/2010	Zmiana średniej wartości na 1 ubezpieczonego 2012/2010
POZ	101,21%	105,40%
AOS	107,20%	121,52%
PRO	98,62%	103,49%
STM	104,81%	107,76%
REH	100,19%	105,01%
SZP	102,25%	108,81%
PSY	106,03%	105,81%
OPH	113,73%	135,70%
SPO	99,53%	101,96%
SOK	105,22%	107,98%
PDiT	100,44%	108,64%
łącznie świadczenia kontraktowane	102,73%	108,95%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 72. Wartość świadczeń szpitalnych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych powiatów woj. opolskiego w latach 2010-2012 zapłaconych ze środków NFZ (w woj. opolskim oraz poza woj. opolskim)

Powiat zamieszkania	2010	2011	2012
brzeski	60 750 723,02	62 547 246,30	65 955 232,84
głubczycki	30 825 048,70	31 786 204,55	31 995 525,91
kędzierzyńsko-kozielski	66 990 568,05	68 428 338,49	74 598 455,58
kluczborski	41 751 861,25	44 206 914,29	46 626 137,97
krakowicki	37 581 483,63	41 478 773,13	42 439 530,28
m. Opole	107 061 722,39	99 581 866,45	101 140 225,85
namysłowski	27 131 045,29	28 725 788,16	30 373 830,09
nyski	105 978 299,78	105 558 050,68	110 480 680,71
oleski	39 444 588,82	40 686 208,74	43 624 319,98
opolski	73 580 385,04	78 036 572,46	82 766 384,31
prudnicki	39 267 574,08	40 717 713,33	42 261 520,39
strzelecki	50 397 771,90	51 301 045,43	52 817 122,94
łącznie	722 629 375,71	738 454 801,53	775 611 285,36

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Największa dynamika wzrostu wartości świadczeń szpitalnych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych poszczególnych powiatów w latach 2010-2012 zaobserwowano w grupie ubezpieczonych powiatów: krakowickiego (12,93%), opolskiego (12,48%), kluczborskiego (11,67%) oraz k-kozielskiego (11,36%). Wartość świadczeń szpitalnych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych miasta Opole spadła w tym samym czasie o ponad 5%.

Tabela 73. Wartość świadczeń szpitalnych (SZP) zrealizowanych w roku 2012 na rzecz ubezpieczonych OOWNFZ wg powiatu zamieszkania oraz udział % wartości świadczeń tej grupy zrealizowanych poza woj. opolskim.

Etykiety wierszy	w woj. opolskim	poza woj. opolskim	udział % poza woj. oplskim
brzeski	53 307 342,21	12 647 890,63	19,18%
głubczycki	24 723 496,58	7 272 029,33	22,73%
kędzierzyńsko-kozielski	60 123 272,13	14 475 183,45	19,40%
kluczborski	39 020 780,15	7 605 357,82	16,31%
krapkowicki	37 745 236,81	4 694 293,47	11,06%
m. Opole	88 376 266,37	12 763 959,48	12,62%
namysłowski	24 941 021,55	5 432 808,54	17,89%
nyski	95 008 178,57	15 472 502,14	14,00%
oleski	34 982 011,57	8 642 308,41	19,81%
opolski	74 736 882,33	8 029 501,98	9,70%
prudnicki	37 713 715,08	4 547 805,31	10,76%
strzelecki	45 647 305,82	7 169 817,12	13,57%
Suma końcowa	666 857 827,68	108 753 457,68	14,02%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Poza woj. opolskim najwyższy udział % w wartości świadczeń szpitalnych, z jakich w 2012r korzystali ubezpieczeni woj. opolskiego zanotowano w grupie pacjentów powiatów: głubczyckiego (22,73%), oleskiego (19,81%), k-kozielskiego (19,40%) oraz brzeskiego (19,18%). Najniższy udział % wartości świadczeń szpitalnych, z jakich korzystali ubezpieczeni woj. opolskiego zarejestrowano wśród pacjentów powiatów: opolskiego (9,70%), prudnickiego (10,76%) oraz krapkowickiego (11,06%).

W szpitalach woj. opolskiego na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ zrealizowano świadczenia za łączną kwotę 43.647.305 zł (wzrost o ok.12,5% w porównaniu do roku 2011) oraz na rzecz ubezpieczonych z innych krajów UE – na kwotę 6.656.208 zł.

7.1 KOLEJKI – CZAS OCZEKIWANIA NA ŚWIADCZENIA ORAZ LICZBA OCZEKUJĄCYCH

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna - Czas oczekiwania (stan na 03/2013)

Poradnia Alergologiczna

Najdłuższy czas oczekiwania na wizytę w poradni wynosi 117 dni w Nysie i największa ilość oczekujących pacjentów 340, następnie 106 dni w Brzegu przy 109 pacjentach oczekujących, 104 dni w Prudniku przy oczekującej liczbie pacjentów 190, natomiast 99 dni to czas oczekiwania w Opolu ul. Waryńskiego przy 263 pacjentach a w przychodni Opole ul. Witosa czas oczekiwania wynosi 97 dni przy liczbie oczekujących 96.

Poradnia Alergologiczna dla dzieci

Najdłuższy czas oczekiwania na wizytę 30 dni w Opolu ul. Ozimska przy oczekujących 450 pacjentach, a 25 dni oczekuje się na wizytę w K-Koźlu przy liczbie oczekujących 7 pacjentów.

Poradnia Urazowo-Ortopedyczna

Najdłuższy czas oczekiwania na wizytę 109 dni jest w Opolu ul. Katowicka przy liczbie oczekujących 206, następnie 81 dni oczekiwania na wizytę jest w Opolu ul. Witosa przy liczbie oczekujących 113. Natomiast 79 dni na wizytę czeka pacjent w Ozimku a liczba oczekujących to 198 osób.

Poradnia Chorób Zakaźnych

Najdłuższy czas oczekiwania na wizytę 84 dni jest w Opolu przy liczbie oczekujących 281 osób, natomiast w Nysie czas oczekiwania wynosi 45 dni przy liczbie oczekujących 28 pacjentów.

Poradnia Endokrynologiczna

Najdłuższy czas oczekiwania to 382 dni w Nysie przy liczbie oczekujących 407 pacjentów , następnie 341 dni czekają pacjenci z K-Koźła i jest ich 334 osoby. W dalszej kolejności są Krapkowice przy 276 dniach oczekiwania i ilości 65 pacjentów a potem Opole ul. Witosa z 221 dniami oczekiwania przy 123 osobach. W przychodni Opole ul. Piłsudskiego czas oczekiwania wynosi 209 dni przy liczbie oczekujących 158 osób.

Poradnia Endokrynologiczna dla Dzieci

Najdłużej 65 dni oczekują dzieci w Opolu ul. Pużaka przy liczbie oczekujących dzieci 437 a potem czas oczekiwania 47 dni w Opolu ul. Ozimska przy 348 pacjentach oczekujących.

Poradnia Gastroenterologiczna

Najdłuższy czas oczekiwania 126 dni jest w Opolu ul. Witosa przy liczbie oczekujących 94 , następnie 84 dni oczekiwania ma Nysa przy 117 osobach oczekujących. 79 dni oczekiwania w K-Koźlu przy liczbie oczekujących 7 osób. W Kluczborku czas oczekiwania wynosi 59 dni a liczba oczekujących to 134 osoby a w Ozimku czas oczekiwania 57 dni przy 154 osobach.

Poradnia Gastroenterologiczna dla Dzieci

Najdłużej 154 dni oczekują dzieci /360/w Opolu ul.Ozimska.

Poradnia Ginekologiczno-Położnicza

Najdłużej 150 dni oczekuje się na wizytę w K-Koźlu ul. Mostowa a liczba oczekujących wynosi 72 osoby natomiast 92 dni oczekują pacjentki w Kluczborku ul. Podwale i jest ich aż 543 osoby równie trudna sytuacja jest w Gogolinie 64 dni oczekiwania i kolejka 269 pacjentek.

Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc

Najdłuższy czas oczekiwania 155 dni jest w K-Koźlu ul. Judyma a liczba oczekujących 179 osób. Najwięcej osób oczekujących na wizytę 479 jest w Opolu ul. Katowicka a czas oczekiwania 74 dni.

Poradnia Kardiologiczna

Najdłuższy czas oczekiwania 362 dni jest w K-Koźlu ul. Roosvelta a liczba oczekujących 689 osób, 237 dni oczekują pacjenci w Opolu ul. Witosa a jest ich 193 osoby. W Brzegu pacjenci w liczbie 112 osób oczekują 223 dni. W K-Koźlu na wizytę czekamy 194 dni a liczba oczekujących wynosi 210 osób. Podobna sytuacja jest w Głubczycach 184 dni.

Poradnia Kardiologiczna dla Dzieci

Najdłużej na wizytę oczekują dzieci 90 dni w Opolu ul. Ozimska i zarejestrowanych jest 1701.

Poradnia Neurologiczna

Najdłuższy czas oczekiwania 213 dni jest w Kluczborku ul. Wyspiańskiego liczba oczekujących 155 osób a w Ozimku przy 140 dniach oczekiwania na wizytę zarejestrowano 130 osób. Najwięcej zarejestrowanych pacjentów 775 jest w Opolu ul. Wodociągowa a czas oczekiwania wynosi 63 dni.

Poradnie Neurologiczna dla Dzieci

Najdłużej 124 dni czekają dzieci w Opolu ul. Ozimska i jest ich 181, a w Opolu ul. Wodociągowa czas oczekiwania wynosi 57 i 318 dzieci oczekuje na wizytę.

Poradnia Okulistyczna

Najdłuższy czas oczekiwania 173 dni w K-Koźlu ul. Reja ilość oczekujących pacjentów to 173 osoby, następnie 144 dni oczekiwania jest w Zdzeszowicach przy 79 osobach oczekujących oraz 106 dni oczekujemy na wizytę w K-Koźlu ul.24 Kwietnia przy 51 osobach oczekujących. Najwięcej osób 1976 jest w Opolu ul. Krakowska przy 90 dniach oczekiwania na wizytę i 711 pacjentów oczekuje w Strzelcach Opolskich gdzie czas oczekiwania to 71 dni.

Poradnia Okulistyczna dla Dzieci

Najwięcej 2084 dzieci oczekuje na wizytę w Opolu ul. Krakowska a czas oczekiwania 120 dni.

Poradnia Reumatologiczna

Najdłuższy czas 129 dni jest w K-Koźlu ul. Szkolna a osób oczekujących jest 89 natomiast w Brzegu ul. Herberta czas oczekiwania to 65 dni ale pacjentów oczekujących jest aż 645.

Pracownia Endoskopii

Najdłuższy czas 109 dni jest w K-Koźlu ul. Roosevelta a osób oczekujących jest 451, a w Opolu ul. Witosa czas oczekiwania to 83 dni przy 392 pacjentach. Najwięcej osób 738 jest w Ozimku ul. Częstochowska a czas oczekiwania wynosi 67 dni.

UWAGA:

Należy wziąć pod uwagę, że przekazywane przez świadczeniodawców informacje na temat liczby pacjentów oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania są w wielu przypadkach niezgodne ze stanem faktycznym. W wyniku przeprowadzanych analiz przez OOW NFZ stwierdza się, że przekazane raporty zawierają informację o dużej kolejce przy jednoczesnym wykonaniu kontraktu poniżej limitu. W składanych wyjaśnieniach Świadczeniodawcy informują o częstych sytuacjach zapisywania się pacjentów do kolejki i niestawienia się na wyznaczaną wizytę.

Rehabilitacja lecznicza (REH) – czas oczekiwania (stan na 03/2013)

- 451 dni – 1701 oczekujących – Oddział Reumatologiczny SP ZS Pulmonologiczno-Reumatologicznych w Kup, szpital w Pokoju
- 429 dni - 166 oczekujących - Oddział rehabilitacji neurologicznej EMC Instytut Medycyny S.A., Szpital Św. Rocha w Ozimku
- 414 dni - 168 oczekujących - Oddział rehabilitacyjny EMC Instytut Medycyny S.A., Szpital Św. Rocha w Ozimku
- 383 dni - 249 oczekujących - Oddział rehabilitacji neurologicznej, OCR w Korfantowie

PORADNIE

- 107 dni – 493 oczekujących – Poradnia rehabilitacyjna, NZOZ Rehabilitacja Medyczna w Opolu
- 94 dni – 2 oczekująca – Poradnia rehabilitacyjna, Medicus w Opolu
- 86 dni – 1 osoba oczekująca – Poradnia rehabilitacja Novum Zdrowie Centrum Rehabilitacji
- 60 dni – 334 oczekujących – Poradnia rehabilitacji narządu Ruchu, OCR w Korfantowie

Jeżeli chodzi o rehabilitację leczniczą (REH) to według danych na dzień 30.04.2013r. najdłużej, bo 451 dni wynosi średni czas oczekiwania na przyjęcie na Oddziale Reumatologicznym Samodzielnym Publicznym Zespole Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych w Kup. Tam też lista oczekujących jest najdłuższa i wynosi 1701 osób.

Średnio 429 dni czeka około 166 osób oczekujących na Oddziale rehabilitacji neurologicznej EMC Instytutu Medycyny S.A., Szpital Św. Rocha w Ozimku.

Tylko średnio 15 dni krócej (414) oczekuje się na przyjęcie na Oddział rehabilitacyjny tego samego szpitala.

Około roku (383 dni) 249 osób oczekujących czeka na Oddział rehabilitacji neurologicznej, Opolskiego Centrum Rehabilitacji w Korfantowie.

Tabela 74. Procedury medyczne - czas oczekiwania (stan na 03/2013)

PODMIOT LECZNICZY	Endoprotezoplastyka Stawu Biodrowego		Endoprotezoplastyka Stawu Kolanowego		Koronarografia		Świadczenia Rezonansu Magnetycznego		Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	
	Ilość oczekujących pacjentów	Czas oczekiwania w dniach	Ilość oczekujących pacjentów	Czas oczekiwania w dniach	Ilość oczekujących pacjentów	Czas oczekiwania w dniach	Ilość oczekujących pacjentów	Czas oczekiwania w dniach	Ilość oczekujących pacjentów	Czas oczekiwania w dniach
OCR Korfantów	1159	1533	1172	1550	x	x	x	x	x	x
WCM Opole	358	839	368	1048	50	13	394	39	3974	885
Szpital Wojewódzki	726	1081	611	856	x	x	x	x	x	x
BCM Brzeg	56	251	x	x	x	x	x	x	x	x
SPZOZ Kędzierzyn-koźle	117	505	x	x	x	x	x	x	4486	750
ZOZ Nysa	126	583	123	540	x	x	x	x	2689	627
SPZOZ MSW Opole	256	407	133	495	x	x	x	x	x	x
Nyskie Centrum Kardiologii Polsko Amerykańskich Klinik Serca	x	x	x	x	6	12	x	x	x	x
Polska Grupa Medyczna Sp. z o.o. NZOZ Polskiej Grupy Medycznej im. Polonii Świata Kluczbork	x	x	x	x	20	83	x	x	x	x
Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca IV Oddział Kardiol. Inwaz., Elektrostymulacji i Angiologii K-Koźle	x	x	x	x	80	123	x	x	x	x
Helimed Diagnostic Imaging Sp.z o.o. K-Koźle	x	x	x	x	x	x	1063	81	x	x
Helimed Diagnostic Imaging Sp.Z O.O. Opole	x	x	x	x	x	x	1813	74	x	x
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Tk-Medyk Opole	x	x	x	x	x	x	136	8	x	x
Nzoz Radomed - Centrum Diagnostyczne Sp.z o.o. Nysa	x	x	x	x	x	x	brak oczekujących	44	x	x
Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	x	x	x	x	x	x	x	x	923	277

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Kolejki na ww. procedury medyczne ilustruje tabela powyżej i tak:

Na endoprotezoplastykę stawu biodrowego czeka się najdłużej - 1533 dni w OCR w Korfantowie, oczekujących 1159 osób, w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu czas oczekiwania wynosi 1081 dni, w WCM w Opolu 839 dni.

Na endoprotezoplastykę stawu kolanowego okres oczekiwania w OCR w Korfantowie podobnie 1550 dni, oczekujących 1172 osoby, w WCM w Opolu czas oczekiwania wynosi 1048 dni.

Na koronarografię najdłużej oczekuje się w K-Koźlu, osób oczekujących jest 80.

Na Rezonans magnetyczny czeka się najdłużej w K-Koźlu – 80 dni, osób oczekujących – 1063. W Helimed Diagnostic Imaging Sp. z o.o. w Opolu czeka się 74 dni, osób oczekujących 1813.

Na zabieg w zakresie soczewki (zaćma) najdłużej czeka się w WCM w Opolu – 885 dni, osób oczekujących 3974, w K-Koźlu czeka się na zabieg 750 dni a osób oczekujących jest 4486.

Leczenie szpitalne (SZP) – czas oczekiwania (stan na 03/2013)

Informacje ogólne

- 363 dni – 407 oczekujących – Oddział Reumatologiczny ZOZ Nysa
- 238 dni – 40 oczekujących – Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej OCR Korfantów
- 217 dni – 182 oczekujących - Oddział Okulistyczny ZOZ Nysa
- 196 dni – 142 oczekujących - Oddział Okulistyczny SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle
- 171 dni – brak oczekujących – Oddział Chirurgiczny Ogólny ZOZ Nysa

Jeżeli chodzi o leczenie szpitalne (SZP) to według danych na dzień 30.04.2013r. najdłużej, bo około roku (363 dni) wynosi średni czas oczekiwania na przyjęcie na Oddziale Reumatologicznym w ZOZ Nysa. Tam też lista oczekujących jest najdłuższa i wynosi 407 osób. Średnio 238 dni czeka 40 osób oczekujących na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej OCR Korfantów. Tylko średnio 21 dni krócej (217) oczekuje się na przyjęcie na Oddział Okulistyczny ZOZ Nysa przy 182 oczekujących. Podobna sytuacja jest na Oddziale Okulistycznych SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu, gdzie 142 osoby oczekuje średnio 196 dni. W ZOZ Nysa średnio 171 dni czeka się także na wizytę na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym.

Na 278 jednostek zajmujących się leczeniem szpitalnym w województwie opolskim 137 średni czas oczekiwania wynosi 1 lub więcej dni, a w 141 podmiotach kolejki nie występują.

Oddział chirurgiczny dla dzieci

Na oddziale chirurgicznym dla dzieci Publicznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu oczekuje łącznie 322 osoby, z czego 3 osoby są zaklasyfikowane jako przypadek pilny, a średni czas oczekiwania wynosi 61,5 dnia. Przypadki pilne przyjmuje się około 3 razy szybciej niż przypadki stabilne. Nie występują oddziały chirurgiczne dla dzieci gdzie nie ma osób oczekujących.

Oddział chirurgiczny ogólny

Na oddziałach chirurgicznych ogólnych najdłużej oczekuje się w ZOZ Nysa (171) i SP ZOZ Kędzierzyn - Koźle (127) średni czas oczekiwania wynosi 171 dni.

Oddział chirurgii onkologicznej

Na oddziale chirurgii onkologicznej działającym przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej - Opolskie Centrum Onkologii Im. Prof. T. Koszarowskiego średni czas oczekiwania wynosi 30 dni.

Oddział chirurgii szczękowo-twarzowej

Na oddziale chirurgii szczękowo-twarzowej działającym przy Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu średni czas oczekiwania wynosi 38 dni.

Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej

W województwie opolskim na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej najdłużej bo 238 dni 40 osób oczekuje w Opolskim Centrum Rehabilitacji w Korfantowie. Jeżeli chodzi o przypadki stabilne to średni czas oczekiwania wynosi 166 dni, jednakże liczba oczekujących przekracza 1 tys. (1078). Powyżej 100 dni oczekują się także w SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle oraz w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu.

Oddział chorób wewnętrznych

Na oddziale chorób wewnętrznych najdłuższy średni czas oczekiwania jest w Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu i wynosi 110 dni przy 20 oczekujących. Około miesiąca (31 dni) wynosi średni czas oczekiwania w 116 Szpitalu Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej przy 93 osobach oczekujących. W Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu także jeżeli chodzi o przypadki pilne to średni czas oczekiwania wynosi 29 dni.

Oddział dermatologiczny

Na oddziałach dermatologicznych średni czas oczekiwania nie przekracza 15 dni dla przypadków stabilnych oraz 2 dni dla przypadków pilnych w Szpitalu Wojewódzkim przy 37 osobach oczekujących oraz 10 dni dla przypadków stabilnych oraz 3 dni dla przypadków pilnych w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu przy 8 osobach oczekujących.

Oddziałach geriatryczny

Na oddziałach geriatrycznych średni czas oczekiwania nie przekracza 62 dni dla przypadków stabilnych oraz 5 dni dla przypadków pilnych w Samodzielnym Publicznym Zespole Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych w Kup przy 126 osobach oczekujących oraz 13 dni dla przypadków stabilnych oraz 1 dzień dla przypadków pilnych w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu przy 3 osobach oczekujących.

Oddział ginekologiczny

Na oddziałach ginekologicznych oraz ginekologiczno-położniczych najdłuższy czas oczekiwania występuje w Krapkowskie Centrum Zdrowia i wynosi 61 dni przy 62 osobach w stanie stabilnym. W Samodzielnym Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej Nad Matką i Dzieckiem na oddziale ginekologicznym czas oczekiwania wynosi 50 dni przy 188 osobach dla przypadków stabilnych. Na oddziale ginekologiczno-położniczym Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu średni czas oczekiwania wynosi 46 dni przy 72 osobach oczekujących (przypadki stabilne). Na innych oddziałach gdzie występują kolejki, średni czas oczekiwania wynosi poniżej 40 dni.

Oddział gruźlicy i chorób płuc

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Głucholazach na oddziale gruźlicy i chorób płuc średni czas oczekiwania wynosi 37 dni przy 84 osobach oczekujących w stanie stabilnym oraz 17 dni dla osób w stanie pilnym.

Oddział hematologiczny

W Szpitalu Wojewódzkim na oddziale hematologicznym średni czas oczekiwania wynosi 21 dni przy 56 osobach oczekujących w stanie stabilnym.

Oddział kardiochirurgiczny

W Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu na oddziale kardiochirurgicznym średni czas oczekiwania wynosi 41 dni przy 40 osobach oczekujących w stanie stabilnym.

Oddział kardiologiczny

Na oddziałach kardiologicznych najdłuższy czas oczekiwania występuje w Kluczborku: Polska Grupa Medyczna Sp. z o.o. NZOZ Polskiej Grupy Medycznej im. Polonii Świata. Średni czas oczekiwania wynosi 162 dni przy 18 osobach oczekujących. Kolejki występują także w:

- Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca IV Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Elektrostymulacji i Angiologii w Kędzierzynie-Koźlu (przypadki pilne i stabilne)
- Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu (przypadki stabilne)

Oddział nefrologiczny

W Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu na oddziale nefrologicznym średni czas oczekiwania wynosi 18 dni przy 8 osobach oczekujących w stanie stabilnym. Nie występują osoby oczekujące w stanie pilnym.

Oddział neurochirurgiczny

W Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu na oddziale neurochirurgicznym średni czas oczekiwania wynosi 148 dni przy 832 osobach oczekujących w stanie stabilnym. Średnia oczekiwania osób w stanie pilnym wynosi 68 dni przy 13 osobach oczekujących.

Oddział neurologiczny

Wśród oddziałów neurologicznych tylko w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Głubczycach występuje kolejka – średni czas oczekiwania wynosi 4 dni. Na oddziale neurologicznym dla dzieci w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym im. Św. Jadwigi nie występują kolejki.

Oddział okulistyczny

Na oddziałach okulistycznych najdłuższy czas oczekiwania występuje w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nysie i wynosi 217 dni przy 182 osobach oczekujących. Niewiele lepiej jest w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu – średni czas oczekiwania wynosi 196 dni przy 142 osobach oczekujących w stanie stabilnym, a 45 dni dla przypadków pilnych.

Oddział onkologiczny

Na oddziale onkologicznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Opolskie Centrum Onkologii Im. Prof. T. Koszarowskiego średni czas oczekiwania nie przekracza trzech tygodni (21 dni)

Oddział otolaryngologiczny

Na oddziałach otolaryngologicznych najdłuższy średni czas oczekiwania wynosi 120 dni i występuje w Powiatowym Centrum Zdrowia S.A. NZOZ Szpitala Powiatowego w Kluczborku. Ponad 100 dni średniego czasu oczekiwania występuje także w: Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu (109 dni) oraz w Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu (100 dni).

Oddział pediatryczny

Na oddziałach pediatrycznych kolejki występują: w Brzeskim Centrum Medycznym średni czas oczekiwania wynosi 12 dni; w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu wynosi 8 dni; w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nysie wynosi 4 dni.

Oddział pulmonologii oraz Oddział pulmonologii dla dzieci

Na oddziałach pulmonologii najdłuższy średni czas oczekiwania występuje w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Głuchołazach i wynosi 38 dni. Jeżeli chodzi o oddział pulmonologii dla dzieci występujący w Samodzielnym Publicznym Zespole Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych w Kup to średni czas oczekiwania wynosi 54 dni.

Oddział reumatologiczny

Jak wcześniej wspomniano, najdłuższy średni czas oczekiwania na oddziałach reumatologicznych występuje w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nysie (oddział w Paczkowie) i wynosi 363 dni. Ponadto w Samodzielnym Publicznym Zespole Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych w Kup średni czas oczekiwania wynosi 109 dni (dla przypadków stabilnych).

Oddział urologiczny

Na oddziałach urologicznych najdłuższy średni czas oczekiwania wynosi 23 dni i występuje w Namysłowskim Centrum Zdrowia S.A.

Na oddziałach:

- Chorób zakaźnych w Szpitalu Wojewódzkim
 - Leczenia jednego dnia
 - Neonatologicznych
 - Obserwacyjno-zakaźnym w ZOZ
 - Patologii ciąży oraz Oddziale patologii noworodka w Samodzielnym Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej Nad Matką i Dzieckiem
- kolejki nie występują.

7.2 ŚWIADCZENIA MIGRACYJNE OOW NFZ 2011 I 2012

Priorytet w rozliczaniu świadczeń zrealizowanych na terenie innych województw na rzecz ubezpieczonych we właściwym oddziale wojewódzkim określony w Zarządzeniu Prezesa NFZ, stanowi wyzwanie dla regionalnej polityki zdrowotnej w organizacji jak najlepszego dostępu do świadczeń na terenie własnego regionu. W przypadku województwa opolskiego, ograniczona liczebność populacji oraz dokonujące się zmiany w organizacji świadczeń, niedobory kadrowe, wymagają rzetelnej analizy i perspektywicznego opracowania działań na przyszłość. Stąd też potrzeba wnikliwej analizy zmian, jakie zachodzą na rynku usług medycznych i skutków, jakie one rodzą. Niniejsze opracowanie analityczne powstało na podstawie danych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ dotyczących rozliczenia świadczeń migracyjnych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ w innych regionach oraz świadczeń zrealizowanych w placówkach medycznych woj. opolskiego na rzecz ubezpieczonych w pozostałych OOWNFZ.

Oceniając łączne wartości świadczeń rozliczanych w I połowie 2011 i 2012r, należy zauważyć, iż optymistycznym dla finansowania świadczeń zdrowotnych zrealizowanych poza woj. opolskim jest obniżenie kosztów o około 1,3 mln zł (ok. 3%) w I połowie 2012 roku w porównaniu do analogicznego okresu roku 2011, przy równoczesnym zwiększeniu wartości świadczeń zrealizowanych w placówkach medycznych woj. opolskiego na rzecz ubezpieczonych z innych regionów kraju o ponad 4,4 mln zł (o 11%), co dało łącznie zmniejszenie ujemnego dla naszego regionu bilansu migracyjnego z -28,9 mln zł do -23 mln zł, czyli o około 5,8 mln zł (ok. 20%). Przy zmniejszeniu ogólnego bilansu migracyjnego, zwraca uwagę zwiększenie kosztów świadczeń zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych woj. wielkopolskiego i łódzkiego w woj. opolskim. Jednakże optymistyczne dane kosztów świadczeń migracyjnych z I półroczy 2011 i 2012 nie znalazły potwierdzenia w zestawieniach łącznych całych lat 2011 i 2012. W roku 2012 w porównaniu do 2011 zarejestrowano wzrost wartości świadczeń udzielanych poza woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ o 9,4 mln zł przy wzroście udzielanych na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ o ponad 7,6 mln zł, co skutkowało pogorszeniem bilansu migracyjnego OOWNFZ o ponad 1,7 mln zł.

Tabela 75. Wartość świadczeń rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w I połowie 2011 i 2012r. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezpieczonego OOWNFZ	2011r I półrocze	2012r I półrocze	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny I półrocza 2011	bilans migracyjny I półrocza 2012
Śląski	29 838 042,97	27 509 992,23	92,20%	-15 938 831,28	-12 720 633,42
Dolnośląski	23 555 696,98	24 176 086,50	102,63%	-9 752 584,90	-8 836 813,09
Mazowiecki	4 551 726,77	4 597 351,29	101,00%	-3 613 765,69	-3 816 386,21
Małopolski	2 512 121,71	2 718 523,24	108,22%	-1 387 283,00	-1 243 526,67
Łódzki	1 940 285,20	1 809 583,15	93,26%	543 734,34	1 405 520,20
Wielkopolski	1 783 202,13	1 890 572,15	106,02%	807 626,52	1 097 809,15
łącznie wszystkie OOWNFZ	67 007 338,04	65 663 261,18	97,99%	-28 931 899,27	-23 140 298,85

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 76. Wartość świadczeń rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w I półroczu 2011r i 2012r

	2011r I półrocze	2012r I półrocze	zmiana 2012/2011
Śląski	13 899 211,69	14 789 358,81	106,40%
Dolnośląski	13 803 112,08	15 339 273,41	111,13%
Wielkopolski	2 590 828,65	2 988 381,30	115,34%
Łódzki	2 484 019,54	3 215 103,35	129,43%
Małopolski	1 124 838,71	1 474 996,57	131,13%
Mazowiecki	937 961,08	780 965,08	83,26%
łącznie wszystkie OOWNFZ	38 075 438,77	42 522 962,33	111,68%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 77. Wartość wszystkich świadczeń rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń na rzecz ubezpiec OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	58 422 198,73	61 110 949,92	104,60%	-30 810 698,80	-30 979 399,59
Dolnośląski	46 737 759,03	51 071 291,34	109,27%	-19 241 589,06	-21 059 868,46
Łódzki	3 533 324,78	4 001 579,44	113,25%	1 496 720,03	1 830 080,02
Wielkopolski	4 093 679,58	4 049 482,56	98,92%	1 169 466,62	2 045 094,94
Mazowiecki	9 830 551,27	10 923 746,66	111,12%	-7 858 212,27	-9 212 540,81
Małopolski	5 079 494,69	5 751 717,44	113,23%	-2 757 990,42	-2 791 206,90
łącznie wszystkie OOWNFZ	134 208 832,36	143 643 434,49	107,03%	-57 889 037,88	-59 663 206,70

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 78. Wartość świadczeń rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	27 611 499,93	30 131 550,33	109,13%
Dolnośląski	27 496 169,97	30 011 422,88	109,15%
Łódzki	5 030 044,81	5 831 659,46	115,94%
Wielkopolski	5 263 146,20	6 094 577,50	115,80%
Mazowiecki	1 972 339,00	1 711 205,85	86,76%
Małopolski	2 321 504,27	2 960 510,54	127,53%
łącznie wszystkie OOWNFZ	76 319 794,48	83 980 227,79	110,04%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W świadczeniach szpitalnych zaobserwowano zwiększenie wartości hospitalizacji zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych woj. opolskiego poza regionem o około 7,2 mln zł (o ok.6,8%), przy równoczesnym zwiększeniu usług medycznych zrealizowanych w opolskich szpitalach na rzecz ubezpieczonych w innych OW NFZ o około 12% (około 4,8 mln zł). Największe pogorszenie ujemnego bilansu migracyjnym w świadczeniach szpitalnych zaobserwowano w relacjach z woj. dolnośląskim, mazowieckim oraz małopolskim, większych zmian nie zaobserwowano w relacjach z woj. śląskim, poprawił się natomiast dodatni bilans z woj. łódzkim i wielkopolskim. W opolskich szpitalach zarejestrowano największy wzrost wartości świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych woj. dolnośląskiego i śląskiego.

Tabela 79. Wartość świadczeń SZP (umowy szpitalne) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezpieczonych OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	45 232 551,44	46 842 034,93	103,56%	-30 698 724,23	-30 754 320,03
Dolnośląski	39 303 768,71	42 611 801,96	108,42%	-25 976 682,73	-27 486 164,99
Łódzki	2 636 860,28	3 058 697,98	116,00%	557 125,11	882 565,11
Wielkopolski	2 971 499,16	2 981 820,68	100,35%	370 757,98	1 097 440,12
Mazowiecki	7 803 273,10	9 010 095,77	115,47%	-7 034 443,30	-8 252 704,71
Małopolski	3 615 272,00	4 258 735,00	117,80%	-2 563 180,21	-3 270 376,10
łącznie wszystkie OOWNFZ	105 283 316,71	112 485 407,68	106,84%	-66 268 998,84	-68 620 568,29

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 80. Wartość świadczeń SZP (umowy szpitalne) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011r i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	14 533 827,21	16 087 714,90	110,69%
Dolnośląski	13 327 085,98	15 125 636,97	113,50%
Łódzki	3 193 985,39	3 941 263,09	123,40%
Wielkopolski	3 342 257,14	4 079 260,80	122,05%
Mazowiecki	768 829,80	757 391,06	98,51%
Małopolski	1 052 091,79	988 358,90	93,94%
łącznie wszystkie OOWNFZ	39 014 317,87	43 864 839,39	112,43%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W świadczeniach z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nastąpił wzrost wartości świadczeń realizowanych poza woj. opolskim – łącznie o ok. 800 tys. zł (ok. 13%), wyraźnie wzrosła wartość tych usług w woj. dolnośląskim (o około 360 tys. zł). Równocześnie o około 230 tys. zł wzrosła wartość świadczeń AOS udzielonych ubezpieczonym w innych OOWNFZ na terenie woj. opolskiego. Zmniejszeniu uległ korzystny w rozliczeniach bilans migracyjny w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – o ponad 560 tys. zł. Świadczyć to może o ograniczeniu dostępności do świadczeń tego rodzaju.

Tabela 81. Wartość świadczeń AOS rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezpieczonych OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	2 906 103,12	3 182 413,15	109,51%	52 097,73	-55 894,82
Dolnośląski	1 990 798,26	2 350 865,87	118,09%	162 125,78	-73 437,79
Mazowiecki	176 397,80	198 548,67	112,56%	237 642,30	274 381,35
Małopolski	165 733,21	200 295,55	120,85%	239 163,34	124 568,38
Łódzki	401 274,15	387 130,35	96,48%	-291 652,26	-282 481,36
Wielkopolski	189 431,88	253 272,85	133,70%	-47 092,70	-133 816,43
łącznie wszystkie OOWNFZ	6 140 875,58	6 936 535,06	112,96%	461 983,23	-102 155,78

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Tabela 82. Wartość świadczeń AOS rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011r i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	2 958 200,85	3 126 518,34	105,69%
Dolnośląski	2 152 924,05	2 277 428,08	105,78%
Wielkopolski	414 040,10	472 930,02	114,22%
Łódzki	404 896,55	324 863,94	80,23%
Małopolski	109 621,89	104 648,99	95,46%
Mazowiecki	142 339,18	119 456,43	83,92%
łącznie wszystkie OOWNFZ	6 602 858,81	6 834 379,28	103,51%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W świadczeniach z zakresu rehabilitacji medycznej, pomimo niewielkiego wzrostu wartości świadczeń realizowanych poza woj. opolskim, wyraźnie wzrosła wartość tych usług w woj. śląskim (o około 400 tys. zł), co pogorszyło znacząco bilans migracyjny z tym województwem (ponad 2,5-krotnie). Zwiększeniu uległ korzystny w rozliczeniach bilans migracyjny w zakresie rehabilitacja medyczna z woj. dolnośląskim (o ponad 850 tys. zł). W świadczeniach z zakresu rehabilitacji zrealizowanych na terenie woj. opolskiego, wzrosła o ok. 780 tys. zł wartość świadczeń udzielonych na rzecz ubezpieczonych woj. dolnośląskiego.

Tabela 83. Wartość świadczeń REH rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	3 023 875,76	3 430 315,48	113,44%	-457 846,33	-1 182 983,28
Dolnośląski	1 074 060,80	998 862,45	93,00%	5 098 525,33	5 951 423,00
Łódzki	46 895,61	45 224,84	96,44%	312 477,00	330 665,16
Wielkopolski	341 491,57	248 754,23	72,84%	21 247,83	140 853,08
Mazowiecki	237 308,44	215 237,90	90,70%	-47 632,41	32 998,36
Małopolski	211 831,42	265 007,58	125,10%	86 101,70	16 597,90
łącznie wszystkie OOWNFZ	5 214 556,74	5 534 992,92	106,15%	5 445 694,33	5 630 331,17

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 84. Wartość świadczeń REH rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	2 566 029,43	2 247 332,20	87,58%
Dolnośląski	6 172 586,13	6 950 285,45	112,60%
Łódzki	359 372,61	375 890,00	104,60%
Wielkopolski	362 739,40	389 607,31	107,41%
Mazowiecki	189 676,03	248 236,26	130,87%
Małopolski	297 933,12	281 605,48	94,52%
łącznie wszystkie OOWNFZ	10 660 251,07	11 165 324,09	104,74%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Zwiększeniu w roku 2012 roku uległa wartość świadczeń z zakresu psychiatrii, z których korzystali ubezpieczeni woj. opolskiego poza regionem o około 730 tys. zł (ok. 8%), natomiast z uwagi na wzrost wartości świadczeń z zakresu psychiatrii realizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych regionów kraju, bilans migracyjny dla OOWNFZ wzrósł w roku 2012 o około 1,6 mln zł (ok.30%). Najbardziej znaczący był wzrost wartości usług z zakresu psychiatrii na rzecz ubezpieczonych woj. śląskiego – o ponad 1,2mln zł oraz woj. małopolskiego – o ponad 700 tys. zł.

Tabela 85. Wartość świadczeń PSY rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	4 406 922,20	4 661 219,83	105,77%	974 925,16	1 950 962,22
Dolnośląski	1 299 864,06	1 652 804,71	127,15%	2 481 754,61	2 180 117,34
Łódzki	317 053,39	332 582,81	104,90%	511 701,54	530 534,08
Wielkopolski	106 768,74	120 671,58	113,02%	880 436,70	1 004 544,19
Mazowiecki	469 153,28	498 801,70	106,32%	169 374,67	-122 252,56
Małopolski	735 879,09	620 759,07	84,36%	-41 604,63	798 294,97
łącznie wszystkie OOWNFZ	8 874 355,80	9 604 200,88	108,22%	5 727 047,92	7 320 481,41

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 86. Wartość świadczeń PSY rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w 2011r i 2012r

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	5 381 847,36	6 612 182,05	122,86%
Dolnośląski	3 781 618,67	3 832 922,05	101,36%
Łódzki	828 754,93	863 116,89	104,15%
Wielkopolski	987 205,44	1 125 215,77	113,98%
Mazowiecki	638 527,95	376 549,14	58,97%
Małopolski	694 274,46	1 419 054,04	204,39%
łącznie wszystkie OOWNFZ	14 601 403,72	16 924 682,29	115,91%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych (SPO) zarejestrowano niewielki wzrost wartości świadczeń zapłaconych poza woj. opolskim o ponad 20 tys. zł, głównie w woj. śląskim i dolnośląskim (woj. sąsiednie). Równocześnie na terenie woj. opolskiego zwiększeniu uległa wartość świadczeń udzielonych ubezpieczonym woj. śląskiego – o około 130 tys. zł. W bilansie rozliczenia świadczeń tej grupy nadal utrzymuje się korzystny dla OOWNFZ bilans dodatni, lecz należy zaobserwować iż wyraźnie zmniejsza się wartość świadczeń realizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych woj. dolnośląskiego, co jest zapewne związane z tworzeniem własnej bazy zasobów w tym zakresie na terenie własnego regionu. Bilans ten w roku 2012 uległ pogorszeniu o około 45 tys. zł.

Tabela 87. Wartość świadczeń SPO rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	380 735,40	440 973,80	115,82%	604 247,08	677 993,50
Dolnośląski	354 376,30	378 980,80	106,94%	950 654,23	700 849,85
Łódzki	69 645,80	48 763,32	70,02%	82 461,12	14 128,28
Wielkopolski	7 107,10	13 745,60	193,41%	21 041,30	-3 005,57
Mazowiecki	57 681,88	61 562,38	106,73%	79 928,78	27 963,62
Małopolski	29 550,40	50 947,50	172,41%	56 156,56	43 690,08
łącznie wszystkie OOWNFZ	1 076 618,36	1 096 869,85	101,88%	1 749 940,91	1 705 011,77

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Tabela 88. Wartość świadczeń SPO rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	984 982,48	1 118 967,30	113,60%
Dolnośląski	1 305 030,53	1 079 830,65	82,74%
Łódzki	152 106,92	62 891,60	41,35%
Wielkopolski	28 148,40	10 740,04	38,16%
Mazowiecki	137 610,66	89 526,00	65,06%
Małopolski	85 706,96	94 637,58	110,42%
łącznie wszystkie OOWNFZ	2 826 559,27	2 801 881,62	99,13%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W świadczeniach w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych zarejestrowano niewielki wzrost wartości świadczeń zapłaconych poza woj. opolskim o ponad 20 tys. zł (około 2,5%), głównie w woj. śląskim, dolnośląskim i małopolskim. Równocześnie na terenie woj. opolskiego zwiększeniu uległa wartość świadczeń udzielonych ubezpieczonym woj. śląskiego –

o ponad 200 tys. zł. oraz spadła wartość świadczeń tego zakresu udzielonych ubezpieczonym woj. dolnośląskiego – o około 150 tys. zł. W bilansie rozliczenia świadczeń tej grupy nadal utrzymuje się korzystny dla OOWNFZ bilans dodatni, który wzrósł w 2012r w porównaniu do roku poprzedniego o ok. 240 tys. zł.

Tabela 89. Wartość świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezpieczonych OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	269 975,40	323 661,00	119,89%	272 520,44	422 165,23
Dolnośląski	318 260,30	340 150,30	106,88%	811 160,95	635 764,14
Łódzki	36 165,80	29 686,82	82,09%	7 162,36	6 358,18
Wielkopolski	7 107,10	13 745,60	193,41%	17 300,50	-7 843,87
Mazowiecki	57 231,88	61 562,38	107,57%	-3 312,52	-20 666,08
Małopolski	18 620,00	50 947,50	273,62%	-16 800,00	-18 905,10
łącznie wszystkie OOWNFZ	864 278,36	886 553,60	102,58%	997 121,93	1 238 647,40

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 90. Wartość świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	542 495,84	745 826,23	137,48%
Dolnośląski	1 129 421,25	975 914,44	86,41%
Łódzki	43 328,16	36 045,00	83,19%
Wielkopolski	24 407,60	5 901,74	24,18%
Mazowiecki	53 919,36	40 896,30	75,85%
Małopolski	1 820,00	32 042,40	1760,57%
łącznie wszystkie OOWNFZ	1 861 400,29	2 125 201,00	114,17%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Dla województwa opolskiego bardzo istotne dla finansowania świadczeń zdrowotnych jest monitorowanie wartości świadczeń szpitalnych, które rodzą największe skutki finansowe. Poniżej przedstawiono kilka przykładów kosztów świadczeń szpitalnych w oddziałach specjalistycznych.

W zakresie świadczeń w anestezjologii i intensywnej terapii dorosłych zwiększyła się o ponad 420 tys. zł (ok. 13%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Największy wzrost wartości tych świadczeń zarejestrowano w woj. łódzkim i mazowieckim. W tym samym czasie w szpitalach woj. opolskiego spadła wartość świadczeń udzielonych ubezpieczonym z innych województw – o około 50 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiło pogorszenie bilansu o ponad 400 tys. zł. Świadczyć to może o ograniczonym poziomie dostępności do usług anestezjologii i intensywnej terapii, którego przyczyny można upatrywać w ograniczonych w regionie opolskim zasobach tej dyscypliny medycznej. Zmniejszył się co prawda bilans rozliczeń migracyjnych z woj. śląskim, lecz bilans ten uległ pogorszeniu w odniesieniu do woj. łódzkiego, wielkopolskiego i mazowieckiego.

Tabela 91. Wartość świadczeń w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezpieczonych OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	1 113 002,58	949 993,14	85,35%	-520 258,65	-343 285,22
Dolnośląski	1 386 976,62	1 452 864,40	104,75%	-999 984,03	-1 071 835,96
Łódzki	53 157,30	363 693,20	684,18%	2 201,16	-308 777,56
Wielkopolski	158 145,90	233 722,32	147,79%	25 131,27	-137 996,56
Mazowiecki	21 120,12	392 717,00	1859,44%	-6 544,83	-320 647,08
Małopolski	177 055,68	173 027,40	97,72%	-129 090,18	-103 877,28
łącznie wszystkie OOWNFZ	3 221 118,18	3 649 604,82	113,30%	-1 815 486,78	-2 295 004,30

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie wszystkich świadczeń w kardiologii zwiększyła się o ok. 11% wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem, zarejestrowano wyższe wartości świadczeń tych grup zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 1,2 mln zł, w ogólnym bilansie migracyjnym uzyskano poprawę bilansu o około 400 tys. zł. Świadczyć to może o dobrym poziomie jakości i wzroście dostępności do usług kardiologii w woj. opolskim.

Tabela 92. Wartość świadczeń kardiologii łącznie rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezpieczonych OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	4 306 369,11	4 884 689,06	113,43%	-2 047 678,11	-2 247 511,40
Dolnośląski	1 710 047,34	1 965 374,56	114,93%	-623 124,34	-749 280,28
Łódzki	91 341,00	84 292,73	92,28%	715 351,00	1 024 263,37
Wielkopolski	157 686,90	139 932,00	88,74%	663 209,10	1 260 490,20
Mazowiecki	527 559,20	432 848,00	82,05%	-458 818,20	-352 231,20
Małopolski	346 510,23	429 719,56	124,01%	-311 547,23	-355 116,56
łącznie wszystkie OOWNFZ	7 573 272,86	8 447 682,53	111,55%	-2 168 949,86	-1 794 910,69

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 93. Wartość świadczeń kardiologii łącznie rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w 2011r i 2012r

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	2 258 691,00	2 637 177,66	116,76%
Dolnośląski	1 086 923,00	1 216 094,28	111,88%
Łódzki	806 692,00	1 108 556,10	137,42%
Wielkopolski	820 896,00	1 400 422,20	170,60%
Mazowiecki	68 741,00	80 616,80	117,28%
Małopolski	34 963,00	74 603,00	213,38%
łącznie wszystkie OOWNFZ	5 404 323,00	6 652 771,84	123,10%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie świadczeń w oddziałach neonatologicznych łącznie zwiększyła się o ok. 64% (ponad 1,3 mln zł) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem, przy zachowaniu porównywalnej wartości świadczeń zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiło pogorszenie bilansu o około 1,2 mln zł. Zwraca uwagę sytuacja znacznego zwiększenia wartości świadczeń w oddziałach neonatologicznych realizowanych w woj. śląskim, gdzie nastąpił wzrost o ponad 640 tys. zł oraz dolnośląskim – o ponad 370 tys. zł.

Tabela 94. Wartość świadczeń w oddziałach neonatologicznych łącznie rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	479 428,05	1 159 873,30	241,93%	321 003,69	-189 818,32
Dolnośląski	1 318 941,60	1 689 644,84	128,11%	-658 474,26	-1 085 928,04
Łódzki	93 330,00	352 799,20	378,01%	-28 458,00	-280 467,20
Wielkopolski	0,00	0,00		81 345,00	63 596,00
Mazowiecki	0,00	0,00		66 198,00	23 140,00
Małopolski	107 655,90	90 896,00	84,43%	-32 430,90	-34 684,00
łącznie wszystkie OOWNFZ	2 026 181,55	3 335 101,94	164,60%	-142 798,47	-1 391 142,15

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 95. Wartość świadczeń w oddziałach neonatologicznych łącznie rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	800 431,74	970 054,98	121,19%
Dolnośląski	660 467,34	603 716,80	91,41%
Łódzki	64 872,00	72 332,00	111,50%
Wielkopolski	81 345,00	63 596,00	78,18%
Mazowiecki	66 198,00	23 140,00	34,96%
Małopolski	75 225,00	56 212,00	74,73%
łącznie wszystkie OOWNFZ	1 883 383,08	1 943 959,79	103,22%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie świadczeń w chirurgii ogólnej zwiększyła się nieznacznie - o ok. 4% wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem (o ok. 270 tys. zł), zarejestrowano wzrost wartości świadczeń chirurgii ogólnej zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o ponad 600 tys. zł, co stanowiło ok. 18% wzrost w roku 2012. Spadła wyraźnie wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych woj. opolskiego w oddziałach chirurgii ogólnej woj. łódzkiego (o około 85 tys. zł). W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiła poprawa – zmniejszenie ujemnego dla OOWNFZ bilansu o około 360 tys. zł. O około 340 tys. zł wzrosła wartość świadczeń zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych woj. dolnośląskiego oraz o około 200 tys. zł – woj. śląskiego. Świadczyć to może o wzrastającym poziomie dostępności do usług chirurgii ogólnej w woj. opolskim, a także zwiększeniu pozycji naszych jednostek na rynku usług medycznych.

Tabela 96. Wartość świadczeń chirurgii ogólnej rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	2 228 961,12	2 527 680,85	113,40%	-685 322,19	-784 707,15
Dolnośląski	2 074 402,75	2 238 741,44	107,92%	-809 236,06	-634 059,92
Łódzki	372 713,18	288 137,12	77,31%	-199 867,04	-89 601,12
Wielkopolski	221 563,89	188 834,40	85,23%	7 906,53	-37 673,91
Mazowiecki	486 308,97	477 869,60	98,26%	-423 889,05	-380 291,86
Małopolski	184 333,02	175 987,67	95,47%	-102 770,25	-96 730,83
łącznie wszystkie OOWNFZ	5 916 286,03	6 187 438,93	104,58%	-2 376 771,28	-2 014 850,64

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 97. Wartość świadczeń chirurgii ogólnej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	1 543 638,93	1 742 973,70	112,91%
Dolnośląski	1 265 166,69	1 604 681,52	126,84%
Łódzki	172 846,14	198 536,00	114,86%
Wielkopolski	229 470,42	151 160,49	65,87%
Mazowiecki	62 419,92	97 577,74	156,32%
Małopolski	81 562,77	79 256,84	97,17%
łącznie wszystkie OOWNFZ	3 539 514,75	4 172 588,29	117,89%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W zakresie świadczeń w chirurgii dziecięcej zwiększyła się o 75 tys. zł (ok. 7%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem, głównie w szpitalach woj. łódzkiego i dolnośląskiego, nieznacznie spadła wartość świadczeń chirurgii dziecięcej zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ (o ok. 20 tys. zł). W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiło pogorszenie – ujemny bilans uległ dalszemu pogłębieniu o około 95 tys. zł (o 10% w stosunku do analogicznego okresu roku 2011).

W zakresie świadczeń w chirurgii naczyniowej zwiększyła się o ponad 900 tys. zł (ok. 50%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Największy wzrost wartości świadczeń chirurgii naczyniowej wykonanych na rzecz ubezpieczonych woj. opolskiego nastąpił w rozliczeniu z dolnośląskim OOWNFZ (o ok. 430 tys. zł) oraz śląskim OOWNFZ (o ok. 210 tys. zł) Zarejestrowano wzrost wartości świadczeń chirurgii naczyniowej zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o ponad 220 tys. zł, w ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiło jednak pogorszenie ujemnego bilansu o ponad 680 tys. zł. Świadczyć to może o ograniczonym poziomie dostępności do usług chirurgii naczyniowej w woj. opolskim, a także zwiększeniu pozycji ośrodków chirurgii naczyniowej w woj. śląskim i dolnośląskim.

Tabela 98. Wartość świadczeń chirurgii naczyniowej rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	533 850,66	745 085,57	139,57%	-484 380,15	-529 923,09
Dolnośląski	978 142,26	1 408 681,04	144,02%	-812 424,90	-1 255 482,80
Łódzki	91 086,00		0,00%	-84 676,32	76 752,00
Wielkopolski	10 608,00	13 832,00	130,39%	15 720,24	27 600,56
Mazowiecki	21 596,46	103 064,00	477,23%	-11 243,46	-103 064,00
Małopolski	130 148,43	369 892,64	284,21%		
łącznie wszystkie OOWNFZ	1 785 344,25	2 690 106,45	150,68%	-1 499 694,78	-2 180 620,33

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Tabela 99. Wartość świadczeń chirurgii naczyniowej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	49 470,51	215 162,48	434,93%
Dolnośląski	165 717,36	153 198,24	92,45%
Łódzki	6 409,68	76 752,00	1197,44%
Wielkopolski	26 328,24	41 432,56	157,37%
Mazowiecki	10 353,00	0,00	0,00%
łącznie wszystkie OOWNFZ	285 649,47	509 486,12	178,36%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W 2012 roku zaobserwowano nieznaczny wzrost wartości świadczeń z zakresu chirurgii klatki piersiowej, z jakich korzystali ubezpieczeni Opolskiego OOWNFZ poza regionem (o ponad 360 tys. zł) z wyraźnym wzrostem wartości świadczeń zrealizowanych w woj. dolnośląskim (o ponad 410 tys. zł - ponad 8%) oraz spadkiem wartości świadczeń realizowanych w woj. śląskim (o ponad 210 tys. zł).

W zakresie świadczeń w kardiologii zwiększyła się o ponad 250 tys. zł (ok. 13%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Równocześnie zarejestrowano zmniejszenie wartości świadczeń z zakresu kardiologii zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 40 tys. zł (około 6%). W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiło powiększenie niekorzystnego dla OOWNFZ ujemnego bilansu o około 300 tys. zł (o ponad 24% w stosunku do roku 2011). Największy wartościowo wzrost świadczeń z zakresu kardiologii zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ zarejestrowano w szpitalach woj. śląskiego (wzrost o ok. 540 tys. zł), przy zmniejszeniu wartości świadczeń kardiologicznych zrealizowanych w woj. dolnośląskim o ponad 200 tys. zł.

Tabela 100. Wartość świadczeń z zakresu kardiologii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	1 352 703,09	1 894 397,44	140,05%	-951 732,60	-1 680 820,96
Dolnośląski	437 947,20	216 596,64	49,46%	-408 816,56	-134 381,00
Łódzki	0,00	21 008,00		174 299,12	119 134,60
Wielkopolski	17 646,00		0,00%	51 829,26	252 630,04
Mazowiecki	60 435,00	29 276,00	48,44%	-60 435,00	-29 276,00
Małopolski	9 843,00	21 008,00	213,43%	10 201,02	-21 008,00
Łącznie wszystkie OOWNFZ	1 929 887,43	2 182 286,08	113,08%	-1 196 346,00	-1 493 305,32

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 101. Wartość świadczeń z zakresu kardiologii rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w I półroczu 2011r i 2012r

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	
Śląski		400 970,49	213 576,48	53,26%
Dolnośląski		29 130,64	82 215,64	282,23%
Łódzki		174 299,12	140 142,60	80,40%
Wielkopolski		69 475,26	252 630,04	363,63%
Łącznie wszystkie OOWNFZ		733 541,43	688 980,76	93,93%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie świadczeń w neurochirurgii zmniejszyła się wyraźnie, o ok. 330 tys. zł (ok. 11%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Równocześnie zarejestrowano wzrost wartości świadczeń z zakresu neurochirurgii zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 430 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiła poprawa ujemnego dla OOWNFZ bilansu o około 7600 tys. zł (o ponad 40% w stosunku do roku 2011). Największy wartościowo spadek świadczeń z zakresu neurochirurgii zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ zarejestrowano w szpitalach woj. mazowieckiego (o ok. 3200 tys. zł) oraz dolnośląskiego (o około 270 tys. zł). Wyraźnie wzrosła wartość świadczeń neurochirurgicznych udzielonych w 2012r na rzecz ubezpieczonych woj. śląskiego (o ponad 150 tys. zł).

Tabela 102. Wartość świadczeń z zakresu neurochirurgii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	894 658,32	973 280,36	108,79%	-485 281,32	-412 483,24
Dolnośląski	841 031,82	574 150,72	68,27%	-394 577,82	-64 282,92
Łódzki	79 818,06	113 244,56	141,88%	22 028,94	54 507,44
Wielkopolski	30 957,00	31 876,00	102,97%	27 846,00	91 416,00
Mazowiecki	758 421,00	437 880,56	57,74%	-742 968,00	-372 320,00
Małopolski	175 899,00	214 451,12	121,92%	-96 288,00	-200 515,12
Łącznie wszystkie OOWNFZ	3 018 712,44	2 686 348,95	88,99%	-1 808 431,44	-1 048 554,35

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 103. Wartość świadczeń z zakresu neurochirurgii rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	409 377,00	560 797,12	136,99%
Dolnośląski	446 454,00	509 867,80	114,20%
Łódzki	101 847,00	167 752,00	164,71%
Wielkopolski	58 803,00	123 292,00	209,67%
Mazowiecki	15 453,00	65 560,56	424,26%
Małopolski	79 611,00	13 936,00	17,51%
łącznie wszystkie OOWNFZ	1 210 281,00	1 637 794,60	135,32%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W zakresie świadczeń w chirurgii onkologicznej zwiększyła się znacznie - o ok. 400 tys. zł (ok. 22%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Znaczny wzrost nastąpił w świadczeniach chirurgii onkologicznej realizowanych na terenie woj. śląskiego (o ok. 2000 tys. zł) oraz dolnośląskiego – o ok. 185 tys. zł. Równocześnie zarejestrowano spadek wartości świadczeń chirurgii onkologicznej zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 130 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiło powiększenie niekorzystnego dla OOWNFZ bilansu o około 5300 tys. zł (o ok. 36% w stosunku do roku 2011).

Tabela 104. Wartość świadczeń chirurgii onkologicznej rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	944 711,25	1 152 194,48	121,96%	-816 977,67	-1 076 378,48
Dolnośląski	575 032,14	760 697,68	132,29%	-473 263,17	-717 135,20
Łódzki	6 834,00	7 697,98	112,64%	25 493,88	37 799,94
Wielkopolski	17 340,00	21 164,00	122,05%	2 856,00	-8 394,88
Mazowiecki	123 715,80	151 952,72	122,82%	-99 898,80	-151 952,72
Małopolski	87 655,23	109 722,18	125,17%	-60 182,04	-80 316,70
łącznie wszystkie OOWNFZ	1 818 803,82	2 221 747,74	122,15%	-1 470 748,20	-2 001 488,74

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Tabela 105. Wartość świadczeń chirurgii onkologicznej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	127 733,58	75 816,00	59,35%
Dolnośląski	101 768,97	43 562,48	42,81%
Łódzki	32 327,88	45 497,92	140,74%
Wielkopolski	20 196,00	12 769,12	63,23%
Mazowiecki	23 817,00		0,00%
Małopolski	27 473,19	29 405,48	107,03%
łącznie wszystkie OOWNFZ	348 055,62	220 259,00	63,28%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W zakresie świadczeń teleradioterapii nie uległa większym zmianom wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Zarejestrowano spadek wartości świadczeń tego zakresu rozliczanych ze śląskim OOWNFZ o ponad 640 tys. zł (ok. 2,5%). Wzrosła wartość świadczeń realizowanych w woj. dolnośląskim (o ponad 690 tys. zł). Równocześnie zarejestrowano zmniejszenie wartości świadczeń z teleradioterapii zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o ponad 57 tys. zł, w tym wzrosła wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych z woj. śląskiego o ok. 70 tys. zł, spadła zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych woj. dolnośląskiego o ponad 58 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym ujemny dla OOWNFZ bilans migracyjny uległ nieznacznemu pogorszeniu o ponad 50 tys. zł.

Tabela 106. Wartość świadczeń z teleradioterapii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w I połowie 2011 i 2012r. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	4 669 866,00	4 095 104,00	87,69%	-4 637 175,00	-3 993 444,00
Dolnośląski	783 055,02	1 475 373,12	188,41%	-693 499,02	-1 443 861,12
Łódzki	27 744,00	11 700,00	42,17%	24 225,00	-11 700,00
Wielkopolski	50 490,00	17 784,00	35,22%	-22 746,00	5 616,00
Mazowiecki	172 319,34	133 640,00	77,55%	-172 319,34	-133 640,00
Małopolski	79 836,36	32 866,08	41,17%	-65 709,36	-32 866,08
łącznie wszystkie OOWNFZ	5 811 564,72	5 805 824,95	99,90%	-5 546 160,72	-5 597 928,95

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 107. Wartość świadczeń z teleradioterapii rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	32 691,00	101 660,00	310,97%
Dolnośląski	89 556,00	31 512,00	35,19%
Łódzki	51 969,00		0,00%
Wielkopolski	27 744,00	23 400,00	84,34%
Mazowiecki	0,00		
Małopolski	14 127,00		0,00%
łącznie wszystkie OOWNFZ	265 404,00	207 896,00	78,33%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie świadczeń chorób wewnętrznych w 2012r. zwiększyła się nieznacznie - o ok. 10 tys. zł (ok. 0,5%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. W woj. dolnośląskim pacjenci woj. opolskiego rzadziej korzystali ze świadczeń na oddziałach chorób wewnętrznych (o ponad 100 tys. zł mniej), natomiast wzrosła wartość świadczeń realizowanych w woj. śląskim, mazowieckim i łódzkim. Równocześnie zarejestrowano wzrost wartości świadczeń z zakresu chorób wewnętrznych zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 100 tys. zł. Największy wartościowo wzrost zarejestrowano w świadczeniach udzielonych na rzecz ubezpieczonych woj. łódzkiego (wzrost o ponad 70 tys. zł w stosunku do roku 2011) oraz śląskiego i dolnośląskiego o około 50 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiła poprawa bilansu dla OOWNFZ o około 90 tys. zł, który z ujemnego dla woj. opolskiego w roku 2011 stał się w roku 2012 dodatnim.

Tabela 108. Wartość świadczeń z zakresu chorób wewnętrznych rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	1 082 987,04	1 136 807,13	104,97%	-337 140,09	-341 027,86
Dolnośląski	598 472,25	490 288,37	81,92%	140 818,14	296 745,13
Łódzki	94 248,00	124 994,48	132,62%	133 309,92	175 917,82
Wielkopolski	56 633,97	74 348,56	131,28%	74 416,65	33 268,56
Mazowiecki	147 412,56	218 410,40	148,16%	-74 686,56	-142 622,61
Małopolski	135 324,42	109 881,22	81,20%	-53 210,34	-41 526,70
łącznie wszystkie OOWNFZ	2 339 183,46	2 349 605,90	100,45%	-40 760,34	49 733,75

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 109. Wartość świadczeń z zakresu chorób wewnętrznych rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	745 846,95	795 779,27	106,69%
Dolnośląski	739 290,39	787 033,50	106,46%
Łódzki	227 557,92	300 912,30	132,24%
Wielkopolski	131 050,62	107 617,12	82,12%
Mazowiecki	72 726,00	75 787,79	104,21%
Małopolski	82 114,08	68 354,52	83,24%
łącznie wszystkie OOWNFZ	2 298 423,12	2 399 339,65	104,39%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W zakresie świadczeń w chorobach zakaźnych zmniejszyła się o ok. 23 tys. zł (ok. 3%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Równocześnie zarejestrowano wzrost wartości świadczeń z zakresu chorób zakaźnych zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 63 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiła poprawa niekorzystnego dla OOWNFZ bilansu o około 87 tys. zł w stosunku do roku 2011). Największy wartościowo wzrost świadczeń z zakresu chorób zakaźnych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ zarejestrowano w szpitalach woj. mazowieckiego (o ok. 42 tys. zł).

W zakresie świadczeń w hematologii zmniejszyła się wyraźnie, o ok. 790 tys. zł (ok. 29%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Równocześnie zarejestrowano wzrost wartości świadczeń z zakresu hematologii zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 170 tys. zł (wzrost o ponad 90% do roku 2011). W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiła poprawa ujemnego dla OOWNFZ bilansu o około 960 tys. zł (o około 40% w stosunku do roku 2011). Największy wartościowo spadek świadczeń z zakresu hematologii zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ zarejestrowano w szpitalach woj. dolnośląskiego (o ok. 400 tys. zł).

Tabela 110. Wartość świadczeń z zakresu hematologii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012r. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezpieczonych OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	98 263,23	57 287,14	58,30%	-42 061,23	172 837,95
Dolnośląski	2 310 411,69	1 915 531,28	82,91%	-2 219 580,69	-1 833 020,02
Łódzki	0,00	2 548,00		13 810,80	28 907,84
Wielkopolski	273 125,40	0,00	0,00%	-273 125,40	0,00
Mazowiecki	78 881,70	8 525,92	10,81%	-78 881,70	-7 953,92
Małopolski	3 876,00	1 560,00	40,25%	-2 346,00	-1 560,00
łącznie wszystkie OOWNFZ	2 778 277,02	1 987 168,34	71,53%	-2 596 064,22	-1 632 624,15

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W zakresie onkologii i hematologii dziecięcej – hospitalizacja zwiększyła się wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem o ponad 340 tys. zł (o ok. 35%). Zwiększyła się wartość świadczeń realizowanych na rzecz dzieci z woj. opolskiego w woj. dolnośląskim – ok. 218 tys. zł oraz w woj. śląskim o ok. 140 tys. zł

Tabela 111. Wartość świadczeń z onkologii i hematologii dziecięcej – hospitalizacja rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w I połowie 2011 i 2012r. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	186 839,52	327 429,86	175,25%
Dolnośląski	702 738,18	920 718,24	131,02%
Łódzki	11 107,80	728,00	6,55%
Wielkopolski	255,00	624,00	244,71%
Mazowiecki	48 756,00	58 908,72	120,82%
Małopolski	20 940,60	5 356,00	25,58%
łącznie wszystkie OOWNFZ	971 951,00	1 314 331,43	135,23%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie świadczeń w neurologii dorosłych zwiększyła się o ok. 175 tys. zł (ok. 14%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Równocześnie zarejestrowano wzrost wartości świadczeń z zakresu neurologii dorosłych zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 290 tys. zł (wzrost o ok. 39%). W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiła poprawa ujemnego dla OOWNFZ bilansu o około 114 tys. zł. Największy wartościowo spadek świadczeń z zakresu neurologii zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ zarejestrowano w szpitalach woj. małopolskiego i wielkopolskiego, natomiast w szpitalach woj. mazowieckiego o około 140 tys. zł wrosła w 2012 r wartość świadczeń z zakresu neurologii w porównaniu do roku 2011. Wyraźnie wzrosła wartość świadczeń neurologicznych udzielonych w 2012r na rzecz ubezpieczonych woj. łódzkiego (o ponad 120 tys. zł).

Tabela 112. Wartość świadczeń z zakresu neurologii dorosłych rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	490 008,00	581 029,78	118,58%	-205 734,00	-241 845,61
Dolnośląski	301 811,37	339 661,40	112,54%	-64 304,37	-39 614,64
Łódzki	21 195,60	17 915,10	84,52%	23 684,40	150 373,54
Wielkopolski	77 265,00	48 776,00	63,13%	-4 335,00	30 637,10
Mazowiecki	169 983,00	308 899,76	181,72%	-99 807,00	-249 099,76
Małopolski	97 104,00	51 884,46	53,43%	-62 118,00	-20 268,46
łącznie wszystkie OOWNFZ	1 273 459,87	1 448 593,75	113,75%	-429 918,85	-315 857,08

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 113. Wartość świadczeń z zakresu neurologii dorosłych rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	284 274,00	339 184,17	119,32%
Dolnośląski	237 507,00	300 046,76	126,33%
Łódzki	44 880,00	168 288,64	374,97%
Wielkopolski	72 930,00	79 413,10	108,89%
Mazowiecki	70 176,00	59 800,00	85,21%
Małopolski	34 986,00	31 616,00	90,37%
łącznie wszystkie OOWNFZ	843 541,02	1 132 736,67	134,28%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie świadczeń w neurologii dziecięcej zwiększyła się o ponad 26 tys. zł (ok. 7%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Największy wzrost nastąpił w szpitalach woj. śląskiego (o ponad 18 tys. zł) oraz dolnośląskiego (o ponad 16 tys. zł). Równocześnie zarejestrowano wzrost wartości świadczeń z zakresu neurologii dziecięcej zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 45 tys. zł, najwięcej – o ponad 30 tys. zł na rzecz ubezpieczonych woj. śląskiego. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiła poprawa ujemnego dla OOWNFZ bilansu o około 18 tys. zł. i śląskiego.

W zakresie świadczeń w onkologii klinicznej zmniejszyła się o około 290 tys. zł (ok. 16%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem.

Zarejestrowany spadek wartości świadczeń tego zakresu rozliczanych z dolnośląskim OOWNFZ może być spowodowany problemami technicznymi. Równocześnie zarejestrowano także zmniejszenie wartości świadczeń z zakresu onkologii klinicznej zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o ponad 130 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiła poprawa ujemnego dla OOWNFZ bilansu o około 290 tys. zł.

Tabela 114. Wartość świadczeń z zakresu onkologii klinicznej rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	1 971 718,14	1 979 319,16	100,39%	-1 932 563,81	-1 907 361,56
Dolnośląski	537 429,84	56 474,60	10,51%	-459 060,20	-31 621,72
Łódzki	2 448,00	5 924,58	242,02%	50 730,72	-1 891,46
Wielkopolski	61 438,68	17 700,28	28,81%	-29 517,45	-1 892,28
Mazowiecki	55 284,00	86 554,52	156,56%	-52 785,00	-86 554,52
Małopolski	0,00	0,00		15 593,76	780,00
łącznie wszystkie OOWNFZ	2 641 476,66	2 215 672,58	83,88%	-2 389 572,46	-2 098 240,98

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 115. Wartość świadczeń z zakresu onkologii klinicznej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	39 154,33	71 957,60	183,78%
Dolnośląski	78 369,64	24 852,88	31,71%
Łódzki	53 178,72	4 033,12	7,58%
Wielkopolski	31 921,23	15 808,00	49,52%
Mazowiecki	2 499,00	0,00	0,00%
Małopolski	15 593,76	780,00	5,00%
łącznie wszystkie OOWNFZ	251 904,20	117 431,60	46,62%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie świadczeń w dermatologii zwiększyła się o około 33 tys. zł (ok. 10%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Zarejestrowano spadek wartości świadczeń tego zakresu rozliczanych z mazowieckim i śląskim OOWNFZ, natomiast wzrosła wartość świadczeń realizowanych w woj. dolnośląskim (o około 42 tys. zł). Równocześnie zarejestrowano także zmniejszenie wartości świadczeń z zakresu dermatologii zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 3 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiło pogorszenie ujemnego dla OOWNFZ bilansu o około 36 tys. zł.

W zakresie świadczeń w urologii wzrosła o około 256 tys. zł (ponad 20%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Zarejestrowano największy wzrost wartości świadczeń tego zakresu rozliczanych z dolnośląskim oraz śląskim OOWNFZ. Równocześnie zarejestrowano także zwiększenie wartości świadczeń z zakresu urologii zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 75 tys. zł (ok. 2%). W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiło pogorszenie dodatniego dla OOWNFZ bilansu o około 180 tys. zł, niemniej jednak wzrosła wartość świadczeń z zakresu urologii zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych woj. dolnośląskiego (o ok. 130 tys. zł) oraz wielkopolskiego (o ok. 156 tys. zł). W roku 2012 wyraźnie spadła wartość świadczeń z zakresu urologii realizowanych na rzecz ubezpieczonych woj. śląskiego (o ponad 205 tys. zł).

Tabela 116. Wartość świadczeń z zakresu urologii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezpieczonych OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	298 077,15	409 330,40	137,32%	1 146 320,37	829 793,10
Dolnośląski	687 396,17	806 682,60	117,35%	173 137,03	182 455,49
Łódzki	99 431,64	40 844,00	41,08%	21 048,72	131 848,66
Wielkopolski	20 196,00	13 564,00	67,16%	534 578,94	697 324,15
Mazowiecki	55 641,00	89 217,96	160,35%	-48 654,00	-84 745,96
Małopolski	31 762,80	57 656,56		23 539,56	-34 663,55
łącznie wszystkie OOWNFZ	1 247 696,39	1 504 340,43	120,57%	1 862 551,39	1 680 570,98

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 117. Wartość świadczeń z zakresu urologii rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	1 444 397,52	1 239 123,50	85,79%
Dolnośląski	860 533,20	989 138,09	114,94%
Łódzki	120 480,36	172 692,66	143,34%
Wielkopolski	554 774,94	710 888,15	128,14%
Mazowiecki	6 987,00	4 472,00	64,00%
Małopolski	55 302,36	22 993,01	41,58%
łącznie wszystkie OOWNFZ	3 110 247,78	3 184 911,41	102,40%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie świadczeń w ortopedii i traumatologii nie uległa większym zmianom (wzrosła o ok. 40 tys. zł - ok. 0,6%) wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem. Zarejestrowano spadek wartości świadczeń tego zakresu rozliczanych ze śląskim OOWNFZ o około 430 tys. zł. Wzrosła wartość świadczeń realizowanych w woj. mazowieckim (o 203 tys. zł) oraz dolnośląskim (o ponad 160 tys. zł) i małopolskim (o około 150 tys. zł). Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 680 tys. zł (ok. 15%). W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiła poprawa ujemnego dla OOWNFZ bilansu o około 630 tys. zł (ok. 28%).

Tabela 118. Wartość świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii łącznie rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezpieczonych OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	4 036 367,05	3 603 510,54	89,28%	-3 016 742,15	-2 396 732,62
Dolnośląski	1 269 198,67	1 433 127,84	112,92%	1 455 072,69	1 678 073,62
Łódzki	183 628,22	150 774,32	82,11%	23 565,96	98 397,95
Wielkopolski	163 864,02	145 329,80	88,69%	57 917,70	-11 814,96
Mazowiecki	356 194,71	559 436,17	157,06%	-322 279,71	-483 039,04
Małopolski	488 511,98	641 327,05	131,28%	-427 817,83	-508 571,36
łącznie wszystkie OOWNFZ	6 774 278,68	6 817 490,82	100,64%	-2 299 892,33	-1 663 360,07

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 119. Wartość świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii łącznie rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	1 019 624,90	1 206 777,92	118,36%
Dolnośląski	2 724 271,36	3 111 201,46	114,20%
Łódzki	207 194,18	249 172,27	120,26%
Wielkopolski	221 781,72	133 514,84	60,20%
Mazowiecki	33 915,00	76 397,13	225,26%
Małopolski	60 694,15	132 755,69	218,73%
łącznie wszystkie OOWNFZ	4 474 386,35	5 154 130,75	115,19%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W endoprotezoplastyce stawów biodrowych i kolanowych zmniejszyła się wartość realizowanych świadczeń poza woj. opolskim o ponad 250 tys. zł. (ponad 12%). Największy spadek wartości tych zabiegów zarejestrowano w woj. śląskim (o ponad 300 tys. zł). Równocześnie w roku 2012 zwiększyła się wartość wykonanych zabiegów tego rodzaju w ośrodkach woj. opolskiego na rzecz pacjentów z innych regionów o około 412 tys. zł (wzrost o ponad 25% do roku 2011). W bilansie migracyjnym endoprotezoplastyki bilans migracyjny OOWNFZ uległ poprawie o ponad 660 tys. zł z ujemnego (-423 tys. zł) stał się (+) +250 tys. zł.

W zakresie laryngologii dorosłych dość znacznie wzrosła wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem – o ponad 1 mln zł (około 39%). Zarejestrowano spadek wartości świadczeń tego zakresu rozliczanych ze śląskim OOWNFZ o około 200 tys. zł. Prawie 2x wzrosła wartość świadczeń tego zakresu realizowanych w woj. mazowieckim (o ponad 900 tys. zł). Nastąpił także wzrost wartości świadczeń zrealizowanych w woj. wielkopolskim (o około 360 tys. zł). Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu laryngologii na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 200 tys. zł (ok. 14%). Największy wartościowo wzrost dotyczył ubezpieczonych woj. dolnośląskiego (ponad 150 tys. zł) korzystających ze świadczeń w szpitalach opolskich. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiło pogorszenie ujemnego dla OOWNFZ bilansu w porównaniu 2011 i 2012 – o około 850 tys. zł.

Tabela 120. Wartość świadczeń z zakresu laryngologii dorosłych rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	892 602,00	694 260,00	77,78%	-664 132,00	-457 999,56
Dolnośląski	405 758,00	395 472,00	97,46%	139 922,34	302 740,85
Łódzki	41 667,00	30 524,00	73,26%	255 484,00	314 485,22
Wielkopolski	369 053,00	728 253,76	197,33%	-41 475,10	-387 531,24
Mazowiecki	903 074,34	1 819 584,00	201,49%	-891 242,34	-1 798 188,00
Małopolski	42 126,00	53 802,00	127,72%	-22 379,00	-37 104,00
łącznie wszystkie OOWNFZ	2 706 976,94	3 759 212,48	138,87%	-1 207 663,70	-2 057 290,11

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Tabela 121. Wartość świadczeń z zakresu laryngologii dorosłych rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	228 470,00	236 260,44	103,41%
Dolnośląski	545 680,34	698 212,85	127,95%
Łódzki	297 151,00	345 009,22	116,11%
Wielkopolski	327 577,90	340 722,52	104,01%
Mazowiecki	11 832,00	21 396,00	180,83%
Małopolski	19 747,00	16 698,00	84,56%
łącznie wszystkie OOWNFZ	1 499 313,24	1 701 922,37	113,51%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W zakresie pediatrii wzrosła wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem – o około 150 tys. zł (około 17%). Zarejestrowano spadek wartości świadczeń tego zakresu rozliczanych ze śląskim OOWNFZ o około 19 tys. zł. Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu pediatrii zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 75 tys. zł (ok. 10%). Największy wartościowo wzrost dotyczył ubezpieczonych woj. dolnośląskiego oraz śląskiego korzystających ze świadczeń w szpitalach opolskich. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpił pogorszenie ujemnego dla OOWNFZ bilansu w porównaniu 2011 i 2012 – o ponad 77 tys. zł.

Tabela 122. Wartość świadczeń z zakresu pediatrii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	220 830,00	202 170,00	91,55%	123 726,00	183 950,54
Dolnośląski	278 424,81	363 370,28	130,51%	-81 360,81	-138 925,54
Łódzki	46 491,60	61 204,00	131,65%	-16 962,60	-23 400,00
Wielkopolski	36 006,00	49 348,00	137,05%	1 989,00	-16 848,00
Mazowiecki	159 970,68	167 128,00	104,47%	-133 705,68	-149 136,00
Małopolski	38 556,42	54 924,08	142,45%	7 598,58	-21 956,08
łącznie wszystkie OOWNFZ	884 160,51	1 035 834,91	117,15%	-127 320,51	-204 425,63

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 123. Wartość świadczeń z zakresu pediatrii rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	344 556,00	386 120,54	112,06%
Dolnośląski	197 064,00	224 444,74	113,89%
Łódzki	29 529,00	37 804,00	128,02%
Wielkopolski	37 995,00	32 500,00	85,54%
Mazowiecki	26 265,00	17 992,00	68,50%
Małopolski	46 155,00	32 968,00	71,43%
łącznie wszystkie OOWNFZ	756 840,00	831 409,28	109,85%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie reumatologii wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem nie uległa zmianie. Zarejestrowano wyraźny spadek wartości świadczeń tego zakresu rozliczanych ze śląskim OOWNFZ o około 83 tys. zł oraz wzrost wartości świadczeń zrealizowanych w szpitalach woj. dolnośląskiego (o ponad 77 tys. zł) Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu reumatologii zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych z dolnośląskiego OOWNFZ o około 13 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiła poprawa ujemnego dla OOWNFZ bilansu 2011 i 2012 – o około 12 tys. zł.

Bardzo istotne poza analizą kosztów poszczególnych oddziałów szpitalnych jest próba oceny „ścieżek wyborów” pacjentów korzystających z poszczególnych grup świadczeń zdrowotnych, które stanowią odrębne grupy w rozliczeniach NFZ.

Dzięki zwiększeniu ilości zabiegów usunięcia zaćmy u świadczeniodawców woj. opolskiego, w roku 2012 zaobserwować można zmniejszenie kosztów tych zabiegów, z jakich ubezpieczeni OOWNFZ korzystali poza regionem – o 14 tys. zł, co przy zwiększeniu wartości świadczeń tego rodzaju udzielanych pacjentom na terenie woj. opolskiego (o 72 tys. zł) wpłynęło na obniżenie bilansu migracyjnego pomiędzy OOWNFZ a pozostałymi OW (o około 86 tys. zł). Świadczyć to może o rosnącej renomie opolskich szpitali, a także o poprawie dostępności do zabiegów usunięcia zaćmy. Nadal jednak kwota około 2,1mln zł w skali roku jest wydatkowana przez OOWNFZ na zapłatę za wykonywanie zabiegów usunięcia zaćmy poza woj. opolskim.

Tabela 124. Wartość świadczeń operacji usunięcia zaćmy rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezpiec OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	1 305 753,00	1 296 478,40	99,29%	-747 838,50	-703 418,40
Dolnośląski	461 971,20	420 608,00	91,05%	-301 968,90	-228 868,40
Łódzki	141 576,00	125 374,30	88,56%	-122 400,00	-122 202,30
Wielkopolski	109 931,12	149 011,34	135,55%	-88 230,62	-132 901,74
Mazowiecki	68 646,00	91 748,50	133,65%	-65 535,00	-88 576,50
Małopolski	29 829,50	6 599,80	22,13%	-15 855,50	21 376,20
łącznie wszystkie OOWNFZ	2 178 626,42	2 164 339,38	99,34%	-1 340 732,12	-1 254 204,18

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 125. Wartość świadczeń operacji usunięcia zaćmy rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	557 914,50	593 060,00	106,30%
Dolnośląski	160 002,30	191 739,60	119,84%
Łódzki	19 176,00	3 172,00	16,54%
Wielkopolski	21 700,50	16 109,60	74,24%
Mazowiecki	3 111,00	3 172,00	101,96%
Małopolski	13 974,00	27 976,00	200,20%
łącznie wszystkie OOWNFZ	837 894,30	910 135,20	108,62%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie świadczeń nielimitowanych w kardiologii (procedury grup E11-E14 wg katalogu JGP), nieznacznie zwiększyła się o ok. 2% wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem, zarejestrowano wyższe wartości świadczeń tych grup zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o ponad 820 tys. zł (w roku 2012 o ponad 28% w stosunku do roku 2011), w ogólnym bilansie migracyjnym uzyskano wzrost (+) bilansu o ponad 780 tys. zł. Świadczyć to może o dobrym poziomie jakości i dostępności do usług kardiologii inwazyjnej w woj. opolskim. Znaczący wzrost kosztów zrealizowanych świadczeń w szpitalach opolskich na rzecz ubezpieczonych w wielkopolskim i łódzkim OOWNFZ wskazuje na realizację przez ośrodek kardiologii inwazyjnej w Kluczborku świadczeń dla tej grupy ubezpieczonych.

Tabela 126. Wartość świadczeń nielimitowanych kardiologii E11-E14 rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezpiec OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012	zmiana bilansu migracyjnego 2012/2011
Śląski	883 371,00	801 964,00	90,78%	275 320,00	267 231,00	-8 089,00
Dolnośląski	319 821,00	336 160,00	105,11%	224 548,00	151 353,00	-73 195,00
Łódzki	60 486,00	64 581,36	106,77%	437 150,00	809 303,64	372 153,64
Wielkopolski	37 077,00	12 272,00	33,10%	398 373,00	1 087 798,00	689 425,00
Mazowiecki	63 087,00	24 544,00	38,91%	-63 087,00	35 328,00	98 415,00
Małopolski	149 889,00	261 872,00		-126 289,00	-235 445,00	-109 156,00
łącznie wszystkie OOWNFZ	1 645 005,00	1 684 276,12	102,39%	1 211 460,00	1 992 297,88	780 837,88

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 127. Wartość świadczeń nielimitowanych kardiologii E11-E14 rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	1 158 691,00	1 069 195,00	92,28%
Dolnośląski	544 369,00	487 513,00	89,56%
Łódzki	497 636,00	873 885,00	175,61%
Wielkopolski	435 450,00	1 100 070,00	252,63%
Mazowiecki	0,00	59 872,00	
Małopolski	23 600,00	26 427,00	111,98%
łącznie wszystkie OOWNFZ	2 856 465,00	3 676 574,00	128,71%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Odrębnie finansowane badania diagnostyczne i dostępność do tych badań mierzona kosztami wykonanych świadczeń, to kolejna grupa podlegająca ocenie w niniejszym opracowaniu.

W zakresie badań MRI uległa zwiększeniu wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem o ok. 75 tys. zł (ok. 15%). Równocześnie zarejestrowano nieznaczne zmniejszenie wartości świadczeń z zakresu badań MRI zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ - o około 30 tys. zł (ok. 1%). Największy był wzrost wartości badań MRI na rzecz ubezpieczonych OOWNFZ w pracowniach woj. dolnośląskiego – o ok. 52 tys. zł. Równocześnie w placówkach woj. opolskiego zrealizowano w roku 2012 na rzecz ubezpieczonych woj. dolnośląskiego badania MRI o wartości ponad 40 tys. zł większej, aniżeli w roku 2011, a na rzecz pacjentów woj. śląskiego – o 70 tys. zł mniejszej, aniżeli w roku 2011. łącznie dodatni bilans migracyjny uległ dla OOWNFZ w roku 2012 uległ zmniejszeniu o około 105 tys. zł.

Tabela 128. Wartość badań MRI rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	263 269,00	256 889,50	97,58%	1 415 090,00	1 351 145,55
Dolnośląski	153 213,40	205 236,15	133,95%	509 305,10	497 901,30
Łódzki	7 575,50	8 174,00	107,90%	86 480,50	93 185,00
Wielkopolski	7 077,50	16 401,75	231,74%	15 940,00	10 115,20
Mazowiecki	35 845,00	38 489,50	107,38%	-27 862,00	-28 697,50
Małopolski	12 475,20	18 013,10	144,39%	20 012,55	-21,80
łącznie wszystkie OOWNFZ	500 581,55	575 455,40	114,96%	2 036 308,45	1 930 447,60

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Tabela 129. Wartość badań MR rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w I półroczu 2011r i 2012r

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	1 678 359,00	1 608 035,05	95,81%
Dolnośląski	662 518,50	703 137,45	106,13%
Łódzki	94 056,00	101 359,00	107,76%
Wielkopolski	23 017,50	26 516,95	115,20%
Mazowiecki	7 983,00	9 792,00	122,66%
Małopolski	32 487,75	17 991,30	55,38%
łącznie wszystkie OOWNFZ	2 536 890,00	2 505 903,00	98,78%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W zakresie badań TK uległa zwiększeniu wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem o ponad 160 tys. zł (ok 25%) w roku 2012 w porównaniu do 2011r. Równocześnie zarejestrowano zmniejszenie wartości świadczeń z zakresu badań TK zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 233 tys. zł (ponad 19%). W bilansie rozliczeń międzyoddziałowych, w zakresie badań TK uległ zmniejszeniu o 395 tys. zł

(+) bilans dla OOWNFZ. Wyraźnie zmniejsza się liczba badań TK wykonywanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych w dolnośląskim OOWNFZ (o ok. 104 tys. zł) oraz wielkopolskim – o 84 tys. zł.

Tabela 130. Wartość badań TK rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	403 978,15	496 216,50	122,83%	-68 763,65	-183 571,50
Dolnośląski	168 666,83	229 561,14	136,10%	410 965,17	245 933,76
Łódzki	11 332,48	10 018,60	88,41%	82 567,02	68 565,10
Wielkopolski	12 787,00	14 411,50	112,70%	145 177,00	59 052,10
Mazowiecki	38 217,00	38 680,50	101,21%	-31 544,50	-32 779,00
Małopolski	9 504,10	12 816,90	134,86%	1 222,90	-3 942,60
łącznie wszystkie OOWNFZ	660 880,66	823 064,34	124,54%	550 683,84	155 169,86

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 131. Wartość badań TK rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	335 214,50	312 645,00	93,27%
Dolnośląski	579 632,00	475 494,90	82,03%
Łódzki	93 899,50	78 583,70	83,69%
Wielkopolski	157 964,00	73 463,60	46,51%
Mazowiecki	6 672,50	5 901,50	88,45%
Małopolski	10 727,00	8 874,30	82,73%
łącznie wszystkie OOWNFZ	1 211 564,50	978 234,20	80,74%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie badań kolonoskopowych nieznacznie uległa zwiększeniu wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem w roku 2012 w porównaniu do 2011r (o ok. 20 tys. zł). Równocześnie zarejestrowano zwiększenie wartości świadczeń z zakresu badań kolonoskopowych zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o ponad 45 tys. zł (ponad 27%). W bilansie rozliczeń międzyoddziałowych, w zakresie badań kolonoskopowych uległ zwiększeniu o ok.25 tys. zł (+) bilans dla OOWNFZ. Wyraźnie zwiększa się wartość badań wykonywanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych w śląskim i łódzkim OOWNFZ.

Tabela 132. Wartość badań kolonoskopowych rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	18 738,30	22 119,60	118,04%	18 011,70	28 880,40
Dolnośląski	34 493,60	42 724,40	123,86%	19 371,40	15 900,60
Łódzki	1 134,00	453,00	39,95%	48 531,00	63 847,00
Wielkopolski	1 045,00		0,00%	5 675,00	14 100,00
Mazowiecki	1 350,00	4 590,00	340,00%	4 110,00	1 210,00
Małopolski	1 683,00	3 997,00	237,49%	3 987,00	-697,00
łącznie wszystkie OOWNFZ	61 966,20	82 797,00	133,62%	103 093,80	128 013,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 133. Wartość badań kolonoskopowych rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	36 750,00	51 000,00	138,78%
Dolnośląski	53 865,00	58 625,00	108,84%
Łódzki	49 665,00	64 300,00	129,47%
Wielkopolski	6 720,00	14 100,00	209,82%
Mazowiecki	5 460,00	5 800,00	106,23%
Małopolski	5 670,00	3 300,00	58,20%
łącznie wszystkie OOWNFZ	165 060,00	210 810,00	127,72%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W zakresie badań gastrokopii uległa zmniejszeniu wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem w roku 2012 w porównaniu do 2011r. o ok. 3,5 tys. zł. Równocześnie zarejestrowano zwiększenie wartości świadczeń z zakresu badań gastrokopii zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o ponad 7 tys. zł (około 10%). W bilansie rozliczeń międzyoddziałowych, w zakresie badań gastrokopii uległ zwiększeniu o ok. 11 tys. zł (+) bilans dla OOWNFZ. Wyraźnie zwiększa się wartość badań wykonywanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych w śląskim i łódzkim OOWNFZ.

Tabela 134. Wartość badań gastrokopii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	16 111,11	14 651,40	90,94%	2 208,89	9 744,10
Dolnośląski	14 668,56	14 569,57	99,33%	27 761,44	21 199,93
Łódzki	1 826,85	1 900,20	104,02%	3 463,15	8 899,80
Wielkopolski	648,00	216,00	33,33%	2 752,00	3 904,00
Mazowiecki	2 817,00	1 224,00	43,45%	-607,00	623,50
Małopolski	1 780,40	1 675,20	94,09%	-240,40	-485,20
łącznie wszystkie OOWNFZ	41 144,72	37 599,32	91,38%	37 225,28	48 247,18

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Tabela 135. Wartość badań gastrokopii rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	18 320,00	24 395,50	133,16%
Dolnośląski	42 430,00	35 769,50	84,30%
Łódzki	5 290,00	10 800,00	204,16%
Wielkopolski	3 400,00	4 120,00	121,18%
Mazowiecki	2 210,00	1 847,50	83,60%
Małopolski	1 540,00	1 190,00	77,27%
łącznie wszystkie OOWNFZ	78 370,00	85 846,50	109,54%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

W zakresie hemodializoterapii uległa nieznacznemu zwiększeniu wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem w roku 2012 w porównaniu do 2011r. o ok. 11 tys. zł. Równocześnie zarejestrowano zmniejszenie wartości hemodializ zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o ponad 50 tys. zł. W bilansie rozliczeń międzyoddziałowych, w zakresie hemodializoterapii uległ zmniejszeniu o ok.60 tys. zł (-) bilans dla OOWNFZ. Bilans ten dla OOWNFZ w roku 2012 wynosił – 1,3 mln zł.

W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej nieznacznie wzrosła wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem – o około 20 tys. zł (około 1%). Zarejestrowano zmniejszenie wartości świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej

zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych z woj. opolskiego w ośrodkach woj. wielkopolskiego – o ponad 71 tys. zł, Wzrosła natomiast wartość świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej zrealizowanej na terenie woj. małopolskiego – o około 42 tys. zł. Równocześnie o ponad 460 tys. zł zwiększyła się wartość świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej zrealizowanych na terenie woj. opolskiego na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ. Największe wartościowo zwiększenie dotyczyło ubezpieczonych woj. dolnośląskiego korzystających ze świadczeń w ośrodkach opolskich – o około 260 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym tej grupy świadczeń nastąpiła zmiana ujemnego dla Opolskiego OOWNFZ bilansu w roku 2011 na dodatni w roku 2012 (+80 tys. zł) – o ponad 440 tys. zł.

Tabela 136. Wartość świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej (całodobowej i dziennej) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	1 323 268,05	1 383 449,65	104,55%	-570 792,95	-558 403,65
Dolnośląski	742 285,90	747 673,40	100,73%	377 539,70	635 650,85
Łódzki	31 691,20	17 036,20	53,76%	105 777,80	128 909,90
Wielkopolski	262 239,90	191 087,70	72,87%	-187 685,90	-139 493,20
Mazowiecki	82 856,50	78 266,50	94,46%	-49 858,50	45 728,50
Małopolski	148 164,40	191 001,10	128,91%	-112 061,15	-109 300,60
łącznie wszystkie OOWNFZ	2 781 246,65	2 801 785,25	100,74%	-362 731,20	80 185,10

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWN NFZ

Tabela 137. Wartość świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	752 475,10	825 046,00	109,64%
Dolnośląski	1 119 825,60	1 383 324,25	123,53%
Łódzki	137 469,00	145 946,10	106,17%
Wielkopolski	74 554,00	51 594,50	69,20%
Mazowiecki	32 998,00	123 995,00	375,77%
Małopolski	36 103,25	81 700,50	226,30%
łącznie wszystkie OOWNFZ	2 418 515,45	2 881 970,35	119,16%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWN NFZ

W zakresie rehabilitacji neurologicznej nieznacznie spadła wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem – o około 1,5 tys. zł. Zarejestrowano spadek wartości świadczeń tego zakresu rozliczanych z dolnośląskim OOWNFZ o około 48 tys. zł. Równocześnie zarejestrowano także zmniejszenie wartości świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 300 tys. zł (ok. 20%). Największe wartościowo zmniejszenie dotyczyło ubezpieczonych woj. śląskiego korzystających ze świadczeń w ośrodkach opolskich – o około 380 tys. zł. Świadczyć to może o lepszej organizacji dostępności do rehabilitacji neurologicznej na terenie tego województwa. Wzrosła natomiast o ok. 35 tys. zł wartość świadczeń rehabilitacji neurologicznej udzielonych ubezpieczonym woj. dolnośląskiego oraz o 28 tys. zł ubezpieczonym woj. łódzkiego. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiło zmniejszenie (+) dla Opolskiego OOWNFZ bilansu w porównaniu I półrocza 2011 i 2012 – o ok. 300 tys. zł.

Tabela 138. Wartość świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	512 720,00	509 040,00	99,28%	358 145,60	-15 164,80
Dolnośląski	103 982,40	56 217,00	54,06%	469 124,80	552 419,10
Łódzki		11 237,90		8 400,00	25 533,50
Wielkopolski	47 894,00	36 300,00	75,79%	-34 536,50	-16 690,00
Mazowiecki	74 520,00	74 020,00	99,33%	-60 501,60	-50 509,20
Małopolski	4 578,00	14 761,80	322,45%	612,00	-11 836,20
łącznie wszystkie OOWNFZ	773 469,40	772 028,30	99,81%	763 849,30	465 177,20

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 139. Wartość świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	870 865,60	493 875,20	56,71%
Dolnośląski	573 107,20	608 636,10	106,20%
Łódzki	8 400,00	36 771,40	437,75%
Wielkopolski	13 357,50	19 610,00	146,81%
Mazowiecki	14 018,40	23 510,80	167,71%
Małopolski	5 190,00	2 925,60	56,37%
łącznie wszystkie OOWNFZ	1 537 318,70	1 237 205,50	80,48%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

W zakresie rehabilitacji kardiologicznej znacznie wzrosła wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem – o ok. 340 tys. zł (około 35%). Znaczący wzrost wartości świadczeń tego zakresu (o ok. 345 tys. zł) nastąpił w rozliczeniach ze śląskim OOWNFZ. Równocześnie zarejestrowano także zwiększenie wartości świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych z innych OOWNFZ o około 387 tys. zł (ok. 9%). Największe wartościowo zwiększenie dotyczyło ubezpieczonych woj. dolnośląskiego (o ponad 375 tys. zł) oraz wielkopolskiego (o ok. 82 tys. zł) korzystających ze świadczeń w ośrodkach opolskich. Zmniejszeniu uległa wartość świadczeń rehabilitacji kardiologicznej udzielonych ubezpieczonym woj. śląskiego o ponad 60 tys. zł. Wartość świadczeń rehabilitacji kardiologicznej realizowanej na rzecz ubezpieczonych woj. dolnośląskiego jest nadal wysoka i sięga 4 mln zł w skali roku 2012. W ogólnym bilansie migracyjnym nastąpiło zwiększenie (+) dla Opolskiego OOWNFZ bilansu w porównaniu roku 2012 i 2011 – o ok. 47 tys. zł.

Tabela 140. Wartość świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	902 558,20	1 247 257,00	138,19%	-612 236,20	-1 019 460,40
Dolnośląski	33 305,90	21 330,00	64,04%	3 536 436,10	3 923 943,60
Wielkopolski	5 616,00		0,00%	110 070,00	198 079,45
Mazowiecki	7 280,00	11 648,00	160,00%	-3 056,00	10 869,00
łącznie wszystkie OOWNFZ	952 456,10	1 292 331,00	135,68%	3 208 567,90	3 255 351,75

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 141. Wartość świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	290 322,00	227 796,60	78,46%
Dolnośląski	3 569 742,00	3 945 273,60	110,52%
Łódzki	69 276,00	55 709,15	80,42%
Wielkopolski	115 686,00	198 079,45	171,22%
Mazowiecki	4 224,00	22 517,00	533,07%
Małopolski	4 800,00	8 090,25	168,55%
łącznie wszystkie OOWNFZ	4 161 024,00	4 547 682,75	109,29%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Wartość świadczeń z zakresu alergologii dorosłych i dzieci zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem wzrosła o ok. 3 tys. zł (o ok. 2%) głównie w poradniach woj. dolnośląskiego. Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu alergologii dorosłych i dzieci zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 46 tys. zł, w tym na rzecz ubezpieczonych z woj. śląskiego o około 32 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym dodatni dla OOWNFZ bilans migracyjny uległ poprawie o ponad 43 tys. zł.

Tabela 142. Wartość świadczeń z zakresu alergologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	28 855,97	28 702,56	99,47%	89 541,53	121 720,78
Dolnośląski	67 240,63	71 352,16	106,11%	-40 704,48	-36 384,45
Łódzki	8 873,29	10 340,80	116,54%	1 558,76	3 416,73
Wielkopolski	5 914,03	5 483,68	92,72%	14 523,97	19 789,88
Mazowiecki	10 658,50	9 882,20	92,72%	-8 369,75	-7 039,69
Małopolski	8 036,98	6 069,48	75,52%	-3 255,83	-1 812,31
łącznie wszystkie OOWNFZ	140 974,33	143 827,45	102,02%	62 350,22	105 759,87

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Tabela 143. Wartość świadczeń z zakresu alergologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	118 397,50	150 423,34	127,05%
Dolnośląski	26 536,15	34 967,71	131,77%
Łódzki	10 432,05	13 757,53	131,88%
Wielkopolski	20 438,00	25 273,56	123,66%
Mazowiecki	2 288,75	2 842,51	124,19%
Małopolski	4 781,15	4 257,17	89,04%
łącznie wszystkie OOWNFZ	203 324,55	249 587,32	122,75%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Wartość świadczeń z zakresu endokrynologii dorosłych i dzieci zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem wzrosła o około 30 tys. zł (o ok. 26%). Największy wzrost wartości świadczeń nastąpił w woj. śląskim (o ok. 22 tys. zł), natomiast wartość świadczeń realizowanych w woj. dolnośląskim spadła. Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu endokrynologii dorosłych i dzieci zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 12 tys. zł, w tym na rzecz ubezpieczonych z woj. śląskiego o około 9 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym ujemny dla OOWNFZ bilans migracyjny uległ pogorszeniu o około 17 tys. zł

Tabela 144. Wartość świadczeń z zakresu endokrynologii dorosłych i dzieci rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	72 663,20	95 212,55	131,03%	-45 780,30	-59 484,35
Dolnośląski	19 283,20	15 934,32	82,63%	-959,15	1 493,64
Łódzki	1 141,95	3 438,20	301,08%	3 996,15	4 277,63
Wielkopolski	2 775,34	4 234,50	152,58%	-320,14	-58,45
Mazowiecki	6 449,65	9 483,95	147,05%	-4 258,40	-7 432,40
Małopolski	5 285,15	6 820,12	129,04%	-1 871,40	-4 480,22
łącznie wszystkie OOWNFZ	112 860,24	142 332,82	126,11%	-46 038,89	-63 297,89

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 145. Wartość świadczeń z zakresu endokrynologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	26 882,90	35 728,20	132,90%
Dolnośląski	18 324,05	17 427,96	95,11%
Łódzki	5 138,10	7 715,83	150,17%
Wielkopolski	2 455,20	4 176,05	170,09%
Mazowiecki	2 191,25	2 051,55	93,62%
Małopolski	3 413,75	2 339,90	68,54%
łącznie wszystkie OOWNFZ	66 821,35	79 034,93	118,28%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Wartość świadczeń z zakresu kardiologii dorosłych i dzieci zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem wzrosła o ponad 47 tys. zł (o ok. 24%). Największy wzrost wartości świadczeń w poradniach kardiologicznych nastąpił na terenie woj. śląskiego – o około 35 tys. zł. Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu kardiologii dorosłych zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 29 tys. zł, w tym na rzecz ubezpieczonych z woj. śląskiego o ponad 23 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym ujemny dla OOWNFZ bilans migracyjny uległ pogorszeniu o około 19 tys. zł.

Tabela 146. Wartość świadczeń z zakresu kardiologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	127 522,40	162 659,55	127,55%	-82 238,60	-94 341,55
Dolnośląski	43 543,88	50 565,85	116,13%	-22 346,78	-25 229,30
Łódzki	3 611,33	4 697,00	130,06%	6 539,17	6 403,00
Wielkopolski	3 646,43	3 597,61	98,66%	4 925,07	6 004,74
Mazowiecki	10 012,75	8 251,00	82,40%	-6 865,05	-4 208,85
Małopolski	6 693,71	9 209,53	137,58%	-3 256,61	-5 785,03
łącznie wszystkie OOWNFZ	203 282,81	251 235,43	123,59%	-102 049,71	-121 053,18

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 147. Wartość świadczeń z zakresu kardiologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	45 283,80	68 318,00	150,87%
Dolnośląski	21 197,10	25 336,55	119,53%
Łódzki	10 150,50	11 100,00	109,35%
Wielkopolski	8 571,50	9 602,35	112,03%
Mazowiecki	3 147,70	4 042,15	128,42%
Małopolski	3 437,10	3 424,50	99,63%
łącznie wszystkie OOWNFZ	101 233,10	130 182,25	128,60%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Wartość świadczeń z zakresu diabetologii dorosłych i dzieci zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem uległa zwiększeniu o ok. 4 tys. zł. Największy wzrost wartości świadczeń nastąpił w woj. śląskim. Równocześnie zarejestrowano wzrost wartości świadczeń z zakresu endokrynologii dorosłych i dzieci zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 7 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym ujemny dla OOWNFZ bilans migracyjny uległ poprawie o około 3 tys. zł

Tabela 148. Wartość świadczeń z zakresu diabetologii dorosłych i dzieci(AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	21 433,47	24 083,00	112,36%	-6 941,57	-4 424,26
Dolnośląski	10 934,20	11 857,22	108,44%	-2 303,70	-1 663,43
Łódzki	2 938,30	2 758,19	93,87%	-1 784,20	-1 312,55
Wielkopolski	1 153,18	2 133,36	185,00%	-409,18	-1 140,19
Mazowiecki	2 430,60	2 491,00	102,48%	-1 639,00	-1 644,39
Małopolski	2 208,08	2 674,48	121,12%	-1 417,18	-2 014,49
łącznie wszystkie OOWNFZ	44 815,97	48 829,48	108,96%	-16 093,97	-12 969,07

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 149. Wartość świadczeń z zakresu diabetologii dorosłych i dzieci(AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	14 491,90	19 658,74	135,65%
Dolnośląski	8 630,50	10 193,79	118,11%
Łódzki	1 154,10	1 445,65	125,26%
Wielkopolski	744,00	993,17	133,49%
Mazowiecki	791,60	846,61	106,95%
Małopolski	790,90	659,99	83,45%
łącznie wszystkie OOWNFZ	28 722,00	35 860,42	124,85%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Wartość świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem wzrosła o ponad 31 tys. zł (o ok. 11%). Zarejestrowano wzrost wartości świadczeń w poradniach chirurgii ogólnej na terenie woj. dolnośląskiego – o około 17 tys. zł oraz spadek na terenie woj. śląskiego - o ok. 3 tys. zł. Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 36 tys. zł (wzrost o 23%), w tym na rzecz ubezpieczonych z woj. śląskiego o ponad 16 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym ujemny dla OOWNFZ bilans migracyjny uległ poprawie o około 4,5 tys. zł.

Tabela 150. Wartość świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	104 437,90	107 552,68	102,98%	-41 850,50	-28 500,85
Dolnośląski	109 817,98	126 835,29	115,50%	-69 438,78	-76 812,50
Łódzki	8 972,15	10 695,11	119,20%	-128,80	-1 184,10
Wielkopolski	12 184,12	13 254,89	108,79%	-3 229,22	-750,01
Mazowiecki	11 547,10	11 623,50	100,66%	-6 138,20	-4 475,29
Małopolski	13 364,47	19 178,81	143,51%	-6 586,02	-11 503,58
łącznie wszystkie OOWNFZ	290 151,11	321 592,72	110,84%	-134 807,01	-130 253,29

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 151. Wartość świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	62 587,40	79 051,84	126,31%
Dolnośląski	40 379,20	50 022,80	123,88%
Łódzki	8 843,35	9 511,01	107,55%
Wielkopolski	8 954,90	12 504,88	139,64%
Mazowiecki	5 408,90	7 148,21	132,16%
Małopolski	6 778,45	7 675,24	113,23%
łącznie wszystkie OOWNFZ	155 344,10	191 339,44	123,17%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Wartość świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii dorosłych i dzieci zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem wzrosła o ponad 43 tys. zł (o ok. 15%). Zarejestrowano wzrost wartości świadczeń w poradniach ortopedii i traumatologii dorosłych i dzieci na terenie woj. dolnośląskiego – o około 18 tys. zł oraz wzrost na terenie woj. śląskiego - o ok. 11 tys. zł. Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii dorosłych i dzieci zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 72 tys. zł (wzrost o 25%), w tym na rzecz ubezpieczonych z woj. dolnośląskiego o ok. 34 tys. zł oraz woj. śląskiego o ponad 20 tys. zł. Zdecydowanie większa wartość świadczeń jest realizowana na rzecz ubezpieczonych woj. dolnośląskiego, aniżeli w poradniach woj. dolnośląskiego na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ. W ogólnym bilansie migracyjnym dodatni dla OOWNFZ bilans migracyjny uległ poprawie o około 28 tys. zł.

Tabela 152. Wartość świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	163 186,49	174 281,97	106,80%	-80 506,00	-71 067,84
Dolnośląski	49 040,93	67 137,23	136,90%	86 094,24	102 744,75
Łódzki	10 391,21	13 242,70	127,44%	6 043,94	8 855,93
Wielkopolski	5 972,13	7 016,73	117,49%	6 452,42	5 815,06
Mazowiecki	20 328,00	21 308,50	104,82%	-13 396,31	-13 517,54
Małopolski	16 454,99	25 168,05	152,95%	-7 174,34	-13 145,59
łącznie wszystkie OOWNFZ	286 529,29	330 151,18	115,22%	5 473,09	33 742,94

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Tabela 153. Wartość świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	82 680,49	103 214,14	124,83%
Dolnośląski	135 135,17	169 881,98	125,71%
Łódzki	16 435,15	22 098,63	134,46%
Wielkopolski	12 424,55	12 831,79	103,28%
Mazowiecki	6 931,69	7 790,97	112,40%
Małopolski	9 280,65	12 022,46	129,54%
łącznie wszystkie OOWNFZ	292 002,39	363 894,13	124,62%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Wartość świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem wzrosła o około 113 tys. zł (o ok. 18%). Zarejestrowano wzrost wartości świadczeń w poradniach ginekologiczno-położniczych na terenie woj. dolnośląskiego – o około 75 tys. zł. Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 173 tys. zł (wzrost o ponad 32%), w tym na rzecz ubezpieczonych z woj.

dolnośląskiego o ok. 71 tys. zł oraz woj. śląskiego o ponad 48 tys. zł. Zdecydowanie większa wartość świadczeń jest realizowana na rzecz ubezpieczonych woj. śląskiego, aniżeli w poradniach woj. śląskiego na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ. W ogólnym bilansie migracyjnym ujemny dla OOWNFZ bilans migracyjny w roku 2011 uległ poprawie o ponad 60 tys. zł.

Tabela 154. Wartość świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	141 736,61	147 485,71	104,06%	17 179,99	60 180,96
Dolnośląski	324 303,85	400 043,51	123,35%	-100 592,63	-105 306,92
Łódzki	19 103,05	19 945,99	104,41%	18 779,70	26 947,50
Wielkopolski	26 673,75	35 941,27	134,74%	559,15	1 658,58
Mazowiecki	46 635,55	43 819,40	93,96%	-35 334,60	-25 127,58
Małopolski	31 133,03	39 764,70	127,73%	-13 602,98	-17 519,49
łącznie wszystkie OOWNFZ	636 712,06	749 659,85	117,74%	-96 951,59	-36 748,49

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 155. Wartość świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	158 916,60	207 666,67	130,68%
Dolnośląski	223 711,23	294 736,59	131,75%
Łódzki	37 882,75	46 893,49	123,79%
Wielkopolski	27 232,90	37 599,85	138,07%
Mazowiecki	11 300,95	18 691,82	165,40%
Małopolski	17 530,05	22 245,22	126,90%
łącznie wszystkie OOWNFZ	539 760,48	712 911,37	132,08%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Wartość świadczeń z zakresu okulistyki dorosłych i dzieci zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem wzrosła o około 170 tys. zł (o ok. 24%). Zarejestrowano wzrost wartości świadczeń w poradniach okulistycznych dorosłych i dzieci na terenie woj. śląskiego - o ok. 78 tys. zł. oraz na terenie woj. dolnośląskiego – o około 57 tys. zł. i łódzkiego – o ok. 19 tys. zł. Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu okulistyki dorosłych i dzieci zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 33 tys. zł (wzrost o 21%), w tym na rzecz ubezpieczonych z woj. śląskiego o ponad 18 tys. zł. oraz woj. dolnośląskiego o ok. 8 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym ujemny dla OOWNFZ bilans migracyjny uległ pogorszeniu o ponad 136 tys. zł i wyniósł w roku 2012 (-)701 tys. zł.

Tabela 156. Wartość świadczeń z zakresu okulistyki dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	427 116,87	505 531,94	118,36%	-372 558,32	-432 704,10
Dolnośląski	188 154,92	244 790,25	130,10%	-139 240,87	-187 672,42
Łódzki	23 823,14	42 628,12	178,94%	-13 799,09	-31 323,26
Wielkopolski	17 233,08	29 724,43	172,48%	-8 066,08	-18 276,76
Mazowiecki	23 535,10	19 245,95	81,78%	-17 851,15	-13 300,61
Małopolski	16 000,54	21 584,64	134,90%	-9 012,94	-15 556,34
łącznie wszystkie OOWNFZ	722 121,96	891 942,27	123,52%	-564 625,81	-701 257,57

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 157. Wartość świadczeń z zakresu okulistyki dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	54 558,55	72 827,84	133,49%
Dolnośląski	48 914,05	57 117,84	116,77%
Łódzki	10 024,05	11 304,87	112,78%
Wielkopolski	9 167,00	11 447,68	124,88%
Mazowiecki	5 683,95	5 945,35	104,60%
Małopolski	6 987,60	6 028,30	86,27%
łącznie wszystkie OOWNFZ	157 496,15	190 684,70	121,07%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Wartość świadczeń z zakresu onkologii zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem wzrosła o ponad 100 tys. zł (o ok. 22%). Zarejestrowano wzrost wartości świadczeń w poradniach onkologicznych na terenie woj. śląskiego - o ok. 79 tys. zł. Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu onkologii zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 61 tys. zł (wzrost o ponad 68%), w tym na rzecz ubezpieczonych z woj. śląskiego o ponad 28 tys. zł oraz woj. dolnośląskiego o ok. 13 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym ujemny dla OOWNFZ bilans migracyjny w roku 2011 uległ pogorszeniu o ponad 39 tys. zł.

Tabela 158. Wartość świadczeń z zakresu onkologii (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	336 406,83	415 204,10	123,42%	-313 762,33	-364 169,05
Dolnośląski	85 825,88	97 226,02	113,28%	-50 767,13	-49 306,45
Łódzki	2 536,26	2 166,10	85,41%	6 612,99	14 708,05
Wielkopolski	6 368,95	7 085,06	111,24%	-2 109,50	4 389,66
Mazowiecki	19 849,35	27 081,75	136,44%	-15 326,55	-19 241,55
Małopolski	2 911,21	5 649,62	194,06%	576,64	-3 686,12
łącznie wszystkie OOWNFZ	460 102,28	560 593,39	121,84%	-370 329,03	-409 344,38

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Tabela 159 Wartość świadczeń z zakresu onkologii (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	22 644,50	51 035,05	225,38%
Dolnośląski	35 058,75	47 919,57	136,68%
Łódzki	9 149,25	16 874,15	184,43%
Wielkopolski	4 259,45	11 474,72	269,39%
Mazowiecki	4 522,80	7 840,20	173,35%
Małopolski	3 487,85	1 963,50	56,30%
łącznie wszystkie OOWNFZ	89 773,25	151 249,01	168,48%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Wartość świadczeń z zakresu otolaryngologii dorosłych i dzieci zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem uległa zwiększeniu o ok. 11 tys. zł. Zarejestrowano wzrost wartości świadczeń w poradniach otolaryngologicznych dorosłych i dzieci na terenie woj. dolnośląskiego - o ok. 10 tys. zł. Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z otolaryngologii dorosłych i dzieci zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 50 tys. zł (wzrost o 31%), w tym na rzecz ubezpieczonych z woj. śląskiego o około 19 tys. zł. oraz woj. dolnośląskiego o ok. 17 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym ujemny dla OOWNFZ bilans migracyjny w roku 2011 uległ poprawie o około 40 tys. zł. i stał się w roku 2012 dodatni.

Tabela 160. Wartość świadczeń z zakresu otolaryngologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	63 743,11	70 090,40	109,96%	-7 628,51	5 059,48
Dolnośląski	55 863,72	65 509,39	117,27%	-6 044,57	1 358,19
Łódzki	5 852,08	4 834,05	82,60%	7 207,77	16 154,58
Wielkopolski	12 828,21	11 400,02	88,87%	-2 265,41	4 527,81
Mazowiecki	28 464,65	28 213,05	99,12%	-23 500,35	-23 215,29
Małopolski	9 768,18	12 132,84	124,21%	-2 678,38	-6 818,11
łącznie wszystkie OOWNFZ	198 137,35	209 305,00	105,64%	-38 729,50	715,44

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 161. Wartość świadczeń z zakresu otolaryngologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	56 114,60	75 149,89	133,92%
Dolnośląski	49 819,15	66 867,58	134,22%
Łódzki	13 059,85	20 988,63	160,71%
Wielkopolski	10 562,80	15 927,83	150,79%
Mazowiecki	4 964,30	4 997,76	100,67%
Małopolski	7 089,80	5 314,73	74,96%
łącznie wszystkie OOWNFZ	159 407,85	210 020,44	131,75%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Wartość świadczeń z zakresu dermatologii i wenerologii zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem wzrosła o około 12 tys. zł (o ponad 6%). Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu dermatologii zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 26 tys. zł (wzrost o około 27%), w tym na rzecz ubezpieczonych z woj. dolnośląskiego o ok. 10 tys. zł oraz woj. śląskiego o ok. 5 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym ujemny dla OOWNFZ bilans migracyjny w roku 2011 uległ poprawie o ponad 13 tys. zł.

Tabela 162. Wartość świadczeń z zakresu dermatologii i wenerologii (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	46 269,33	48 151,96	104,07%	-7 199,18	-3 652,89
Dolnośląski	90 906,47	98 238,31	108,07%	-67 461,92	-64 664,47
Łódzki	14 210,18	13 201,85	92,90%	-6 921,83	-4 353,90
Wielkopolski	7 801,79	10 239,54	131,25%	-797,19	2 234,44
Mazowiecki	11 715,75	9 521,80	81,27%	-8 290,55	-5 237,90
Małopolski	7 599,32	10 677,42	140,50%	-4 385,82	-6 544,30
łącznie wszystkie OOWNFZ	197 026,71	209 632,89	106,40%	-99 247,81	-85 619,97

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 163. Wartość świadczeń z zakresu dermatologii i wenerologii (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	39 070,15	44 499,07	113,90%
Dolnośląski	23 444,55	33 573,85	143,21%
Łódzki	7 288,35	8 847,96	121,40%
Wielkopolski	7 004,60	12 473,98	178,08%
Mazowiecki	3 425,20	4 283,90	125,07%
Małopolski	3 213,50	4 133,12	128,62%
łącznie wszystkie OOWNFZ	97 778,90	124 012,92	126,83%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Wartość świadczeń z zakresu neurologii dorosłych i dzieci zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem wzrosła o około 11 tys. zł (o ponad 7%). Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu neurologii dorosłych i dzieci zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 28 tys. zł (wzrost o około 27%), w tym na rzecz ubezpieczonych z woj. śląskiego o ok. 10 tys. zł oraz woj. dolnośląskiego o ok. 7 tys. zł. W ogólnym bilansie migracyjnym ujemny dla OOWNFZ bilans migracyjny w roku 2011 uległ poprawie w roku 2012 o około 16 tys. zł.

Tabela 164. Wartość świadczeń z zakresu neurologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	64 047,15	71 797,99	112,10%	-30 067,70	-26 968,40
Dolnośląski	55 811,70	57 829,05	103,61%	-24 432,05	-19 030,17
Łódzki	6 061,58	4 412,55	72,80%	519,17	5 946,43
Wielkopolski	3 176,47	5 346,73	168,32%	4 391,08	5 038,51
Mazowiecki	10 744,40	10 459,40	97,35%	-7 589,70	-6 724,65
Małopolski	6 138,03	7 222,72	117,67%	-739,93	-3 803,12
Łącznie wszystkie OOWNFZ	159 608,20	171 135,65	107,22%	-58 261,60	-42 102,15

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 165. Wartość świadczeń z zakresu neurologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	33 979,45	44 829,60	131,93%
Dolnośląski	31 379,65	38 798,89	123,64%
Łódzki	6 580,75	10 358,98	157,41%
Wielkopolski	7 567,55	10 385,24	137,23%
Mazowiecki	3 154,70	3 734,75	118,39%
Małopolski	5 398,10	3 419,61	63,35%
Łącznie wszystkie OOWNFZ	101 346,60	129 033,50	127,32%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Wartość świadczeń z zakresu urologii dorosłych i dzieci zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem wzrosła o około 19 tys. zł (o ok. 28%). Równocześnie zarejestrowano także wzrost wartości świadczeń z zakresu urologii dorosłych i dzieci zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw o około 13 tys. zł (wzrost o około 13%). Wyraźnie wzrosła wartość świadczeń z zakresu urologii realizowanych na rzecz ubezpieczonych woj. opolskiego w woj. śląskim (o ok. 13 tys. zł) przy równoczesnym zwiększeniu wartości świadczeń realizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych woj. śląskiego (o ok. 7,5 tys. zł). W ogólnym bilansie migracyjnym dodatni dla OOWNFZ bilans migracyjny w roku 2011 uległ pogorszeniu o około 5 tys. zł.

Tabela 166. Wartość świadczeń z zakresu urologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	25 332,90	38 459,11	151,81%	7 443,80	1 824,36
Dolnośląski	21 246,49	22 759,33	107,12%	25 291,61	28 897,87
Łódzki	2 400,41	2 663,30	110,95%	1 098,04	430,76
Wielkopolski	2 830,12	2 977,24	105,20%	6 826,93	9 421,01
Mazowiecki	7 064,65	8 265,00	116,99%	-5 554,05	-7 361,14
Małopolski	1 960,41	4 041,77	206,17%	214,19	-2 251,03
Łącznie wszystkie OOWNFZ	67 769,16	86 666,71	127,89%	34 590,59	29 441,36

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 167. Wartość świadczeń z zakresu urologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	32 776,70	40 283,47	122,90%
Dolnośląski	46 538,10	51 657,20	111,00%
Łódzki	3 498,45	3 094,06	88,44%
Wielkopolski	9 657,05	12 398,25	128,39%
Mazowiecki	1 510,60	903,86	59,83%
Małopolski	2 174,60	1 790,75	82,35%
łącznie wszystkie OOWNFZ	102 359,75	116 108,08	113,43%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Wartość świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w OOWNFZ poza regionem wzrosła o około 27 tys. zł (o około 22%). Równocześnie nie zarejestrowano zmian w wartości świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej zrealizowanych w woj. opolskim na rzecz ubezpieczonych innych województw. Wyraźnie wzrosła wartość świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej realizowanych na rzecz ubezpieczonych woj. opolskiego w woj. śląskim – o około 18 tys. zł (ponad 24%). W ogólnym bilansie migracyjnym ujemny dla OOWNFZ bilans migracyjny w roku 2011 uległ pogorszeniu o około 26,5 tys. zł.

Tabela 168. Wartość świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012r (wg malejących wartości)

Wartość świadczeń na rzecz ubezp OOWNFZ	2011r	2012r	zmiana 2012/2011	bilans migracyjny 2011	bilans migracyjny 2012
Śląski	73 655,00	91 626,50	124,40%	-66 050,20	-81 216,50
Dolnośląski	37 632,60	40 475,85	107,56%	-28 854,10	-33 380,85
Łódzki	1 094,25	1 067,50	97,56%	472,30	2 917,50
Wielkopolski	2 978,54	2 773,90	93,13%	-1 528,39	101,10
Mazowiecki	3 285,00	5 704,00	173,64%	-622,35	-5 294,00
Małopolski	689,02	2 146,52	311,53%	2 769,03	-496,52
łącznie wszystkie OOWNFZ	121 243,26	148 542,82	122,52%	-91 076,26	-117 662,82

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

Tabela 169. Wartość świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.

Wartość świadczeń w Opolskim na rzecz innych OW	2011r	2012r	zmiana 2012/2011
Śląski	7 604,80	10 410,00	136,89%
Dolnośląski	8 778,50	7 095,00	80,82%
Łódzki	1 566,55	3 985,00	254,38%
Wielkopolski	1 450,15	2 875,00	198,26%
Mazowiecki	2 662,65	410,00	15,40%
Małopolski	3 458,05	1 650,00	47,71%
łącznie wszystkie OOWNFZ	30 167,00	30 880,00	102,36%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OOWNFZ

8. WYNIKI FINANSOWE W STACJONARNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM W 2012 ROKU.

Tabela 170. Zestawienie wyników finansowych za 12 m-cy 2010, 2011 i 2012 r. podmiotów leczniczych w Województwie Opolskim (w tys. zł)

Podmioty lecznicze	Wynik finansowy za 12 m-cy 2010 r.	Wynik finansowy za 12 m-cy 2011 r.	Wynik finansowy za 12 m-cy 2012 r.
Wojewódzkie*	-6 815	-10 331	14 149
Resortowe**	874	1 401	2 070
Powiatowe***	-3 824	-12 385	3 249
Spółki****	466	-1 307	246
Razem	-9 299	-22 622	19 714

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych ze sprawozdań o przychodach, kosztach i wyniku finansowym złożonych przez podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie oraz danych otrzymanych z pozostałych jednostek.

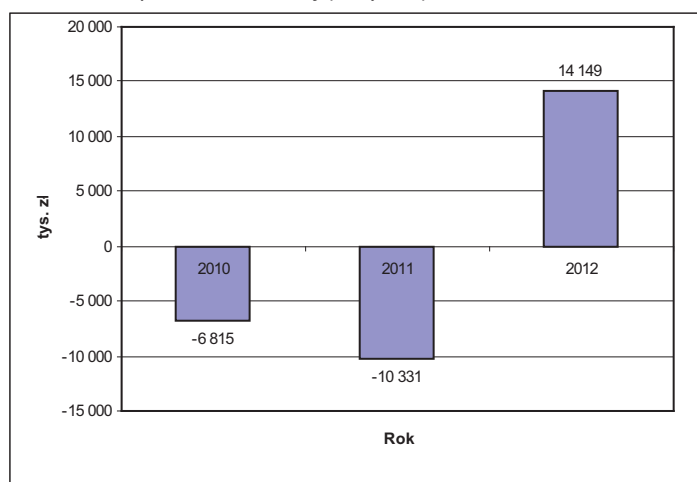
* 13 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;

** 3 podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest właściwy Minister działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;

*** 8 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe, działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;

**** 5 podmiotów leczniczych działających w formie spółek prawa handlowego – brak danych z jednej spółki

Wykres 48. Zestawienie wyników finansowych za 12 m-cy 2010, 2011 i 2012 r. 13 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie, działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (w tys. zł)



Źródło: Sprawozdania o przychodach, kosztach i wyniku finansowym złożone przez podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie.

Na przestrzeni ostatnich trzech lat sumaryczny wynik finansowy podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie uległ znacznej poprawie. Za 12 miesięcy 2012 r. był dodatni i wynosił 14 149 tys. zł. W porównaniu z tym samym okresem 2010 r. i 2011 r. wynik ten poprawił się odpowiednio o 20 964 tys. zł i o 24 480 tys. zł. Znaczna poprawa sumarycznego wyniku finansowego spowodowana jest zmianą przepisów prawnych, gdyż zgodnie z art. 8 Ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742) podmioty lecznicze dokonały przebiegowań niezamortyzowanej części aktywów trwałych otrzymanych nieodpłatnie lub sfinansowanych z dotacji na rozliczenia międzyokresowe przychodów. W wyniku ww. przebiegowań zmniejszyły się kapitały własne jednostek, jednakże dzięki tym przebiegowaniom poprawiły się ich wyniki finansowe. Na koniec 2012 r. aż 10 z 13 jednostek odnotowało dodatni wynik finansowy. Łączny zysk powyższych jednostek

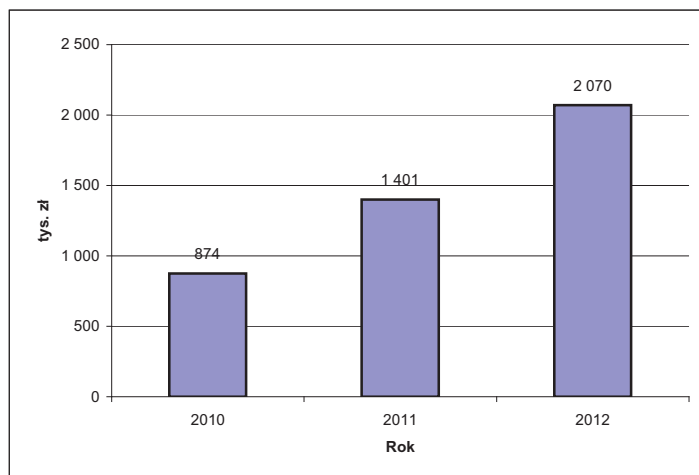
wynosi 15 389 tys. zł. Natomiast pozostałe 3 jednostki poniosły stratę. Łączna strata wynosi 1 240 tys. zł. Pomimo trudnej sytuacji finansowej wyniki finansowe za 12 miesięcy 2012 r. w porównaniu z tym samym okresem 2011 r. w 12 z 13 jednostek uległy poprawie. Ujemne wyniki finansowe w żadnym podmiocie leczniczym, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie nie przewyższają kosztów amortyzacji. Oznacza to, iż zgodnie z art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217) podmiot tworzący, nie musi w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego pokrywać ujemnych wyników finansowych za poprzedni rok obrotowy oraz nie musi podejmować uchwały o zmianie formy organizacyjno – prawnej albo o likwidacji SP ZOZ-u. Zarówno za 12 miesięcy 2010 r., jak i 2011 r. żaden podmiot leczniczy, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie nie posiadał zobowiązań wymagalnych. Sytuacja ta zmieniła się jednak w 2012 r., kiedy to jedna jednostka otrzymała noty odsetkowe wystawione przez firmy za nieuregulowane w terminie zobowiązania w wysokości 5 tys. zł. Podmiot leczniczy nie zapłacił ww. odsetek, gdyż stara się o ich umorzenie.

Łączne przychody podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie na koniec grudnia 2012 r. wynoszą 505 948 tys. zł i stanowią 101% rocznych planów finansowych jednostek. Porównując 2012 r. z 2010 r. i 2011 r. odnotowuje się zwiększenie przychodów odpowiednio o 40 689 tys. zł i o 41 956 tys. zł. Z kolei łączne koszty wynoszą 491 799 tys. zł i stanowią 96% rocznych planów finansowych jednostek. Porównując 2012 r. z 2010 r. i 2011 r. odnotowuje się zwiększenie kosztów odpowiednio o 19 725 tys. zł i o 17 476 tys. zł. Na koniec grudnia 2012 r. w ww. podmiotach leczniczych odnotowano wyższy poziom dynamiki przychodów niż dynamiki kosztów (relacja 109,04% do 103,68%). Z kolei za 12 miesięcy 2011 r. dynamika kosztów była minimalnie wyższa niż dynamika przychodów (relacja 100,48% do 99,73%).

Na koniec 2012 r. średni wskaźnik ogólnego zadłużenia podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie wynosi 16,69%. W porównaniu z 2011 r. wskaźnik ten uległ zwiększeniu o 1,45% (na koniec 2011 r. wynosił 15,24%). Wartość wskaźnika wskazuje na niewielki stopień zadłużenia podmiotów leczniczych oraz na nieduże wykorzystanie zewnętrznych źródeł finansowania.

Na podstawie oceny wyników ekonomiczno-finansowych, nie stwierdza się zagrożeń dla kontynuacji działalności jednostek. Podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie posiadają środki niezbędne do regulowania bieżących zobowiązań oraz do prowadzenia dalszej działalności.

Wykres 49. Zestawienie wyników finansowych za 12 m-cy 2010, 2011 i 2012 r. 3 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest właściwy Minister, działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (w tys. zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest właściwy Minister.

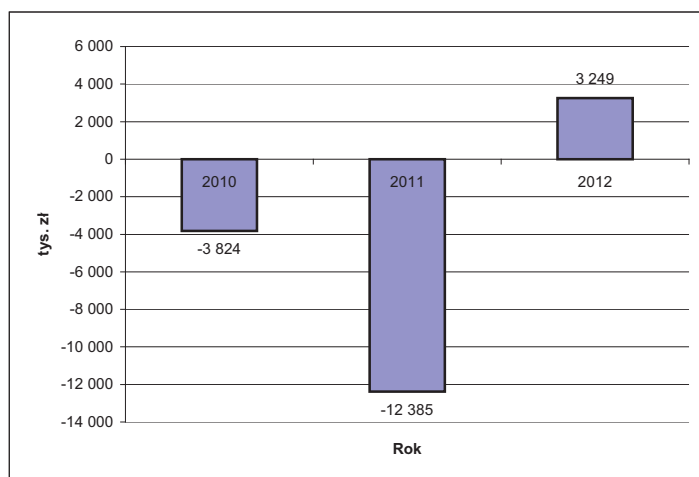
Na przestrzeni ostatnich trzech lat sumaryczny wynik finansowy podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest właściwy Minister ulega regularnej poprawie. Za 12 miesięcy 2012 r. był dodatni i wynosił 2 070 tys. zł. W porównaniu z tym samym okresem 2010 r. i 2011 r. wynik ten poprawił się odpowiednio o 1 196 tys. zł i o 669 tys. zł. Na koniec 2012 r. wszystkie ww. podmioty lecznicze (3 jednostki) odnotowały dodatni wynik finansowy oraz poprawę wyników finansowych w porównaniu z tym samym okresem 2011 r. Za 12 miesięcy 2010 r. wartość zobowiązań wymagalnych* podmiotów leczniczych wyniosła 306 tys. zł. Z kolei w następnych latach wartość ta ulegała regularnemu zmniejszeniu. Na koniec 2011 r. zobowiązania te wyniosły 8 tys. zł, a na koniec 2012 r. 4 tys. zł.

Łączne przychody podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest właściwy Minister na koniec grudnia 2012 r. wynoszą 49 368 tys. zł. Porównując 2012 r. z 2010 r. i 2011 r. odnotowuje się zwiększenie przychodów odpowiednio o 5 097 tys. zł i o 2 926 tys. zł. Z kolei łączne koszty wynoszą 47 297 tys. zł. Porównując 2012 r. z 2010 r. i 2011 r. odnotowuje się zwiększenie kosztów odpowiednio o 3 906 tys. zł i o 118 tys. zł. Na koniec grudnia 2012 r. w ww. podmiotach leczniczych odnotowano wyższy poziom dynamiki przychodów niż dynamiki kosztów (relacja 106,30% do 100,25%). Z kolei za 12 miesięcy 2011 r. sytuacja była odwrotna, dynamika kosztów była wyższa niż dynamika przychodów (relacja 108,73% do 104,90%).

Na koniec 2012 r. średni wskaźnik ogólnego zadłużenia* podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest właściwy Minister wynosi 16,24%. W porównaniu z 2011 r. wskaźnik ten uległ zwiększeniu o 1,66% (na koniec 2011 r. wynosił 14,58%). Wartość wskaźnika wskazuje na niewielki stopień zadłużenia ww. podmiotów leczniczych oraz na nieduże wykorzystanie zewnętrznych źródeł finansowania.

*** dane zostały przedstawione tylko przez 2 podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest właściwy Minister**

Wykres 50. Zestawienie wyników finansowych za 12 m-cy 2010, 2011 i 2012 r. 8 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe, działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (w tys. zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe.

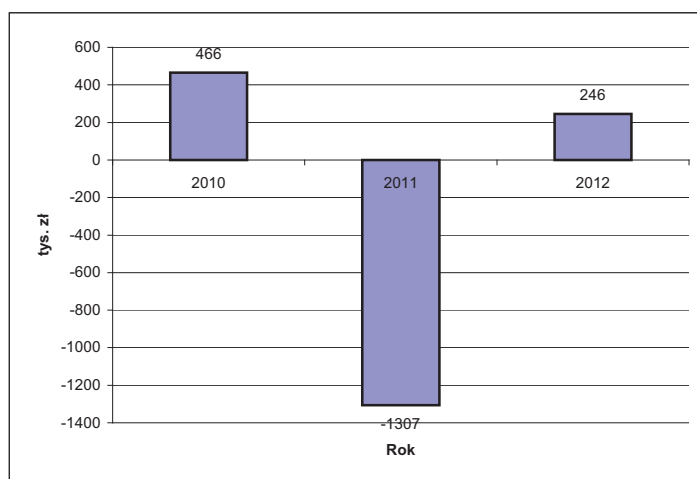
Na przestrzeni ostatnich trzech lat sumaryczny wynik finansowy podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe uległ znacznej poprawie. Za 12 miesięcy 2012 r. był dodatni i wynosił 3 249 tys. zł. W porównaniu z tym samym okresem 2010 r. i 2011 r. wynik ten poprawił się odpowiednio o 7 072 tys. zł i o 15 633 tys. zł. Na koniec 2012 r. 5 z 8 jednostek odnotowało dodatni wynik finansowy. Łączny zysk powyższych jednostek wynosi 5 693 tys. zł. Natomiast pozostałe 3 jednostki poniosły stratę. Łączna strata wynosi 2 444 tys. zł. Pomimo trudnej sytuacji finansowej wyniki finansowe za 12 miesięcy 2012 r.

w porównaniu z tym samym okresem 2011 r. we wszystkich jednostkach uległy poprawie. Za 12 miesięcy 2010 r. wartość zobowiązań wymagalnych podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe wyniosła 10 143 tys. zł. Na koniec 2011 r. wartość ta uległa zwiększeniu i wyniosła 15 293 tys. zł, z kolei w 2012 r. zobowiązania te zmniejszyły się i wyniosły 11 123 tys. zł.

Łączne przychody podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe na koniec grudnia 2012 r. wynoszą 303 808 tys. zł. Porównując 2012 r. z 2010 r. i 2011 r. odnotowuje się zwiększenie przychodów odpowiednio o 19 843 tys. zł i o 22 633 tys. zł. Z kolei łączne koszty wynoszą 300 326 tys. zł. Porównując 2012 r. z 2010 r. i 2011 r. odnotowuje się zwiększenie kosztów odpowiednio o 12 760 tys. zł i o 5 916 tys. zł. Na koniec grudnia 2012 r. w ww. podmiotach leczniczych odnotowano wyższy poziom dynamiki przychodów niż dynamiki kosztów (relacja 108,05% do 102,01%). Z kolei za 12 miesięcy 2011 r. sytuacja była odwrotna, dynamika kosztów była wyższa niż dynamika przychodów (relacja 102,38% do 99,02%).

Na koniec 2012 r. średni wskaźnik ogólnego zadłużenia podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe wynosi 37,09%. W porównaniu z 2011 r. wskaźnik ten uległ zwiększeniu o 1,35% (na koniec 2011 r. wynosił 35,73%). Wartość wskaźnika wskazuje, iż poziom zadłużenia ww. podmiotów leczniczych jest średni. Jednostki korzystają z zewnętrznych źródeł finansowania.

Wykres 51. Zestawienie wyników finansowych za 12 m-cy 2010, 2011 i 2012 r. 5 podmiotów leczniczych działających w formie spółek prawa handlowego (w tys. zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od podmiotów leczniczych działających w formie spółek prawa handlowego (brak danych z jednej spółki).

Za 12 miesięcy 2012 r. sumaryczny wynik finansowy podmiotów leczniczych działających w formie spółek prawa handlowego był dodatni i wynosił 246 tys. zł. W porównaniu z tym samym okresem 2010 r. wynik pogorszył się o 220 tys. zł, z kolei w porównaniu z 2011 r. wynik poprawił się o 1 553 tys. zł. Na koniec 2012 r. 3 z 4 jednostek odnotowały dodatni wynik finansowy. Łączny zysk powyższych jednostek wynosi 260 tys. zł. Natomiast jedna jednostka poniosła stratę w wysokości 14 tys. zł. Pomimo trudnej sytuacji finansowej wyniki finansowe za 12 miesięcy 2012 r. w porównaniu z tym samym okresem 2011 r. w 3 z 4 jednostek uległy poprawie. Zarówno za 12 miesięcy 2010 r., jak i 2012 r. żaden ww. podmiot leczniczy nie posiadał zobowiązań wymagalnych. Z kolei na koniec 2011 r. zobowiązania te wystąpiły w jednej spółce i wyniosły tylko 65 zł.

Łączne przychody podmiotów leczniczych działających w formie spółek prawa handlowego na koniec grudnia 2012 r. wynoszą 81 481 tys. zł. Porównując 2012 r. z 2010 r. i 2011 r. odnotowuje się zwiększenie przychodów odpowiednio o 9 437 tys. zł i o 8 613 tys. zł. Z kolei łączne koszty wynoszą 81 297 tys. zł. Porównując 2012 r. z 2010 r. i 2011 r. odnotowuje się zwiększenie kosztów odpowiednio o 9 718 tys. zł i o 6 957 tys. zł. Na koniec grudnia 2012 r. w ww. podmiotach leczniczych

odnotowano wyższy poziom dynamiki przychodów niż dynamiki kosztów (relacja 111,82% do 109,36%). Z kolei za 12 miesięcy 2011 r. sytuacja była odwrotna, dynamika kosztów była wyższa niż dynamika przychodów (relacja 103,86% do 101,14%).

Na koniec 2012 r. średni wskaźnik ogólnego zadłużenia podmiotów leczniczych działających w formie spółek prawa handlowego wynosi 40,05%. W porównaniu z 2011 r. wskaźnik ten uległ zmniejszeniu o 6,93% (na koniec 2011 r. wynosił 46,98%). Wartość wskaźnika wskazuje, iż poziom zadłużenia ww. podmiotów leczniczych jest średni. Jednostki korzystają z zewnętrznych źródeł finansowania.

Tabela 171. Zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa (w mln zł)

WOJEWÓDZTWO	2010r.	2011r.	2012r.
Dolnośląskie	831,1	765,9	712,2
Kujawsko-Pomorskie	503,1	602,5	152,2
Lubelskie	766,2	803,8	848,1
Lubuskie	387,7	385,9	359,2
Łódzkie	674,3	747,5	641,3
Małopolskie	692,7	704,4	762,4
Mazowieckie	1637,6	1598,8	1738,7
Opolskie	114,1	120,7	133,6
Podkarpackie	432,3	479,2	499,6
Podlaskie	331,2	364,7	360,7
Pomorskie	668,1	668,9	640,1
Śląskie	1200,2	1303,5	1289,4
Świętokrzyskie	327,4	344,1	369,9
Warmińsko-Mazurskie	182,0	171,5	201,3
Wielkopolskie	562,9	618,5	623,0
Zachodniopomorskie	264,5	297,0	299,3
MON	177,0	179,2	177,4
MSW	210,8	227,4	246,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MZ „Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa”

Według zestawienia „Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa”⁵⁶ wartość zobowiązań ogółem w Województwie Opolskim na koniec 2012 r. wynosi 133,6 mln zł. W porównaniu z 2011 r. wartość zobowiązań ogółem uległa zwiększeniu o 12,9 mln zł (tj. o 10,7%, na koniec 2011 r. zobowiązania wynosiły 120,7 mln zł), z kolei w porównaniu z 2010 r. wartość ta zwiększyła się o 19,5 mln zł (tj. o 17,09%, na koniec 2010 r. zobowiązania wynosiły 114,1 mln zł). W latach 2010-2012 podmioty lecznicze Województwa Opolskiego mają najniższą wartość zobowiązań ogółem w kraju. W niektórych województwach wartość zobowiązań ogółem jest nawet trzynastokrotnie większa (Województwo Mazowieckie), niż w Województwie Opolskim. W 2012 r. zobowiązanie ogółem podmiotów leczniczych Województwa Opolskiego stanowią tylko 1,25% wszystkich zobowiązań podmiotów leczniczych w kraju. Świadczy to o bardzo niewielkim stopniu zadłużenia oraz o stabilności finansowej opolskich podmiotów leczniczych.

Na koniec 2012 r. spośród 133,6 mln zł ww. zobowiązań 76,1 mln zł to zobowiązania podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie (tj. 56,96%). Na koniec 2011 r. zobowiązania te wynosiły 62,1 mln zł (tj. 51,45%), natomiast na koniec 2010 r. 60,6 mln zł (tj. 53,11%). W ostatnich latach obserwuje się, iż większość zobowiązań ogółem stanowią zobowiązania podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie. Zobowiązania te ulegają regularnemu wzrostowi.

Na koniec 2010 r. wartość zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego w całym kraju oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez jednostki centralne

⁵⁶ http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/3zobowogolemwojew_20130522.pdf

wyniosła 2 258 826 tys. zł. Na koniec 2011 r. wartość ta uległa zwiększeniu do poziomu 2 281 329 tys. zł, natomiast w 2012 r. wartość ta w dalszym ciągu wzrastała i wyniosła 2 366 427 tys. zł. Porównując 2012 r. z 2011 r. odnotowuje się wzrost o 85 098 tys. zł (tj. o 3,73%), z kolei w porównaniu z 2010 r. odnotowuje się wzrost o 107 601 tys. zł (tj. o 4,76%).

Za 12 miesięcy 2010 r. żaden podmiot leczniczy, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie oraz żaden podmiot leczniczy działający w formie spółek prawa handlowego nie posiadał zobowiązań wymagalnych, z kolei zarówno w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest właściwy Minister oraz w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe zobowiązania te występowały (odpowiednio w wysokości 306 tys. zł i 10 143 tys. zł). Zobowiązania wymagalne opolskich podmiotów leczniczych na koniec 2010 r. stanowiły tylko 0,46% zobowiązań wymagalnych w całym kraju. Na koniec 2011 r. zobowiązania wymagalne nie występowały tylko w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie. Natomiast wartość zobowiązań wymagalnych w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest właściwy Minister uległa zmniejszeniu do poziomu 8 tys. zł, w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe wartość ta uległa zwiększeniu do poziomu 15 293 tys. zł, a w podmiotach leczniczych działających w formie spółek prawa handlowego wartość ta wyniosła tylko 65 zł. W związku z powyższym zwiększył się udział zobowiązań wymagalnych opolskich podmiotów leczniczych w skali kraju do poziomu 0,67%. Z kolei na koniec 2012 r. zobowiązania wymagalne nie występowały tylko w podmiotach leczniczych działających w formie spółek prawa handlowego. Natomiast wartość zobowiązań wymagalnych w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie wyniosła 5 tys. zł, w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest właściwy Minister 4 tys. zł a w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe 11 123 tys. zł. Z powodu zmniejszenia się ogólnej wartości zobowiązań wymagalnych ww. jednostek zmniejszył się udział zobowiązań wymagalnych opolskich podmiotów leczniczych w skali kraju do poziomu 0,47%. Na przestrzeni ostatnich trzech lat obserwuje się, iż udział zobowiązań wymagalnych opolskich podmiotów leczniczych w skali kraju jest bardzo niewielki, co świadczy o dobrej sytuacji finansowej jednostek.

Podsumowując na przestrzeni ostatnich trzech lat sumaryczny wynik finansowy opolskich podmiotów leczniczych uległ znacznej poprawie. Za 12 miesięcy 2012 r. był dodatni i wynosił 19 714 tys. zł. W porównaniu z tym samym okresem 2010 r. i 2011 r. wynik ten poprawił się odpowiednio o 29 013 tys. zł i o 42 336 tys. zł. Łączne przychody ogółem na koniec 2012 r. wyniosły 940 604 tys. zł i w porównaniu z 2011 r. uległy zwiększeniu o 76 127 tys. zł (tj. o 8,81%), natomiast w porównaniu z 2010 r. zwiększyły się o 75 067 tys. zł (tj. o 8,67%). Z kolei łączne koszty ogółem za 2012 r. wynoszą 920 719 tys. zł i w porównaniu z 2011 r. uległy zwiększeniu o 30 467 tys. zł (tj. o 3,42%), natomiast w porównaniu z 2010 r. zwiększyły się o 46 108 tys. zł (tj. o 5,27%). Z powyższego wynika, iż w ostatnich latach obserwuje się większy wzrost przychodów ogółem niż kosztów ogółem, o czym świadczy znaczna poprawa sumarycznego wyniku finansowego opolskich podmiotów leczniczych. Ponadto wartość zobowiązań ogółem oraz zobowiązań wymagalnych ww. jednostek w latach 2010-2012 jest na najniższym poziomie w całym kraju. Na koniec 2012 r. zobowiązania ogółem stanowią tylko 1,25% wszystkich zobowiązań podmiotów leczniczych w skali kraju, natomiast zobowiązania wymagalne stanowią tylko 0,47% wszystkich zobowiązań wymagalnych. Powyższe wskaźniki świadczą o dobrej i stabilnej sytuacji finansowej opolskich podmiotów leczniczych.

9. STAN ŚRODOWISKA

Warunki życia człowieka, określane mianem środowiskowych determinantów zdrowia obejmują zarówno czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne jak również społeczne i makroekonomiczne. Wśród czynników oddziałujących w sposób bezpośredni na podatność i zapadalność na określone choroby to m.in. jakość wody, żywności oraz zanieczyszczenie powietrza. Ze względu na brak możliwości pełnego wykluczenia zagrożeń zdrowotnych wynikających z narażenia na czynniki środowiskowe, należy skutecznie chronić grupy społeczne szczególnie wrażliwe (dzieci, kobiety ciężarne, osoby w podeszłym wieku). Podstawą podjętych działań jest monitoring środowiska i ocena poziomu występujących w nim czynników szkodliwych.

Ze względu na szeroki charakter omawianego zagadnienia w opracowaniu przedstawiono tylko wybrane elementy stanu środowiska województwa opolskiego mające wpływ na zdrowie.

STAN WÓD POWIERZCHNIOWYCH I PODZIEMNYCH

Województwo opolskie posiada wystarczające dla potrzeb gospodarki zasoby wód podziemnych. Sumaryczna wielkość zasobów eksploatacyjnych, wynosząca wg stanu na 31.12.2010 roku ok. 54 756,6 m³/h, jest wartością najniższą w kraju w wartości bezwzględnej, jednak jednostkowa zasobność wodna, wyrażana tzw. modułem zasobowym, wynosząca 5,82 m³/h/km², przy średniej krajowej 6,23 m³/h/km² zapewnia województwu 9 miejsce w kraju. Najbardziej zasobna w wodę podziemną jest środkowa część województwa, natomiast północna i południowa część województwa to obszary o niższej zasobności.

Większość wód powierzchniowych charakteryzuje się niezadowalającą lub wręcz złą jakością (ponad 80%), a żadna (100%) z badanych rzek nie spełnia norm dla wód będących środowiskiem życia ryb⁵⁷. Opolskie jednolite części wód powierzchniowych charakteryzował zły stan, który wynika ze złego stanu chemicznego wód. Większość kontrolowanych w 2011 r. jednolitych części wód charakteryzował umiarkowany potencjał (bądź stan) ekologiczny⁵⁸.

Zaznaczyć należy, że jakość wód opuszczających teren województwa charakteryzuje się niższym stopniem zanieczyszczenia od wód doptywających. Niska jakość wód powierzchniowych stanowi znaczącą przeszkodę w rozwoju rekreacji i turystyki, w szczególności w najatrakcyjniejszych i najlepiej wyposażonych w infrastrukturę turystyczną rejonach województwa. Jakość wód wymaga dalszej poprawy.

W związku ze zmianami klimatu, które mogą powodować zwiększenie częstotliwości i skali zjawisk powodziowych oraz suszy wskutek częstszego pojawiania się ekstremalnych zjawisk pogodowych⁵⁹, zwiększa się rola dostępności zasobów dobrej jakości wód podziemnych i powierzchniowych. Polska posiada jeden z najniższych bo wynoszący ok. 6% średniego odpływu rocznego wskaźnik możliwości zatrzymywania wody.

OCENA JAKOŚCI WODY PRZEZNACZONEJ DO SPOŻYCIA

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi sprawuje Państwowa Inspekcja Sanitarna. Badania jakości wody do spożycia na terenie województwa opolskiego wykonuje laboratorium Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Opolu wraz z Oddziałem Laboratoryjnym w Kędzierzynie-Koźlu i Kluczborku.

⁵⁷ Stan środowiska w województwie opolskim 2009, WIOŚ Opole, 2010.

⁵⁸ Ibidem, s.39

⁵⁹ za projektem strategii Bezpieczeństwo energetyczne i środowisko.

Podstawowe źródło zaopatrzenia ludności w wodę stanowią pokłady wód podziemnych czerpane z warstw czwarto- i trzeciorzędowych. Jedynie wodociągi w Nysie i Głucholazach oparte były wyłącznie na wodzie pochodzącej z ujęć powierzchniowych, a wodociąg w Brzegu korzystał z wody mieszanej.

Z danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Opolu wynika, że w roku 2012 znajdowało się ogółem 258 wodociągów (2011r. - 262). Spośród wodociągów objętych nadzorem sanitarnym, 197 z nich to wodociągi zbiorowego zaopatrzenia, w tym:

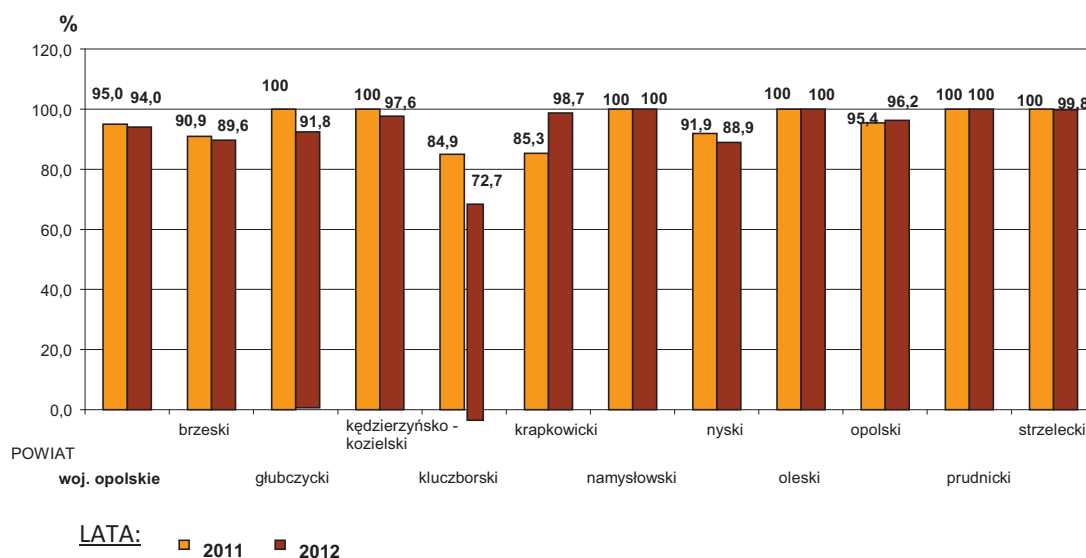
- 61 wodociągów o produkcji poniżej 100 m³/dobę
- 108 wodociągów o produkcji 100-1 000 m³/dobę
- 27 wodociągów o produkcji 1 000 - 10 000 m³/dobę
- 1 wodociąg o produkcji 10 000 - 100 000 m³/dobę.

Przepisy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków regulują jedynie zaopatrzenie w wodę prowadzone przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne prowadzące działalność gospodarczą zgodnie z przepisami o swobodzie działalności gospodarczej. Zaopatrzeniem w wodę zajmują się także inne podmioty jak np. szpitale, zakłady karne, ośrodki wypoczynkowe, szkoły itp. Podmioty te produkują wodę na potrzeby własne, ale zdarza się również, że sprzedają ją podmiotom zewnętrznym⁶⁰.

W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych w roku 2012 znajdowało się 61 tego typu wodociągów, czyli więcej niż w 2011r.

Tereny niezwodociągowane w województwie opolskim stanowiły niewielki odsetek, ponieważ poza nielicznymi miejscowościami i przysiółkami ludność miała możliwość korzystania ze zbiorowego zaopatrzenia w wodę. Mieszkańcy terenów niezwodociągowanych korzystali z własnych studni przydomowych. Liczba ludności na terenach niezwodociągowanych w poszczególnych powiatach wynosiła: w **brzeskim – 10, kluczborskim – 80, namysłowskim - 152, nyskim – 3167, oleskim – 198, opolskim – 79, prudnickim – 75.**

Wykres 52. Odsetek (%) ludności zaopatrywanej w wodę o odpowiedniej jakości w latach 2011-2012



Źródło: Stan środowiska w województwie opolskim 2011, WIOŚ Opole, 2012

⁶⁰ Stan sanitarno-higieniczny województwa opolskiego w 2012 roku, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Opole 2013.

Odsetek ludności korzystającej z odpowiedniej jakości wody na terenie województwa opolskiego wynosił 94% (2011r. - 95%). W najbardziej odpowiednią jakościowo wodę zaopatrywani byli mieszkańcy powiatu namysłowskiego i prudnickiego. Najmniejszy odsetek ludności korzystających z odpowiedniej jakości wodę występował w powiecie kluczborskim (72,7%).

Z rocznej oceny jakości wody przeznaczonej do spożycia, nadzorowanej przez Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Opolu wynika, iż w roku 2012 w porównaniu z rokiem ubiegłym zwiększył się odsetek wodociągów dostarczających wodę o nieodpowiedniej jakości o 4,6% oraz odsetek mieszkańców województwa opolskiego zaopatrywanych w wodę o nieodpowiedniej jakości o 1%.

Wodę spełniającą wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. nr 61 poz. 417 z późn. zm.) dostarczały 222 wodociągi, czyli 87,4% skontrolowanych wodociągów (w 2011r.– 92%).

Wodę nieodpowiadającą wymaganiom produkowały 32 wodociągi, czyli 12,6% skontrolowanych (w 2011r. - 8%). Wodociągi produkujące wodę o nieodpowiedniej jakości zaopatrywały ok. 60 tys., czyli 6% mieszkańców województwa opolskiego (w 2011r. - 5%). Jakość wody kwestionowano przede wszystkim ze względu na przekroczone parametry fizykochemiczne tj. żelazo, mangan, mętność, azotany, jon amonowy, nikiel.

OCENA JAKOŚCI POWIETRZA W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM

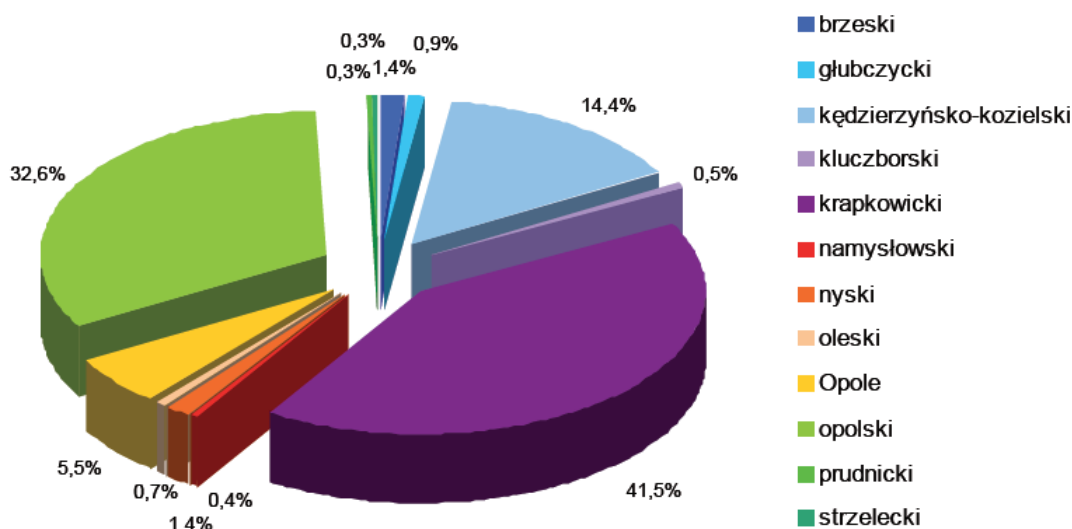
W województwie opolskim w 2011r. z ok. 100 zakładów szczególnie uciążliwych dla środowiska wyemitowano łącznie 67,6 tys. ton zanieczyszczeń przemysłowych (2,5 tys. ton pyłów i 65,1 tys. ton gazów bez dwutlenku węgla), co stanowi 3,9% emisji krajowej. W skali kraju Opolszczyzna zajęła 11 pozycję pod względem wielkości emisji pyłowej i 8 ze względu na ilość wprowadzanych do powietrza gazów. W strukturze emisji zanieczyszczeń do powietrza zdecydowanie przeważa emisja gazów (96%) nad emisją pyłów (4%). Wielkości emisji zanieczyszczeń pyłowych i gazowych uzyskane w roku 2011, utrzymały się na zbliżonym poziomie, w odniesieniu do roku 2010. Porównując natomiast dane otrzymane w roku 2011 z danymi z roku 2001, to dla poszczególnych zanieczyszczeń powietrza nastąpiły następujące zmiany:

- zanieczyszczenia pyłowe – spadek emisji o 66,9%
- zanieczyszczenia gazowe – wzrost emisji o 19,5%, z czego:
 - dwutlenek siarki – spadek o 31,5%
 - tlenki azotu – wzrost o 8,6%
 - tlenek węgla – wzrost o 79,6%.

Analizując rozkład wielkości emisji w skali województwa, niezmiennie można zauważyć dominujący wpływ trzech powiatów: krapkowickiego, opolskiego i kędzierzyńsko-kozielskiego. Łączna emisja z zakładów szczególnie uciążliwych dla powietrza w tych powiatach wyniosła w 2011 roku 65,3% całkowitej wojewódzkiej emisji pyłów oraz 88,5% całkowitej emisji gazów.⁶¹

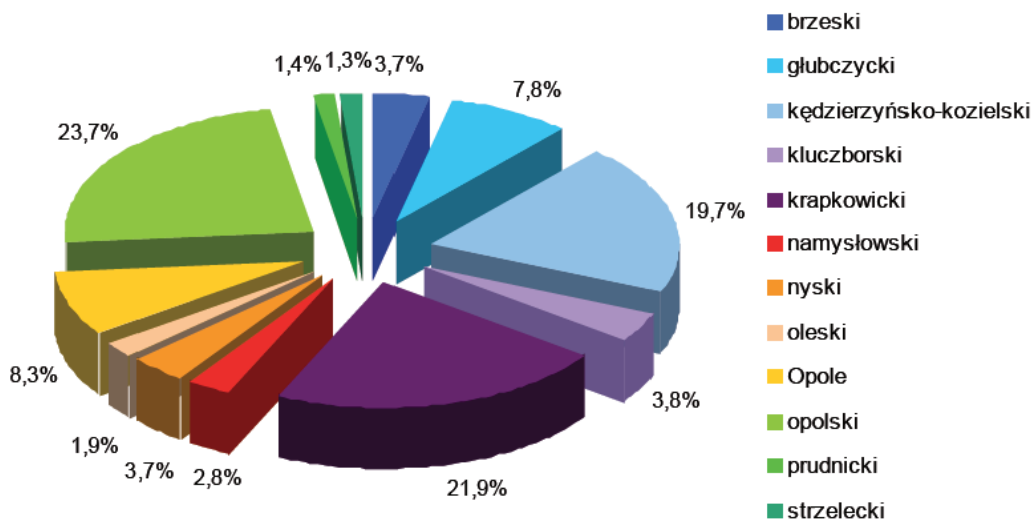
⁶¹ Na podstawie danych GUS za rok 2011.

Wykres 53. Udział emisji zanieczyszczeń gazowych w województwie opolskim w 2011 roku.



Źródło: Stan środowiska w województwie opolskim 2011, WIOŚ Opole, 2012.

Wykres 54. Udział emisji zanieczyszczeń pyłowych w województwie opolskim w 2011 roku.



Źródło: Stan środowiska w województwie opolskim 2011, WIOŚ Opole, 2012.

Odnosząc się do ochrony zdrowia ludzi należy poddać ocenie następujące zanieczyszczenia: dwutlenek azotu NO₂, dwutlenek siarki SO₂, benzen C₆H₆, tlenek węgla CO, ozon O₃, pył zawieszony PM_{2,5} i PM₁₀ oraz zawarty w nim ołów Pb, arsen As, kadm Cd, nikiel Ni i benzo(a)piren B(a)P. Uzyskane w 2011 roku wyniki pomiarów stężeń pyłu zawieszonego PM₁₀, wykazują przekraczanie wartości dopuszczalnych na wszystkich stanowiskach pomiarowych. Jeżeli chodzi o pomiar stężeń pyłu zawieszonego PM_{2,5}, na podstawie uzyskanych wyników pomiarów na dwóch stacjach zlokalizowanych w Kędzierzynie-Koźlu i Kluczborku stwierdzono przekroczenie wartości normatywnej powiększonej o margines tolerancji, a na stacji zlokalizowanej w Opolu, z której wyniki równocześnie służą wyznaczeniu wskaźnika średniego narażenia, wartość kryterialna została dotrzymana. Na wszystkich stanowiskach wyraźnie widoczna jest sezonowość stężenia pyłów, która jest większa w okresie grzewczym.

Podsumowując, w wyniku oceny jakości powietrza w województwie opolskim wykonanej za rok 2011 stwierdzono występowanie obszarów, na których odnotowano przekroczenia dopuszczalnych/docelowych poziomów substancji w powietrzu.

KLIMAT AKUSTYCZNY

W rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku (Dz. U. Nr 120, poz. 826)⁶² zawarte są dopuszczalne poziomy hałasu dla poszczególnych rodzajów źródeł (dróg, linii kolejowych, linii elektroenergetycznych, startów, przelotów i lądowań statków powietrznych oraz pozostałych obiektów i grup źródeł hałasu) w odniesieniu do rodzaju terenów wyróżnionych ze względu na sposób zagospodarowania i pełnione funkcje.

Głównym źródłem hałasu w województwie opolskim jest ruch komunikacyjny. Dla hałasu drogowego, dopuszczalne wartości poziomów hałasu wynoszą w porze dziennej – w zależności od funkcji terenu – od 50 do 65 dB, a w porze nocnej od 45 do 55 dB. Czynnikiem w znacznej mierze decydującym o uciążliwości akustycznej, jest wzrost liczby środków transportu, co w bezpośredni sposób przekłada się na natężenie ruchu drogowego. Od 2000 roku nastąpił wzrost ogólnej liczby pojazdów z 363 tys. do 664 tys. w 2011 roku⁶³.

W 2011 roku Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Opolu w ramach Państwowego Monitoringu Środowiska, przeprowadził pomiary hałasu drogowego na terenie: Brzegu, Kietrza, Wołczyna, Niemodlina i Opola.

Tabela 172. Charakterystyka lokalizacji i wyniki pomiarów poziomów krótkookresowych hałasu drogowego na terenie wybranych miast województwa opolskiego w 2011r.

Lp.	Miasto	Lokalizacja punktu pomiarowego	Wartość średnia dla pory dnia [dB]	Wartość średnia dla pory nocy [dB]	Wartości dopuszczalne	
					Pora dnia [dB]	Pora nocy [dB]
1	Brzeg	Droga krajowa nr 39, ul. Włociańska, tereny zabudowy mieszkaniowej wielorodzinnej i zamieszkania zbiorowego	65,0	58,8	60	50
2	Brzeg	Droga gminna, ul. Łokietka, tereny zabudowy mieszkaniowej wielorodzinnej i zamieszkania zbiorowego.	61,4	52,6	60	50
3	Kietrz	Droga wojewódzka nr 416, ul. Głębczycka, tereny zabudowy mieszkaniowo - usługowej.	64,5	56,0	60	50
4	Kietrz	Droga wojewódzka nr 416, ul. Raciborska, tereny zabudowy mieszkaniowo-usługowej	63,3	58,4	60	50
5	Wołczyn	Droga krajowa nr 42, ul. Namysłowska, tereny zabudowy mieszkaniowo-usługowej.	65,9	59,1	60	50
6	Wołczyn	Droga krajowa nr 42, ul. Kluczborska, tereny zabudowy mieszkaniowej jednorodzinnej	62,1	55,6	55	50
7	Niemodlin	Droga krajowa nr 46, ul. Opolska, tereny zabudowy mieszkaniowej wielorodzinnej i zamieszkania zbiorowego	69,2	65,2	60	50
8	Niemodlin	Droga gminna, ul. Brzeska, tereny zabudowy mieszkaniowo-usługowej.	61,5	53,4	60	50
9	Niemodlin	Droga krajowa nr 46, ul. Bohaterów Powstań Śląskich, tereny zabudowy mieszkaniowej wielorodzinnej i zamieszkania zbiorowego	66,8	63,3	60	50
10	Opole	Droga gminna ul. Licealna, tereny zabudowy związanej ze stałym lub czasowym pobytem dzieci i młodzieży.	63,1	57,4	55	50
11	Opole	Droga powiatowa ul. Sienkiewicza, tereny zabudowy związanej ze stałym lub czasowym pobytem dzieci i młodzieży.	60,7	54,7	55	50
12	Opole	Droga gminna ul. Katowicka, tereny zabudowy związanej ze stałym lub czasowym pobytem dzieci i młodzieży.	60,7	53,7	55	50

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WIOŚ.

⁶² Zmienione rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 1 października 2012 r. (Dz. U. poz. 1109).

⁶³ Stan środowiska w województwie opolskim 2011, WIOŚ Opole, 2012, s. 52

Tabela 173. Charakterystyka lokalizacji i wyniki pomiarów poziomów długookresowych hałasu drogowego na terenie miasta Brzeg w 2011r.

Lp.	Miasto	Lokalizacja punktu pomiarowego	Wartość średnia dla pory dnia [dB]	Wartość średnia dla pory nocy [dB]	Wartości dopuszczalne	
					Pora dnia [dB]	Pora nocy [dB]
1	Brzeg	Droga krajowa nr 39, ul. Armii Krajowej, tereny zabudowy mieszkaniowej wielorodzinnej i zamieszkania zbiorowego.	67,6	59,1	60	50

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WIOŚ.

Analizując wyniki pomiarów hałasu drogowego w odniesieniu do obowiązujących norm stwierdzono, że maksymalną wartość średniego poziomu krótkookresowego zarówno w porze dnia i nocy zarejestrowano w 2011 roku przy drodze krajowej nr 46 w Niemodlinie, w punkcie zlokalizowanym przy ulicy Opolskiej: odpowiednio 69,2 dB dla pory dziennej i 65,2 dB dla pory nocnej. Ogółem wielkości przekroczeń zawierały się w przedziale od 1,4 dB do 9,2 dB w porze dziennej i od 2,6 dB do 15,2 dB w porze nocnej.

Pomiary poziomów dopuszczalnych hałasu dla wskaźników długookresowych w odniesieniu do roku przeprowadzono w punkcie zlokalizowanym w Brzegu przy drodze krajowej nr 39, przy ulicy Armii Krajowej. Stwierdzona wartość dla pory dnia wyniosła 67,6 dB, a dla pory nocy uzyskano wynik 59,1 dB. Wielkości średniorocznych wskaźników oceny hałasu długookresowych poziomów dźwięku w ustalonym punkcie pomiarowym przy ulicy Armii Krajowej również wykazały przekroczenia wartości normatywnych hałasu komunikacyjnego drogowego w środowisku.

We wszystkich punktach pomiarowo-kontrolnych, stwierdzono przekroczenia dopuszczalnych poziomów hałasu w stosunku do funkcji spełnianej przez tereny objęte ochroną akustyczną, a odnosząc te wyniki badań do pomocniczej subiektywnej skali ocen odczucia uciążliwości hałasu Państwowego Zakładu Higieny stwierdzono, że w najbliższym otoczeniu typowanych ulic uzyskane pomiary wskazują na dużą uciążliwość hałasu.⁶⁴

⁶⁴ Stan środowiska w województwie opolskim 2011, WIOŚ Opole, 2012, s. 58

ANALIZA SWOT

Tabela 174. Analiza SWOT dla obszaru ochrony zdrowia w województwie opolskim – mocne i słabe strony

Mocne strony	Słabe strony
<ol style="list-style-type: none"> 1. regionalna koordynacja ratownictwa medycznego 2. rozmieszczenie łóżek podstawowych i specjalistycznych 3. potencjał dializoterapii, chirurgii naczyniowej, neurochirurgii, kardiologii inwazyjnej, onkologii i hematologii 4. najniższy w Polsce poziom zadłużenia szpitali w województwie opolskim 5. jakość opieki zdrowotnej 6. regionalne uczelnie kształcące na kierunkach medycznych 7. organizacja intensywnej opieki medycznej nad noworodkami i dziećmi 8. realizacja programu leczenia wczesnej fazy udaru mózgu 9. poziom stacjonarnego leczenia psychiatrycznego 	<ol style="list-style-type: none"> 1. wyludnianie się i struktura wieku ludności oraz zmniejszająca się liczba ubezpieczonych 2. deficyt lekarzy specjalistów, w tym z dziedzin geriatry, medycyny rodzinnej, pediatrii, radioterapii, interny, psychiatrii dziecięcej 3. infrastruktura w kompleksowej opiece nad osobami starszymi, przewlekle chorymi, niesamodzielnymi oraz niewystarczająca liczba opiekunów 4. system kompleksowej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych 5. dostęp do poradni ginekologicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego 6. dostęp do usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w tym rehabilitacji medycznej 7. zmniejszająca się liczba lekarzy i pielęgniarek 8. niedobór infrastruktury, zwłaszcza w zakresie kompleksowego leczenia nowotworów i intensywnej terapii 9. wyposażenie w sprzęt oraz poziom informatyzacji jednostek ochrony zdrowia 10. dostęp do opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej 11. koordynacja realizacji działań i programów w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki 12. opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą, w tym stomatologia dziecięca 13. opieka dzienna i środowiskowa nad chorymi psychicznie 14. współdziałanie obszarów opieki zdrowotnej z opieką społeczną 15. aktywność ruchowa oraz poziom kultury fizycznej 16. niedostosowanie godzin funkcjonowania aptek do faktycznych potrzeb mieszkańców

Tabela 175. Analiza SWOT dla obszaru ochrony zdrowia w województwie opolskim – szanse i zagrożenia

Szanse	Zagrożenia
<ol style="list-style-type: none"> 1. wzrost świadomości prozdrowotnej 2. rozwój opieki nad matką i dzieckiem 3. współpraca płatnika, jednostek ochrony zdrowia i ich właścicieli w zakresie realizacji polityki zdrowotnej 4. rozwój e-zdrowia i telemedycyny 5. współpraca szpitali województwa z ośrodkami akademickimi 6. środki zewnętrzne na kształcenie i podnoszenie kwalifikacji kadry medycznej 7. alternatywne źródła finansowania ochrony zdrowia w tym dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne 8. oparcie systemu ochrony zdrowia o instytucję lekarza rodzinnego 9. innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia poprawiające skuteczność świadczonych usług medycznych 10. nowe programy zdrowotne i profilaktyczne 11. optymalizacja kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia z koncentracją działalności szpitali 12. decentralizacja finansowania świadczeń wraz z odpowiedzialnością regionalną za dostęp do świadczeń zdrowotnych 13. rozwój rehabilitacji neurologicznej 14. utworzenie bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w województwie opolskim 15. powstanie na terenie województwa podmiotu/ów realizujących świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. brak wspólnego i jednolitego mechanizmu realizowania regionalnej polityki zdrowotnej 2. niestabilność przepisów w ochronie zdrowia 3. nakłady na ochronę zdrowia 4. odpływ wykwalifikowanego personelu medycznego 5. zbyt obszerny koszyk świadczeń gwarantowanych w stosunku do wielkości środków przeznaczanych na ochronę zdrowia 6. wycena świadczeń zdrowotnych rozliczanych przez NFZ 7. limitowanie świadczeń medycznych i związany z tym czas oczekiwania na realizację planowanych zabiegów 8. brak zainteresowania wybranymi specjalizacjami medycznymi (geriatria, pediatria, medycyna rodzinna, radioterapia) 9. zbyt mała ilość miejsc specjalizacyjnych dla województwa opolskiego 10. dysproporcje w finansowaniu usług medycznych

SPIS SKRÓTÓW

1. AIDS - (ang. Acquired Immunodeficiency Syndrome lub Acquired Immune Deficiency Syndrome) Zespół nabytego niedoboru odporności
2. AOS – Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
3. AOTM - Agencji Oceny Technologii Medycznych
4. BIP – Biuletyn Informacji Publicznej
5. CSIOZ - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
6. DSM-IV - (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
7. EFRR - Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
8. GSD - Główne Stanowisko Dyspozytorskie
9. GUS – Główny Urząd Statystyczny
10. HCV - Wirus zapalenia wątroby typu C
11. HEMS – (ang. Helicopter Emergency Medical Service) Zespół Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego
12. HPV - Wirus brodawczaka ludzkiego
13. ICD-10 - (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
14. ICT – (ang. Information and Communication Technologies) Technologie informacyjne i telekomunikacyjne
15. JGP – Jednorodne Grupy Pacjentów NFZ
16. MON – Ministerstwo Obrony Narodowej
17. MRI - Rezonans magnetyczny
18. MSWiA – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
19. NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
20. NPZChN - Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych
21. NSP – Narodowy Spis Powszechny
22. OCO - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii
23. OECD - (ang. Organization for Economic Co-operation and Development) Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
24. OIL - Opolska Izba Lekarska
25. OOW NFZ - Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
26. OPH – Opieka paliatywna i hospicyjna
27. PdiT – Pomoc doraźna i transport sanitarny od 2009 (karetka N)
28. PMWSZ - Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
29. POChP - przewlekła obturacyjna choroba płuc
30. POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna
31. PRM - Państwowe Ratownictwo Medyczne
32. PRO – Profilaktyczne programy zdrowotne
33. PSSE - Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
34. PSY – Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
35. REH – Rehabilitacja lecznicza
36. RPOZP - Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Opolskiego na lata 2012-2015
37. SOK – Świadczenia odrębnie kontraktowane
38. SPO - świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze
39. SPZOZ - Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
40. SSZOZnMiDz - Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu
41. STM – Leczenie stomatologiczne
42. SZP – Lecznictwo szpitalne
43. TK – Tomograf komputerowy
44. USG – Ultrasonografia
45. WCPR - Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego
46. WIOŚ – Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska
47. WSSE – Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
48. WZW – Wirusowe zapalenie wątroby

SPIS TABEL

Tabela 1. Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego).....	15
Tabela 2. Dane o stanie zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego).....	16
Tabela 3. Zachorowania na nowotwory złośliwe	17
Tabela 4. Zarejestrowane zachorowania i zgony w roku 2010 wśród mężczyzn	18
Tabela 5. Zarejestrowane zachorowania i zgony w roku 2010 wśród kobiet	19
Tabela 6. Zarejestrowane zachorowania w roku 2010 w podziale na powiaty- mężczyźni i kobiety	20
Tabela 7. Zarejestrowane zachorowania wg płci województwo opolskie (mężczyźni).....	20
Tabela 8. Zarejestrowane zachorowania wg płci województwo opolskie (kobiety)	21
Tabela 9. Charakterystyka liczbowa ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową na przestrzeni lat 2011 – 2012	22
Tabela 10. Szacunkowa liczba dzieci zaszczepiona szczepionkami skojarzonymi zakupionymi przez rodziców (przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, zakażeniom wywołanym przez Haemophilus influenzae typu b i poliomyelitis) i procent zaszczepienia tymi szczepionkami dzieci w latach 2010-2011 w powiatach i województwie.....	23
Tabela 11. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie wybranych chorób zakaźnych w woj. opolskim w latach 2010, 2011, 2012.	24
Tabela 12. Liczba chorób zawodowych stwierdzonych w województwie opolskim, w latach 2008 – 2012.....	27
Tabela 13. Urodzenia żywe w województwie opolskim.....	28
Tabela 14. Liczba zgonów w województwie opolskim (2005. 2010, 2011, wg płci).....	29
Tabela 15. Przyczyny zgonów mieszkańców województwa opolskiego w 2005, 2009, 2010, wg płci.....	30
Tabela 16. Zgony w 2005, 2009, 2010 według przyczyny i płci.....	31
Tabela 17. Liczby zrealizowanych programów zdrowotnych oraz działań edukacyjnych prozdrowotnych w powiatach województwa opolskiego w latach 2010-2012	41
Tabela 18. Działalność szpitali ogólnych	54
Tabela 19. Personel Pracujący w szpitalach ogólnych	54
Tabela 20. Łóżka specjalistyczne w szpitalach ogólnych (stan na 31.XII.2011).....	55
Tabela 21. Sale operacyjne (stan na 31.XII.2011)	55
Tabela 22. Stanowiska dializacyjne i wykonane dializy (stan na 31.XII.2011).....	55
Tabela 23. Działalność Oddziałów (dziennych i stacjonarnych) w jednostkach ochrony zdrowia w województwie opolskim - stan w dniu 31.XII.2011	56
Tabela 24. Działalność poradni specjalistycznych	59
Tabela 25. Działalność poradni stomatologicznych	59
Tabela 26. Liczba ubezpieczonych w województwie opolskim w latach 2010, 2011 i 2012.....	60
Tabela 27. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu w latach 2009-2011	60
Tabela 28. Personel medyczny pracujący w placówkach ochrony zdrowia w latach 2009-2011	61
Tabela 29. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu w latach 2009-2011.....	61
Tabela 30. Personel medyczny pracujący w placówkach ochrony zdrowia w latach 2009-2011	61
Tabela 31. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu w latach 2009-2011	62
Tabela 32. Personel medyczny pracujący w placówkach ochrony zdrowia w latach 2009-2011	62
Tabela 33. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu w latach 2009-2011	62
Tabela 34. Personel medyczny pracujący w placówkach ochrony zdrowia	63
Tabela 35. Liczba specjalistów w poszczególnych dziedzinach kształcenia przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych - województwo opolskie na tle Polski w latach 2002-2012 (stan na dzień 31 grudnia 2012r.)	64
Tabela 36. Wybrany personel medyczny z wyższym wykształceniem w roku 2011 w województwie opolskim.	66
Tabela 37. Wybrany personel medyczny w wykształceniu średnim w roku 2011 w województwie opolskim	67
Tabela 38. Inne zawody medyczne w roku 2011 w województwie opolskim.....	68
Tabela 39. Zatrudnienie lekarzy specjalistów w roku 2011 w województwie opolskim.....	69
Tabela 40. Lekarze dentyści w roku 2011 w województwie opolskim.....	70
Tabela 41. Mgr pielęgniarstwa w roku 2011 w województwie opolskim	71
Tabela 42. Zestawienie wydanych zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu przez OIPiP w Opolu.....	71

Tabela 43. Liczba wydanych odpisów dyplomów PMWSZ w Opolu w j. angielskim w latach 2010-2012	72
Tabela 44. Diagnostyki laboratoryjni w roku 2011 w województwie opolskim	72
Tabela 45. Farmaceuci w roku 2011 w województwie opolskim	73
Tabela 46. Inni specjaliści medyczni w roku 2011 w województwie opolskim	73
Tabela 47. Wiek lekarzy medycyny posiadających specjalizacje w OIL na koniec 2012r.	74
Tabela 48. Wiek lekarzy dentyistów posiadających specjalizacje w OIL na koniec 2012r.	75
Tabela 49. Liczba specjalizacji posiadanych przez lekarzy i średni wiek lekarzy w grupie wg rejestru OIL na koniec 2012r.....	78
Tabela 50. Porównanie liczby lekarzy specjalistów 2 stopnia oraz średniego wieku w OIL na koniec 2010 i 2012r.	79
Tabela 51. Działalność oddziałów - opieka stacjonarna długoterminowa w roku 2011	80
Tabela 52. Zakład długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej w roku 2011	81
Tabela 53. Struktura wieku przebywających w dniu 31.XII. 2011 /dla wszystkich oddziałów łącznie	81
Tabela 54. Zespoły ratownictwa medycznego włączone do systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – stan na dzień 1 lipca 2011 roku.	83
Tabela 55. Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w latach 2010-2012.	84
Tabela 56. Miejsca stacjonowania zespołów Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w województwach ościennych	85
Tabela 57. Wykaz ładowisk sanitarnych w województwie opolskim.	86
Tabela 58. Rodzaj świadczeń zdrowotnych oferowanych przez podmioty lecznicze na terenie województwa opolskiego	87
Tabela 59. Liczba aptek i zatrudnionych w nich farmaceutów w woj. opolskim wg powiatów	89
Tabela 60. Apteki otwarte na terenie województwa opolskiego.....	89
Tabela 61. Wyposażenie szpitali ogólnych w województwie opolskim w nowoczesny sprzęt medyczny (stan na 31 XII 2011r.).	90
Tabela 62. Nakłady związane z dostosowaniem pomieszczeń i urządzeń podmiotów leczniczych.....	91
Tabela 63. Projekty w ramach RPO WO na lata 2007-2013 w obszarze ochrony zdrowia w województwie opolskim.....	91
Tabela 64. Osoby korzystające z Internetu w sprawach związanych ze zdrowiem w Polsce w 2012r.	94
Tabela 65. Środki przeznaczone na realizację sieci informatycznych w zakładach opieki zdrowotnej.	96
Tabela 66. Średnia wartość świadczeń na 1 ubezpieczonego finansowanych ze środków OOWNFZ w roku 2012 (bez refundacji leków w aptekach).	103
Tabela 67. Łączna wartość świadczeń kontraktowanych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych woj. opolskiego ze środków NFZ średnio na 1 ubezpieczonego w latach 2010-2012	103
Tabela 68. Łączna wartość świadczeń kontraktowanych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych woj. opolskiego ze środków NFZ średnio na 1 ubezpieczonego w latach 2010-2012 oraz zmiana w latach 2010-2012 wg powiatu zamieszkania.	105
Tabela 69. Wartości łączne wszystkich świadczeń kontraktowanych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w powiecie w woj. opolskim oraz poza województwem opolskim w latach 2010-2012.....	105
Tabela 70. Udział % wartości wszystkich świadczeń kontraktowanych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych w powiecie poza województwem opolskim w latach 2010-2012.....	106
Tabela 71. Zmiana średniej wartości świadczeń na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ w latach 2010-2012 wg rodzajów kontraktowanych świadczeń.....	107
Tabela 72. Wartość świadczeń szpitalnych zrealizowanych na rzecz ubezpieczonych powiatów woj. opolskiego w latach 2010-2012 zapłaconych ze środków NFZ (w woj. opolskim oraz poza woj. opolskim)	107
Tabela 73. Wartość świadczeń szpitalnych (SZP) zrealizowanych w roku 2012 na rzecz ubezpieczonych OOWNFZ wg powiatu zamieszkania oraz udział % wartości świadczeń tej grupy zrealizowanych poza woj. opolskim.....	108
Tabela 74. Procedury medyczne - czas oczekiwania (stan na 03/2013)	111
Tabela 75. Wartość świadczeń rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w I połowie 2011 i 2012r. (wg malejących wartości)	115
Tabela 76. Wartość świadczeń rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w I półroczu 2011r i 2012r	115
Tabela 77. Wartość wszystkich świadczeń rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012.	115
Tabela 78. Wartość świadczeń rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	116

Tabela 79. Wartość świadczeń SZP (umowy szpitalne) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości).....	116
Tabela 80. Wartość świadczeń SZP (umowy szpitalne) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011r i 2012.....	117
Tabela 81. Wartość świadczeń AOS rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	117
Tabela 82. Wartość świadczeń AOS rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011r i 2012.	117
Tabela 83. Wartość świadczeń REH rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	118
Tabela 84. Wartość świadczeń REH rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.....	118
Tabela 85. Wartość świadczeń PSY rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	118
Tabela 86. Wartość świadczeń PSY rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w 2011r i 2012r	119
Tabela 87. Wartość świadczeń SPO rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	119
Tabela 88. Wartość świadczeń SPO rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.....	119
Tabela 89. Wartość świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-lecznicznych rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	120
Tabela 90. Wartość świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-lecznicznych rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	120
Tabela 91. Wartość świadczeń w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	121
Tabela 92. Wartość świadczeń kardiologii łącznie rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	121
Tabela 93. Wartość świadczeń kardiologii łącznie rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w 2011r i 2012r	121
Tabela 94. Wartość świadczeń w oddziałach neonatologicznych łącznie rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	122
Tabela 95. Wartość świadczeń w oddziałach neonatologicznych łącznie rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	122
Tabela 96. Wartość świadczeń chirurgii ogólnej rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	122
Tabela 97. Wartość świadczeń chirurgii ogólnej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	123
Tabela 98. Wartość świadczeń chirurgii naczyniowej rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	123
Tabela 99. Wartość świadczeń chirurgii naczyniowej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	123
Tabela 100. Wartość świadczeń z zakresu kardiochirurgii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	124
Tabela 101. Wartość świadczeń z zakresu kardiochirurgii rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w I półroczu 2011r i 2012r	124
Tabela 102. Wartość świadczeń z zakresu neurochirurgii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	124
Tabela 103. Wartość świadczeń z zakresu neurochirurgii rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	125
Tabela 104. Wartość świadczeń chirurgii onkologicznej rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	125
Tabela 105. Wartość świadczeń chirurgii onkologicznej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ roku 2011 i 2012.	125
Tabela 106. Wartość świadczeń z teleradioterapii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w I połowie 2011 i 2012r. (wg malejących wartości)	126

Tabela 107. Wartość świadczeń z teleradioterapii rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.....	126
Tabela 108. Wartość świadczeń z zakresu chorób wewnętrznych rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	126
Tabela 109. Wartość świadczeń z zakresu chorób wewnętrznych rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ roku 2011 i 2012.	127
Tabela 110. Wartość świadczeń z zakresu hematologii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012r. (wg malejących wartości)	127
Tabela 111. Wartość świadczeń z onkologii i hematologii dziecięcej – hospitalizacja rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w I połowie 2011 i 2012r. (wg malejących wartości)	128
Tabela 112. Wartość świadczeń z zakresu neurologii dorosłych rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości).....	128
Tabela 113. Wartość świadczeń z zakresu neurologii dorosłych rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	128
Tabela 114. Wartość świadczeń z zakresu onkologii klinicznej rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości).....	129
Tabela 115. Wartość świadczeń z zakresu onkologii klinicznej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	129
Tabela 116. Wartość świadczeń z zakresu urologii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości).....	130
Tabela 117. Wartość świadczeń z zakresu urologii rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.....	130
Tabela 118. Wartość świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii łącznie rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości).....	130
Tabela 119. Wartość świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii łącznie rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	131
Tabela 120. Wartość świadczeń z zakresu laryngologii dorosłych rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości).....	131
Tabela 121. Wartość świadczeń z zakresu laryngologii dorosłych rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012	131
Tabela 122. Wartość świadczeń z zakresu pediatrii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości).....	132
Tabela 123. Wartość świadczeń z zakresu pediatrii rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.....	132
Tabela 124. Wartość świadczeń operacji usunięcia zaćmy rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości).....	133
Tabela 125. Wartość świadczeń operacji usunięcia zaćmy rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	133
Tabela 126. Wartość świadczeń nielimitowanych kardiologii E11-E14 rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	133
Tabela 127. Wartość świadczeń nielimitowanych kardiologii E11-E14 rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	134
Tabela 128. Wartość badań MRI rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	134
Tabela 129. Wartość badań MR rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w I półroczu 2011r i 2012r	134
Tabela 130. Wartość badań TK rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	135
Tabela 131. Wartość badań TK rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	135
Tabela 132. Wartość badań kolonoskopowych rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	135
Tabela 133. Wartość badań kolonoskopowych rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.....	136
Tabela 134. Wartość badań gastrokopii rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	136

Tabela 135. Wartość badań gastrokopii rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	136
Tabela 136. Wartość świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej (całodobowej i dziennej) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	137
Tabela 137. Wartość świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	137
Tabela 138. Wartość świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	138
Tabela 139. Wartość świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	138
Tabela 140. Wartość świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	138
Tabela 141. Wartość świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	139
Tabela 142. Wartość świadczeń z zakresu alergologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	139
Tabela 143. Wartość świadczeń z zakresu alergologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	139
Tabela 144. Wartość świadczeń z zakresu endokrynologii dorosłych i dzieci rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	140
Tabela 145. Wartość świadczeń z zakresu endokrynologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	140
Tabela 146. Wartość świadczeń z zakresu kardiologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	140
Tabela 147. Wartość świadczeń z zakresu kardiologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	140
Tabela 148. Wartość świadczeń z zakresu diabetologii dorosłych i dzieci(AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	141
Tabela 149. Wartość świadczeń z zakresu diabetologii dorosłych i dzieci(AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	141
Tabela 150. Wartość świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	141
Tabela 151. Wartość świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	142
Tabela 152. Wartość świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	142
Tabela 153. Wartość świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	142
Tabela 154. Wartość świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	143
Tabela 155. Wartość świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	143
Tabela 156. Wartość świadczeń z zakresu okulistyki dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	143
Tabela 157. Wartość świadczeń z zakresu okulistyki dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	144
Tabela 158. Wartość świadczeń z zakresu onkologii (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	144
Tabela 159. Wartość świadczeń z zakresu onkologii (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	144
Tabela 160. Wartość świadczeń z zakresu otolaryngologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	145
Tabela 161. Wartość świadczeń z zakresu otolaryngologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OOWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OOWNFZ w roku 2011 i 2012.	145
Tabela 162. Wartość świadczeń z zakresu dermatologii i wenerologii (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	145

Tabela 163. Wartość świadczeń z zakresu dermatologii i wenerologii (AOS) rozliczonych w Opolskim OWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OWNFZ w roku 2011 i 2012.	145
Tabela 164. Wartość świadczeń z zakresu neurologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	146
Tabela 165. Wartość świadczeń z zakresu neurologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OWNFZ w roku 2011 i 2012.	146
Tabela 166. Wartość świadczeń z zakresu urologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012. (wg malejących wartości)	146
Tabela 167. Wartość świadczeń z zakresu urologii dorosłych i dzieci (AOS) rozliczonych w Opolskim OWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OWNFZ w roku 2011 i 2012.	147
Tabela 168. Wartość świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej (AOS) rozliczanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2011 i 2012r (wg malejących wartości).....	147
Tabela 169. Wartość świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej (AOS) rozliczonych w Opolskim OWNFZ na rzecz ubezpieczonych w innych OWNFZ w roku 2011 i 2012.	147
Tabela 170. Zestawienie wyników finansowych za 12 m-cy 2010, 2011 i 2012 r. podmiotów leczniczych w Województwie Opolskim (w tys. zł)	148
Tabela 171. Zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa (w mln zł)	152
Tabela 172. Charakterystyka lokalizacji i wyniki pomiarów poziomów krótkookresowych hałasu drogowego na terenie wybranych miast województwa opolskiego w 2011r.....	158
Tabela 173. Charakterystyka lokalizacji i wyniki pomiarów poziomów długookresowych hałasu drogowego na terenie miasta Brzeg w 2011r.	159

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Wydatki na zdrowie jako % PKB w 2010r wg Raportu WHO za rok 2012.	5
Wykres 2. Wskaźnik zatrudnienia w sektorach ochrony zdrowia i socjalnym w poszczególnych państwach OECD (% całkowitego zatrudnienia).....	6
Wykres 3. Liczba praktykujących lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców	6
Wykres 4. Trend liczby lekarzy na 100 tys. populacji wybranych krajów OECD w latach 1970-2010 wg danych WHO Europa.	7
Wykres 5. Trend liczby pielęgniarek na 100 tys. populacji wybranych krajów OECD w latach 1980-2010 wg danych WHO Europa.....	7
Wykres 6. Zmiana liczby ludności w Polsce wg województw w latach 2002-2011 (w %, dane NSP).....	9
Wykres 7. Zmiana liczby ludności w województwie opolskim wg powiatów i podregionów w latach 2002-2011 (w %, dane NSP)	9
Wykres 8. Prognoza liczby ludności województwa opolskiego w latach 2008 - 2035	10
Wykres 9. Struktury wieku ludności województwa opolskiego w 2007 i 2035 r. (prognoza GUS)	11
Wykres 10. Warunki życia gospodarstw domowych w Polsce wg województw w 2011 roku.....	12
Wykres 11. Ogólny wskaźnik jakości życia w Polsce wg województw w 2011 roku	12
Wykres 12. Liczba zgłoszonych patogenów alarmowych w 2011r. i 2012r.	25
Wykres 13. Liczba ognisk epidemicznych w szpitalach woj. opolskiego w porównaniu z liczbą osób zakażonych w ogniskach w latach 2011 i 2012	26
Wykres 14. Wskaźnik zgonów na 100 tys. ludności w 2005 i 2010 roku z podziałem na powiaty województwa opolskiego.	32
Wykres 15. Finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach programów zdrowotnych finansowanych przez OOW NFZ w 2012 r.	35
Wykres 16. Koszt koordynacji „Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy” w województwie opolskim w latach 2010-2012	35
Wykres 17. Liczba kobiet kwalifikujących się do objęcia programem oraz liczba przebadanych kobiet w ramach „Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy” (tzw. bieżące objęcie populacji programem) w latach 2010-2012	36
Wykres 18. Koszt koordynacji „Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi” w województwie opolskim w latach 2011-2012	36
Wykres 19. Liczby kobiet kwalifikujących się do objęcia programem oraz liczba kobiet przebadanych w ramach „Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi” (tzw. bieżące objęcie populacji programem) w latach 2011-2012	37
Wykres 20. Liczba kobiet w programie profilaktyki raka piersi w OOWNFZ w latach 2010-2012 wg powiatu zamieszkania	37
Wykres 21. Liczba kobiet w programie profilaktyki raka szyjki macicy w OOWNFZ w latach 2010-2012 wg powiatu zamieszkania	38
Wykres 22. Całkowity koszt realizacji programów zdrowotnych i profilaktycznych oraz działań edukacyjnych w powiatach województwa opolskiego w 2012 r.	41
Wykres 23. Realizacja szkolnych programów profilaktycznych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w latach 2006-2011 w województwie opolskim.....	45
Wykres 24. Realizacja pozaszkolnych programów profilaktycznych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w latach 2006-2011 w województwie opolskim.....	45
Wykres 25. Nauczyciele uczestniczący w szkolnych i pozaszkolnych programach profilaktycznych w województwie opolskim w latach 2006-2011.....	46
Wykres 26. Środki finansowe przeznaczone na realizację szkolnych i pozaszkolnych programów profilaktycznych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w latach 2006-2011 w województwie opolskim w złotych	46
Wykres 27. Kierunki działań uwzględnione w gminnych programach przeciwdziałania narkomanii w obszarze profilaktyki w 2012 r.	48
Wykres 28. Porównanie profilaktyka uniwersalna, a selektywna i wskazująca – liczba programów zrealizowanych w województwie opolskim w 2012 r.	48

Wykres 29. Porównanie profilaktyka uniwersalna, a selektywna i wskazująca – liczba odbiorców programów zrealizowanych w województwie opolskim w 2012 r.	49
Wykres 30. Jednostki edukacyjne w województwie opolskim, w których w 2012 r. realizowane były programy edukacyjne oraz psychoedukacyjne.....	49
Wykres 31. Liczba lekarzy medycyny posiadających specjalizacje oraz bez specjalizacji wg wieku w OIL w roku 2012	74
Wykres 32. % lekarzy medycyny posiadających specjalizacje wg wieku w OIL w roku 2012.....	75
Wykres 33. Liczba lekarzy dentyków posiadających specjalizacje oraz bez specjalizacji wg wieku w OIL w roku 2012	76
Wykres 34. % lekarzy dentyków posiadających specjalizacje wg wieku w OIL w roku 2012	76
Wykres 35. Liczba lekarzy medycyny i dentyków posiadających specjalizacje wg wieku w OIL w 2010 i 2012 r.	77
Wykres 36. Symulacja liczby lekarzy medycyny w OIL wg wieku w roku 2032 wg danych 2012r przy założeniu starzenia się i ubytków naturalnych oraz „napływu” nowych lekarzy na poziomie ostatnich 10 lat.....	77
Wykres 37. Wartość świadczeń w latach 2010-2012 w rodzaju lecznictwo szpitalne.	98
Wykres 38. Wartość świadczeń w latach 2010-2012 – podstawowa opieka zdrowotna.....	99
Wykres 39. Wartość świadczeń w latach 2010-2012 – ambulatoryjna opieka specjalistyczna	99
Wykres 40. Wartość świadczeń AOS na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ w latach 2010-2012 wg powiatu zamieszkania	100
Wykres 41. Wartość świadczeń AOS na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ w roku 2012 wg powiatu zamieszkania.	100
Wykres 42. Wartość świadczeń AOS na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ w latach 2010-2012	101
Wykres 43. Wartość świadczeń w latach 2010-2012 – rehabilitacja lecznicza	101
Wykres 44. Wartość świadczeń w latach 2010-2012 – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	102
Wykres 45. Łączna wartość świadczeń na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ wg powiatu zamieszkania w latach 2010-2012	104
Wykres 46. % wartości świadczeń uzyskanych we własnym powiecie w OOWNFZ w latach 2010-2012.....	104
Wykres 47. Dynamika zmian średniej wartości świadczeń na 1 ubezpieczonego w OOWNFZ w latach 2010-2012 wg rodzajów świadczeń kontraktowanych.	106
Wykres 48. Zestawienie wyników finansowych za 12 m-cy 2010, 2011 i 2012 r. 13 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie, działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (w tys. zł)	148
Wykres 49. Zestawienie wyników finansowych za 12 m-cy 2010, 2011 i 2012 r. 3 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest właściwy Minister, działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (w tys. zł)	149
Wykres 50. Zestawienie wyników finansowych za 12 m-cy 2010, 2011 i 2012 r. 8 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego – powiatowe, działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (w tys. zł)	150
Wykres 51. Zestawienie wyników finansowych za 12 m-cy 2010, 2011 i 2012 r. 5 podmiotów leczniczych działających w formie spółek prawa handlowego (w tys. zł)	151
Wykres 52. Odsetek (%) ludności zaopatrywanej w wodę o odpowiedniej jakości w latach 2011-2012	155
Wykres 53. Udział emisji zanieczyszczeń gazowych w województwie opolskim w 2011 roku.	157
Wykres 54. Udział emisji zanieczyszczeń pyłowych w województwie opolskim w 2011 roku.	157

SPIS RYCIN

Rycina 1. Wydatki na zdrowie jako % PKB względem wydatków rządowych wg Raportu WHO za rok 2012 (dane za rok 2010).....	5
Rycina 2. Liczba zrealizowanych zadań w zakresie profilaktyki uzależnień w gminach województwa opolskiego w 2012 r.	47
Rycina 3. Wykaz stacjonarnych podmiotów leczniczych dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa opolskiego.....	52
Rycina 4. Wykaz stacjonarnych podmiotów leczniczych dla których podmiotem tworzącym są samorządy powiatowe, resortowe: MSW, MON, oraz działające w formie spółek.	53
Rycina 5. Liczba specjalistów w poszczególnych dziedzinach kształcenia przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych w Polsce w latach 2002-2012 (stan na dzień 31 grudnia 2012r.)	65
Rycina 6. Zasięg lotów na terenie województwa opolskiego.....	85

Załącznik nr 2

Informacja o konsultacjach społecznych projektu Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020

Celem procesu konsultacji projektu Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020 było zainteresowanie oraz zaangażowanie jak najszerszego grona osób w dyskusję na temat działań w obszarze ochrony zdrowia w województwie opolskim.

Proces konsultacji był czasem dynamicznej dyskusji, oraz poszukiwania optymalnych rozwiązań w celu zapewnienia najlepszych warunków dla świadczenia usług w obszarze ochrony zdrowia w regionie. W procesie konsultacji społecznych projektu Strategii uczestniczyli przedstawiciele różnych środowisk m.in. Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Opolskiej Okręgowej Rady Lekarskiej, Opolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Konwentu Starostów województwa opolskiego, Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, Opolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej w Opolu, Opolskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Opolu. Diagnoza stanu ochrony zdrowia w województwie opolskim konsultacji konsultowana była ze społecznością regionalną w okresie od 5 do 17 lipca 2013r. Natomiast projekt Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020 był przedmiotem konsultacji od 16 października do 20 listopada 2013r.

Zarząd Województwa Opolskiego podał do publicznej wiadomości informację o rozpoczęciu konsultacji społecznych projektu Strategii poprzez umieszczenie ogłoszenia na stronie internetowej samorządu województwa www.opolskie.pl. Jednocześnie informacja ta została przekazana do samorządów lokalnych, przedstawicieli środowiska medycznego, dyrektorów podmiotów leczniczych działających na terenie województwa opolskiego oraz Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Uwagi do projektu Strategii można było składać m.in. za pomocą formularza konsultacyjnego, zamieszczonego na ww. stronie internetowej. Wypełnione formularze można było przesyłać drogą mailową na adres dzd@opolskie.pl drogą pocztową na adres Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, ul. Piastowska 14, 45-082 Opole, bądź składać osobiście w siedzibie Urzędu.

W trakcie procesu konsultacji społecznych projektu Strategii otrzymano uwagi, zgłoszone m.in. przez:

- jednostki samorządu terytorialnego,
- dyrektorów podmiotów leczniczych,
- Radnych Województwa Opolskiego
- Konsultantów Wojewódzkich,
- Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Wojewódzką Stację Sanitarno- Epidemiologiczną w Opolu.

Uwagi przesyłane były przede wszystkim drogą mailową i tradycyjną za pośrednictwem formularza konsultacyjnego, a także protokołowane podczas spotkań konsultacyjnych.

Uwagi te zostały ujęte wraz z rozpatrzeniem w *Raporcie z przebiegu konsultacji społecznych projektu Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020*. Raport został przygotowany przez Departament Zdrowia i Polityki Społecznej UMWO następnie zaakceptowany przez Zarząd Województwa Opolskiego. Dokument ten był podstawą do wprowadzenia zmian do projektu Strategii. Raport został upubliczniony na wspomnianej powyżej stronie internetowej samorządu województwa

Załącznik nr 3

Informacja o strategicznej ocenie oddziaływania na środowisko projektu Strategia ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020

Na podstawie art. 47 i 49 ustawy z dnia 9 października 2008r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. Nr 199, poz. 1227 z późn. zm.) w dniu 22 października 2013r. wystąpiono do Regionalnego Dyrektora Ochrony Środowiska w Opolu (RDOŚ) i Opolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (OPWIŚ) z prośbą o stwierdzenie możliwości odstąpienia od przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko zapisów dokumentu Strategia ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014 – 2020.

W opinii Regionalnego Dyrektora Ochrony Środowiska w Opolu (pismo z dnia 8 listopada 2013r. znak: WOOS.411.1.60.2013.MH) **brak jest przesłanek do przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dla przedmiotowego dokumentu.**

Opolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Opolu (pismo z dnia 7 listopada 2013r. znak: NZ.9022.1.158.2013.JG) pozytywnie ustosunkował się do przedstawionej prośby w sprawie odstąpienia od przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko zapisów odnośnie do projektu Strategii.