

ZARZĄD WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO



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

Projekt

Opole, 1 październik 2013r.

Departament Zdrowia i Polityki Społecznej
Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego

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
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:

Józef Sebesta	- Marszałek Województwa Opolskiego
Tomasz Kostuś	- Wicemarszałek Województwa Opolskiego
Roman Kolek	- Wicemarszałek Województwa Opolskiego
Barbara Kamińska	- Członek Zarządu Województwa Opolskiego
Antoni Konopka	- Członek Zarządu Województwa Opolskiego

SPIS TREŚCI

1. WPROWADZENIE.....	4
1.1. Metodyka opracowania.....	6
2. DIAGNOZA	8
2.1. Sytuacja społeczno-demograficzna województwa opolskiego	9
2.2. Sytuacja zdrowotna i epidemiologiczna	10
2.3. Promocja zdrowia oraz profilaktyka i edukacja zdrowotna.....	13
2.4. Zasoby kadry medycznej	15
2.5. Infrastruktura w ochronie zdrowia w województwie opolskim	17
2.6. Działalność podmiotów leczniczych w województwie opolskim	18
2.7. Ocena dostępności do świadczeń w województwie.....	22
2.8. Świadczenia migracyjne	24
2.9. Analiza SWOT	25
3. OBSZARY INTERWENCJI OCHRONY ZDROWIA	27
4. CELE STRATEGICZNE I OPERACYJNE.....	29
PROMOCJA ZDROWIA ORAZ PROFILAKTYKA I EDUKACJA ZDROWOTNA.....	32
Cel strategiczny 1.1. Profilaktyka chorób	32
KADRA MEDYCZNA	33
Cel strategiczny 2.1. Dogodne warunki rozwoju w placówkach ochrony zdrowia	33
AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA	34
Cel strategiczny 3.1. Opieka ambulatoryjna (podstawowa oraz specjalistyczna)	34
LECZNICTWO SZPITALNE	34
Cel strategiczny 4.1. Specjalistyczne usługi medyczne.....	34
Cel strategiczny 4.2. Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem	35
Cel strategiczny 4.3. Opieka nad osobami starszymi.....	35
Cel strategiczny 4.4. Restrukturyzacja podmiotów leczniczych	36
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PALIATYWNO HOSPICYJNA	37
Cel strategiczny 5.1. Rozwój opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej.....	37
RATOWNICTWO MEDYCZNE	38
Cel strategiczny 6.1. Regionalne ratownictwo medyczne	38
INFORMATYZACJA W OCHRONIE ZDROWIA.....	38
Cel strategiczny 7.1. E-usługi w ochronie zdrowia	38
5. FINANSOWANIE REALIZACJI STRATEGII.....	40
6. MONITORING I EWALUACJA STRATEGII	42
7. ZAŁĄCZNIKI.....	44
Załącznik nr 1.	45
Diagnoza stanu ochrony zdrowia w województwie opolskim, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Opole czerwiec 2013r.	45
Załącznik nr 2.	45
Informacja o konsultacjach społecznych projektu Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014- 2020 - zostanie uzupełniony	45
Załącznik nr 3.	45
Informacja o strategicznej ocenie oddziaływania na środowisko projektu Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 – zostanie uzupełniony	45

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.

Aktualnie obowiązuje dokument pn. „Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2006-2013”, przyjęty uchwałą nr XLIV/418/2006 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 31 stycznia 2006 r., ważny do 31 grudnia 2013 r.

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;
- oraz 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

Potrzeba opracowania nowej strategii ochrony zdrowia wynika z ww. zapisów strategii rozwoju województwa. Szczegółowa diagnoza oraz analiza SWOT opracowana pod kierownictwem Zespołu Konsultacyjnego ds. opracowania strategii ochrony zdrowia pozwoliły sformułować najważniejsze priorytety w ochronie zdrowia w województwie. Strategiczne priorytety wraz z celami

operacyjnymi oraz zaplanowanymi działaniami mają się przyczynić do poprawy jakości i dostępności do usług zdrowotnych i opiekuńczych.

Nowa strategia ochrony zdrowia 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. A nowy dokument z zakresu ochrony zdrowia na kolejne lata 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 ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020 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
- 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

Celem przygotowania niniejszego dokumentu było zdefiniowanie celów i obiektywnych kryteriów ich osiągnięcia za pomocą i na podstawie danych o stanie zdrowia mieszkańców, których skuteczność oceniana jest na podstawie zmiany wskaźników stanu zdrowia zorientowanych na osiągnięcie celu nadrzędnego systemu ochrony zdrowia, jakim jest poprawa zdrowia mieszkańców.

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

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.

Strategia ochrony zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 jest rezultatem szczegółowej analizy dostępnych danych i informacji, konsultacji społecznych oraz zaangażowania podmiotów funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia.

W opracowaniu oparto się na następujących obowiązujących dokumentach:

- Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020r.,
- dane statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego, Urzędu Statystycznego w Opolu,
- biuletyny statystyczne publikowane przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia,
- **dane 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,
- **publikacje m.in.:** Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska, Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu, Ministerstwa Zdrowia, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Rozdział

2

DIAGNOZA

Dla Strategii Ochrony Zdrowia Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 opracowano osobny dokument diagnostyczny, który stanowi podstawę do określenia kierunków rozwoju regionalnego systemu ochrony zdrowia. Diagnoza ta wskazuje najważniejsze rekomendacje dla działań w zakresie ochrony zdrowia, które służyć mają kreowaniu szeroko rozumianej polityki zdrowotnej w województwie.

Diagnoza ochrony zdrowia województwa opolskiego, na którą składa się sytuacja społeczno-demograficzna województwa opolskiego, sytuacja zdrowotna i epidemiologiczna, stan zasobów kadry medycznej, stan infrastruktury w ochronie zdrowia w województwie opolskim oraz ocena dostępności do świadczeń w województwie – zawarta została w załączniku do niniejszej strategii.

W części dalszej niniejszego dokumentu przedstawiono jedynie skrót podstawowych informacji diagnostycznych przedstawiających stan ochrony zdrowia w województwie opolskim.

2.1. Sytuacja społeczno-demograficzna województwa opolskiego

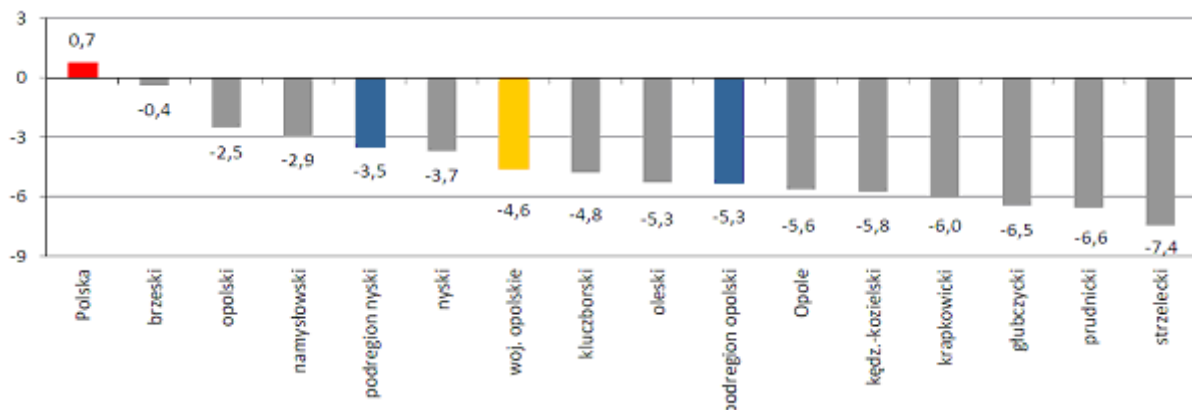
- 1) Procesy demograficzne oraz społeczne stanowią ważny element analizy obecnej i przyszłej sytuacji zarówno regionów jak i całego kraju. Województwo opolskie należy do grupy małych regionów europejskich, z populacją oscylującą wokół 1 mln mieszkańców¹, zamieszkującą obszar 9411,87 km² (2,8% powierzchni 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 latach. 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.²
- 2) Gęstość zaludnienia, tj. liczba osób przypadająca na 1 km² powierzchni, w województwie opolskim w połowie 2012 r. wyniosła 108 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 (122 120 mieszkańców), Kędzierzyn-Koźle (63 772), Nysa (45 326), Brzeg (37 312) i Kluczbork (24 746)³.
- 3) Wyludnianie się regionu oraz starzenie się mieszkańców stają się 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 Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020r., s.21

Wykres 1. 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

- 4) Usytuowanie województwa opolskiego między dwoma metropoliami 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). 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 wieku⁴.

- 1) Choroby cywilizacyjne generują większość kosztów społecznych, wpływają na pogorszenie jakości życia oraz skrócenie jego długości. Na przestrzeni ostatnich trzech lat spośród chorób cywilizacyjnych⁵ 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

⁴ Krajowe Strategiczne Ramy Polityki w Obszarze Ochrony Zdrowia w Polsce, Warszawa czerwiec 2013 r.

⁵ Nowotwory, choroby tarczycy, cukrzyca, otyłość, zniekształcenie kręgosłupa...

W wieku 19 lat i więcej chorób cywilizacyjnych⁶ 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 osób

- 2) Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. Skalę problemu pokazuje 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 złośliwe⁷.

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

⁶ Nowotwory, gruźlica, choroby tarczycy, cukrzyca, choroby układu krążenia ...

⁷ 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 Ochronnych⁸, 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. Nie mniej 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). W 2012 r. w 28 przypadkach odmówiono stwierdzenia choroby zawodowej.
- 6) Na przestrzeni ostatnich sześciu lat (2005-2011) poprawił się wskaźnik urodzeń żywych w województwie i w powiatach z wyjątkiem powiatu prudnickiego.
- 7) Liczba zgonów na przestrzeni ostatnich sześciu lat (2005-2011), zwiększyła się w 2010 r. w stosunku do 2005 r. i 2011 r., w tym większa była śmiertelność wśród mężczyzn zarówno w miastach jak i na wsi.
- 8) Podobnie w ostatnich sześciu latach (2005-2010) ilość zgonów z powodu nowotworów oraz chorób układu krążenia wzrosła w 2009 r. i 2010 r. w stosunku do 2005 r. zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn.

⁸ Na podstawie danych 2012 r. , WSSE Opole

- 9) Od 2005 r. współczynnik zgonów ogółem na 100 tys. mieszkańców województwa opolskiego systematycznie wzrasta. W 2010 r. umieralność mężczyzn i kobiet wzrosła o 6,4% w stosunku do roku 2005. W 2005 r. i 2010 r. współczynnik umieralności mężczyzn był o 17% większy od współczynnika umieralności kobiet. W 2009 r. różnica ta wzrosła do 22%.

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.

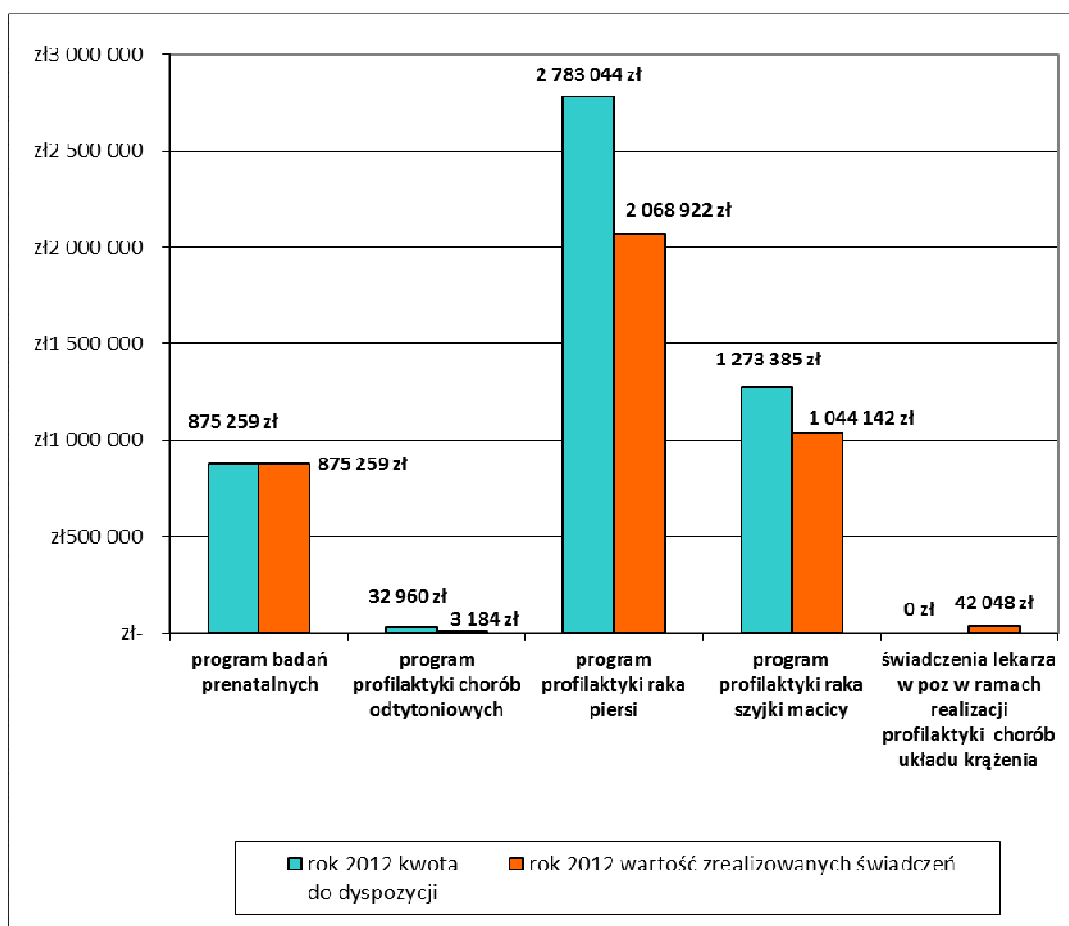
Tabela 4. Zrealizowane programy zdrowotne oraz prozdrowotne działania edukacyjne w powiatach województwa opolskiego w latach 2010-2012

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

- 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.



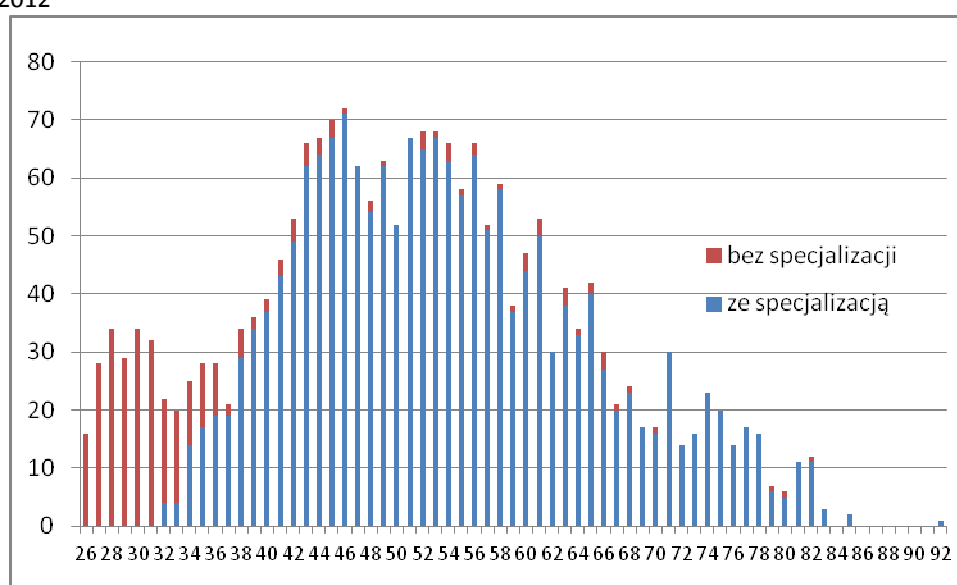
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z OOW NFZ

Przeznaczone przez płatnika (OOW NFZ) środki na programy profilaktyczne nie są w pełni wykorzystywane, co świadczyć może albo o braku zainteresowania realizacją tych programów, niskiej świadomości obywateli lub o niedostatecznym rozpoznaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

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

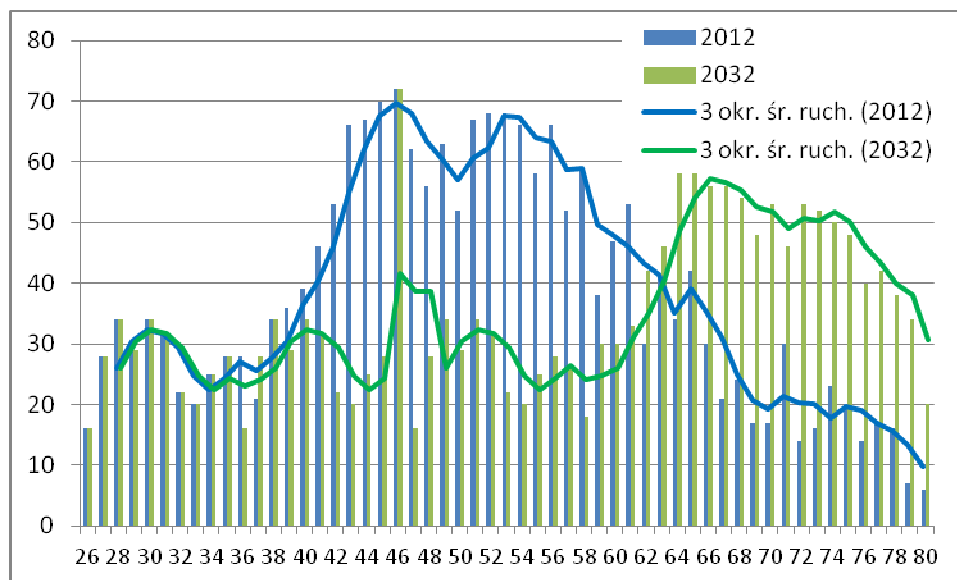


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OIL

- 3) Na przestrzeni trzech lat (2009-2011) ogólna liczba lekarzy w województwie 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).
- 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 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, 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, dostępności do 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).

2) Stan infrastruktury w ochronie zdrowia w województwie opolskim nie jest w pełni zadowolający, 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 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 wprowadzane zostały nowe procedury medyczne, a także usprawniane zostały procedury już stosowane. W efekcie dochodzi do dalszego skracania się 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 poprawiła się zakres i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

dla mieszkańców województwa. W dłuższym okresie, nowe elementy infrastruktury przyczyniają się do poprawy jakości życia mieszkańców regionu.

- 7) 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.:
- dostępu do Internetu i usług z zakresu e-zdrowia,
 - 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.

Jednakże w dalszym ciągu stan informatyzacji podmiotów leczniczych z województwa opolskiego jest niewystarczający i wymaga dalszych nakładów inwestycyjnych.

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**⁹, 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 wskaźnika przeciętnego pobytu chorego 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 kardiologicznego¹⁰. Aktualnie województwo opolskie 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 województwie mazowieckim.

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)
- 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, okulistyczna, otolaryngologiczna, urologiczna)

Dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwie jest utrudniony, najdłuższy czas oczekiwania wynosi ponad rok do poradni endokrynologicznej i kardiologicznej.

3) Opieka długoterminowa

⁹ CSIOZ Warszawa 2012 – Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

¹⁰ dane CSIOZ Warszawa 2012 na podstawie MZ -29

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 ww. 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 558¹¹. Dostępność do opieki paliatywnej w Polsce jest nierównomierna ze względu na rozmieszczenie istniejących ośrodków. W województwie opolskim funkcjonuje najmniej jednostek opieki paliatywnej w kraju, które z nakładami w przeliczeniu na jednego mieszkańca w 2011 r. - 8,08 zł 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, 1 ośrodek leczenia odwykowego, 1 ośrodek rehabilitacyjny dla narkomanów (MONAR) oraz 1 inne. Liczba poradni w psychiatrii na dzień 31.12.2012 r. wynosi 102¹².

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:

- 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

¹¹ dane CSIOZ Warszawa 2012 na podstawie MZ 29A

¹² dan: Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Opolskiego na lata 2012- 2015

System ratownictwa medycznego w województwie opolskim wspierany jest przez Zespół Śmigłowiec Służby Ratownictwa Medycznego¹³ 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 Samodzielny 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.

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;

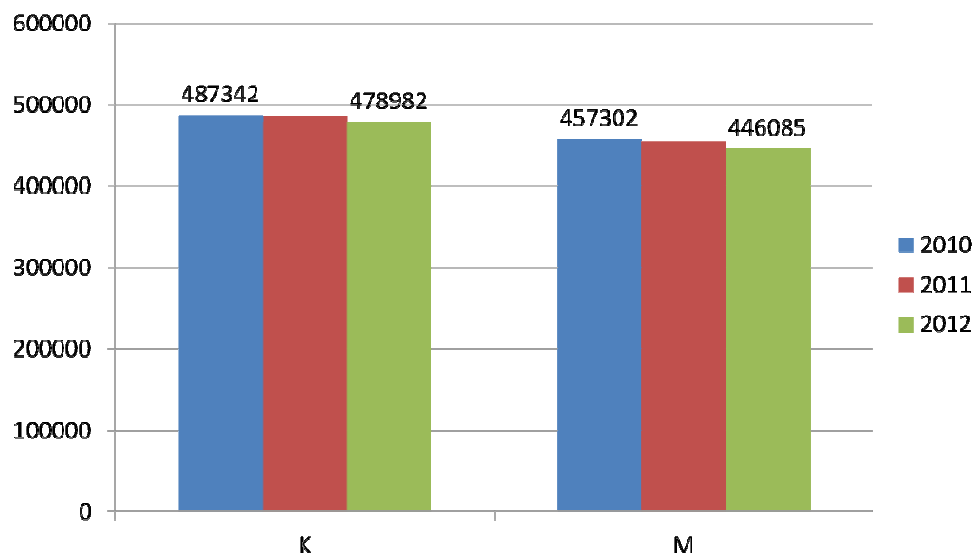
¹³ HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service

**** 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.

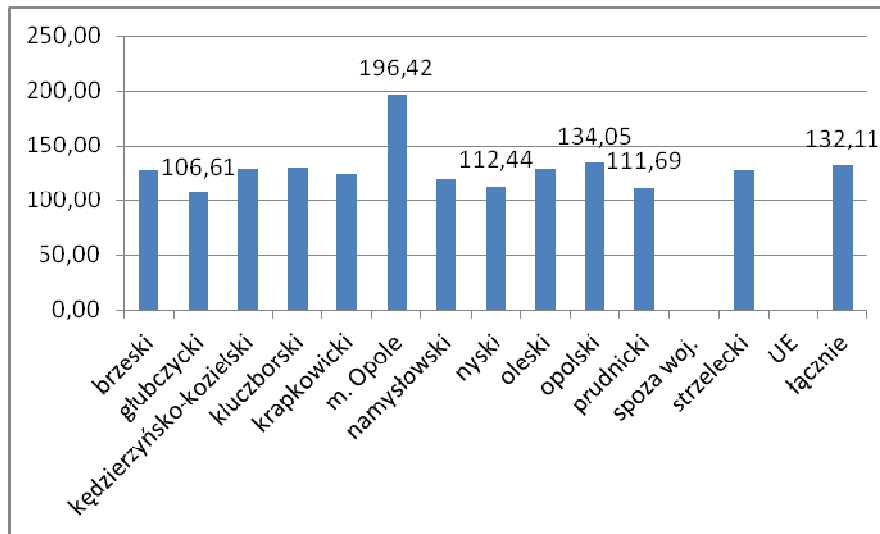


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

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 leczenie 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 przypadała 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.



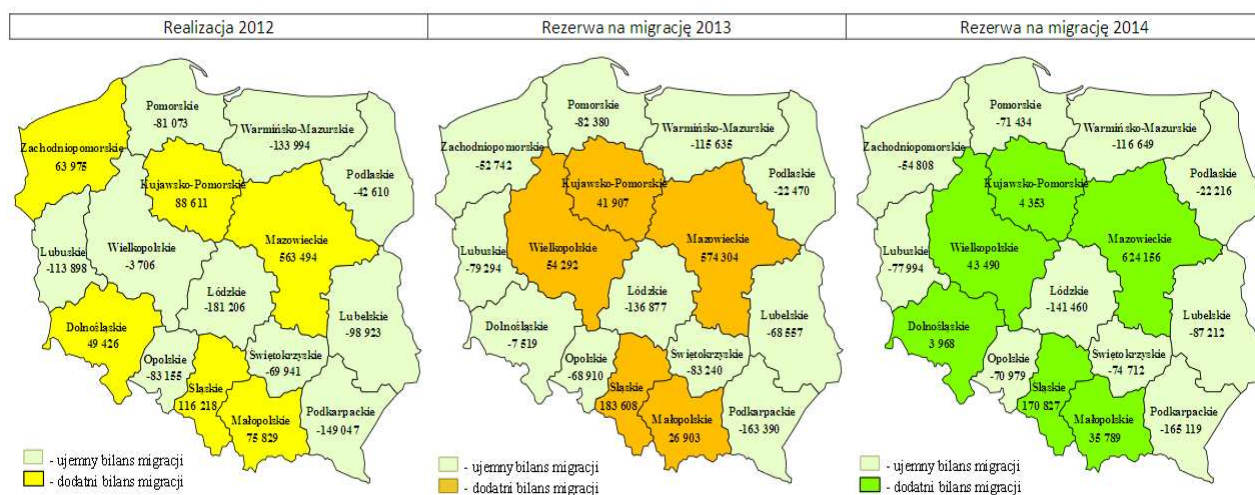
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OOW NFZ

- 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.

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, polegającą na uporządkowaniu posiadanych informacji w zakresie ochrony zdrowia w województwie na cztery grupy: S (*Strengths*) – mocne strony, W (*Weaknesses*) – słabe strony, O (*Opportunities*) – szanse, T (*Threats*) – zagrożenia.

Zastosowana 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 (zał. do niniejszej strategii) została poddana konsultacjom społecznym. Spotkanie podsumowujące konsultacje społeczne odbyło się dnia 17 lipca 2013r. w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Opolskiego.

Na podstawie otrzymanych uwag dokonano hierarchizacji mocnych i słabych stron oraz szans i zagrożeń występujących w obszarze ochrony zdrowia.

Tabela 6. 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. infrastruktura w opiece nad osobami starszymi oraz niewystarczająca liczba opiekunów 2. deficyt lekarzy specjalistów z dziedzin: geriatry, pediatrii, radioterapii, interny... 3. dostęp do poradni ginekologicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego 4. dostęp do usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w tym rehabilitacji medycznej 5. system leczenia chorób nowotworowych 6. wyludnianie się i struktura wieku ludności 7. wycena świadczeń zdrowotnych rozliczanych przez NFZ 8. zmniejszająca się liczba lekarzy specjalistów i pielęgniarzek 9. niedobór infrastruktury z zakresu ginekologii onkologicznej, anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii, kompleksowego leczenia nowotworów płuc, geriatry i diabetologii 10. koordynacja realizacji działań i programów w zakresie promocji i profilaktyki zdrowia 11. aktywność ruchowa oraz rozwijanie sportu i turystyki 12. wyposażenie w sprzęt oraz poziom informatyzacji jednostek ochrony zdrowia 13. czas oczekiwania na realizację planowanych zabiegów 14. opieka dzienna i środowiskowa nad chorymi psychicznie

Tabela 7. Analiza SWOT dla obszaru ochrony zdrowia w województwie opolskim – mocne i słabe strony

Szanse	Zagrożenia
<ol style="list-style-type: none"> 1. dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne 2. współpraca płatnika, jednostek ochrony zdrowia, ich właścicieli w zakresie realizacji polityki zdrowotnej 3. wzrost świadomości prozdrowotnej 4. rozwój opieki nad matką i dzieckiem 5. rozwój e-zdrowia i telemedycyny 6. zasoby statystyki medycznej 7. utworzenie bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w województwie opolskim 8. współpraca szpitali województwa z ośrodkami akademickimi 9. alternatywne źródła finansowania ochrony zdrowia 10. technologie medyczne i ich wdrażanie w podmiotach leczniczych 11. nowe programy zdrowotne i profilaktyczne 12. optymalizacja kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia 13. decentralizacja finansowania świadczeń wraz z odpowiedzialnością regionalną za dostęp do świadczeń zdrowotnych 14. opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą, w tym stomatologia dziecięca. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. brak wspólnego i jednolitego mechanizmu realizowania regionalnej polityki zdrowotnej 2. niestabilność przepisów w ochronie zdrowia 3. zmniejszająca się liczby ubezpieczonych 4. odpływ wykwalifikowanego personelu medycznego 5. zmniejszanie nakładów na ochronę zdrowia 6. zbyt obszerny koszyk świadczeń gwarantowanych w stosunku do wielkości środków przeznaczanych na ochronę zdrowia 7. brak zainteresowania wybranymi specjalizacjami medycznymi(geriatria, pediatria, medycyna rodzinna, radioterapia) 8. zbyt mała ilość miejsc specjalizacyjnych dla województwa opolskiego 9. dysproporcje w finansowaniu usług medycznych 10. limitowanie świadczeń medycznych

Rozdział

3

OBSZARY INTERWENCJI OCHRONY ZDROWIA

W wyniku przeprowadzonej analizy SWOT, określona lista czynników w słabych stronach pozwoliła na wyodrębnienie następujących obszarów interwencji:

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

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	

Źródło: Opracowanie własne

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. Niwelowanie różnic w dostępności do usług specjalistycznych
			3.1.2. Poprawa dostępności do rehabilitacji leczniczej

* Prace badawczo-rozwojowe

	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 nowotworów złośliwych.
			4.1.3. Rozwój infrastruktury oraz wprowadzenie nowoczesnych technologii medycznych
		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. Nowe modele terapii i wsparcia 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 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 ogólnego wykształcenia mieszkańców regionu oraz ogromny rozwój (dostępność) nośników informacji, stwarzają nowe możliwości kształcenia w zakresie wiedzy o zdrowiu i zapobieganiu chorobom, a także dbania o własne zdrowie. Oczekiwania społeczeństwa wynikające z dotychczasowej organizacji systemu ochrony zdrowia powinny zostać uzupełnione większym zaangażowaniem i odpowiedzialnością obywateli za własne zdrowie, gdyż obecne trendy niedoborów kadr medycznych stanowią zagrożenie dla organizacji systemu w dotychczasowym kształcie. 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, których czynniki związane są z nowoczesnym stylem życia: 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 w zakresie realizacji celu strategicznego należy podejmować działania polegające na zapobieganiu chorobom poprzez wdrażanie nowych metod terapii, prowadzenie działań profilaktyczno-edukacyjnych, czy badań naukowych pozwalających dogłębnie 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

W województwie opolskim na przestrzeni 3 lat (2009-2011) ogólna liczba lekarzy w województwie wzrosła o około 40 osób, wskaźnik liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców z 16 miejsca w kraju (2009 r.) uplasował województwo na 13-14 miejscu w 2011 r. Natomiast ubywa lekarzy pracujących w województwie: na przestrzeni ww. okresu liczba lekarzy zmniejszyła się o 70 osób.

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 wykształconej w opolskich medycznych szkołach młodzieży w regionie.

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).
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.

AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

Cel strategiczny 3.1. Opieka ambulatoryjna (podstawowa oraz specjalistyczna)

W województwie dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest utrudniony i skutkuje długim okresem oczekiwania na wizyty. Z uwagi na oczekiwania pacjentów, konieczne jest stworzenie warunków umożliwiających udzielanie świadczeń zdrowotnych poprzez wyrównanie różnic w dostępie do świadczeń w całym województwie opolskim. Powyższe działanie powinno być nakierowane na racjonalne rozmieszczenie usług na terenie województwa oraz dobrą organizację tych usług poprzez optymalne wykorzystanie istniejących zasobów: kadry medycznej, infrastruktury i aparatury medycznej.

Cel operacyjny 3.1.1.	Niwelowanie różnic w dostępności do usług specjalistycznych
Zadania	<ul style="list-style-type: none">• Wykorzystanie lokalnych zasobów infrastrukturalnych na potrzeby dostępu do specjalistów• Tworzenie warunków do poprawy dostępności w opiece stomatologicznej
Cel operacyjny 3.1.2.	Poprawa dostępności do rehabilitacji leczniczej
Zadania	<ul style="list-style-type: none">• Tworzenie warunków do zapewnienia rehabilitacji, zwłaszcza bezpośrednio po leczeniu specjalistycznym

LECZNICTWO SZPITALNE

Cel strategiczny 4.1. Specjalistyczne usługi medyczne

W celu poprawy dostępności do najnowocześniejszych metod profilaktyki, diagnostyki i terapii, należy przeprowadzić działania modernizujące i uzupełniające infrastrukturę i wyposażenie placówek w nowoczesny sprzęt medyczny. Wprowadzanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych, zakup i wymiana zamortyzowanego sprzętu i dostosowanie liczby aparatów medycznych do potrzeb regionu.

Powyższe ma być odpowiedzią na wzrost potrzeb zgłaszanych wobec systemu opieki zdrowotnej - zarówno w wyniku zmian demograficznych, jak też w następstwie rozwoju medycyny oraz wiedzy i świadomości pacjentów wymaga stworzenia warunków zapewniających zwiększenie efektywności regionalnego systemu ochrony zdrowia oraz poprawę dostępności do usług zdrowotnych.

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 nowotworów złośliwych.
Zadania	<ul style="list-style-type: none">• Tworzenie ośrodków zapewniających kompleksową diagnostykę i leczenie nowotworów• Rozbudowa posiadanej bazy specjalistycznej na potrzeby leczenia nowotworów złośliwych narządu rodowego 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

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, jak i dla zapewnienia mu optymalnego poziomu zdrowia w przyszłości. Wymaga to zapewnienia matce i dziecku przede wszystkim opieki medycznej, obejmującej zarówno profilaktykę, jak i promocję zdrowia. Kompleksowa opieka nad dzieckiem powinna także obejmować dzieci niepełnosprawne.

Zapewnienie właściwej opieki nad matką i dzieckiem wymaga prowadzenia spójnych długookresowych działań mających za zadanie zapewnienie opieki medycznej na jak najwyższym poziomie przy stałym podnoszeniu jakości i dostępności usług medycznych w ochronie zdrowia matki i dziecka w czasie, przed i po jego urodzeniu.

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 położniczych 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 położniczych środowiskowych (przed i po porodzie).• Program naturalnego karmienia.• Rehabilitacja poporodowa.

Cel strategiczny 4.3. Opieka nad osobami starszymi

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

Należy przygotować się do charakterystycznych i typowych zadań medycznych, jakie stawia przed systemem proces starzenia się społeczeństwa i długowieczność obywateli (wzrost liczby osób dotkniętych więcej niż jedną chorobą przewlekłą, wzrost liczby osób dotkniętych powikłaniami wynikającymi z interakcji leków, oraz schorzeń jatrogennych).

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 zapewnienie usług w największym możliwym stopniu 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. • Programy zdrowotne uwzględniające integrację opieki geriatrycznej z innymi formami świadczeń zdrowotnych i społecznych.
Cel operacyjny 4.3.2.	Nowe modele terapii i wsparcia dla starzejącej się populacji pacjentów
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Wprowadzanie nowoczesnych metod terapii i wsparcia dla seniorów.

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, dzięki czemu charakteryzuje się przejrzystością funkcjonowania. Ponadto poprzez urealnienie odpowiedzialności zarządzających i nadzorujących oraz możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w sferze komercyjnej, stwarza możliwości rozwoju jednostek ochrony zdrowia.

Poprawę efektywności zarządzania można również osiągnąć poprzez działania integrujące działalność 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.

Cel operacyjny 4.4.1.	Zmiany w zarządzaniu i organizacji podmiotów leczniczych
Zadania	<ul style="list-style-type: none"> • Restrukturyzacja podmiotów leczniczych. • Zmiana formy organizacyjno-prawnej podmiotów leczniczych.

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA I PALIATYWNO HOSPICYJNA

Cel strategiczny 5.1. Rozwój opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej

Opieka paliatywna poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą w życiu chorobą poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji, ocenie oraz leczeniu bólu i innych problemów somatycznych, psychologicznych i duchowych (na podstawie definicji WHO z 2002 roku).

W województwie system opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej wymaga dalszego rozwoju ponieważ nie dysponujemy systemem kompleksowej długotrwałej opieki pielęgniarstwa, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych dedykowanych osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym.

Cel operacyjny 5.1.1.	Rozwój usług adresowanych do osób niesamodzielnymi, 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• 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.

RATOWNICTWO MEDYCZNE

Cel strategiczny 6.1. Regionalne ratownictwo medyczne

Na terenie województwa opolskiego działa system ratownictwa, w skład którego wchodzi: Centra Powiadamiania Ratunkowego, Szpitalne Oddziały Ratunkowe, Zespoły Ratownictwa Medycznego. System ten działa na podstawie sporządzonego przez Wojewodę „Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Opolskiego na lata 2011 i następne”.

Plan obejmuje w szczególności:

- charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa,
- liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu,
- sposób koordynowania działań jednostek systemu,
- kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego,
- sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu,
- określenie lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego i obszarów przez nie obsługiwanych,
- opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Samorząd Województwa będzie wspierał działania Regionalnego Ratownictwa Medycznego będącego zadaniem Wojewody.

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

Niniejsza strategia zakłada rozwój infrastruktury informatycznej i telemedycznej oraz zainicjowanie budowy sieci współpracy jednostek medycznych na terenie województwa.

Narzędzia e-Zdrowia mogą przynieść znaczące korzyści całemu społeczeństwu, dzięki poprawie dostępu do opieki zdrowotnej i jej jakości. E-Zdrowie pozwala w opiece zdrowotnej skoncentrować się na potrzebach pacjenta oraz umożliwia poprawę skuteczności, wydajności i trwałości funkcjonowania całego sektora zdrowia.

Wdrażanie nowoczesnych rozwiązań informatycznych i telemedycznych przyczyni się do skrócenia czasu leczenia oraz wzrostu efektywności funkcjonowania tego sektora. Nowe usługi medyczne muszą ewoluować i nadążać za postępem w medycynie i wzrastającymi oczekiwaniami pacjentów.

Ponadto dzięki wykorzystaniu najnowocześniejszej technologii multimedialnej, wideokomunikacji oraz Internetu, rozwój telemedycyny umożliwił zespołom specjalistów przełamanie barier geograficznych, postawienie szybkiej diagnozy i zapewnienie opieki medycznej poprzez podróż informacji – zamiast podróży pacjentów lub lekarzy.

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, elektroniczna dokumentacja medyczna, • Wdrażanie usług telemedycznych wraz z niezbędną infrastrukturą tj. telediagnostyka, telekonsultacje, telerehabilitacja, teleopieka

Do ww. części postulatywnej strategii w ochronie zdrowia, w której zdefiniowane zostały cele strategiczne, operacyjne oraz zadania należy zaliczyć dwie ważne dla województwa inicjatywy, które już się realizuje. Są to następujące programy:

Specjalna Strefa Demograficzna¹⁴

Celem głównym Programu Specjalnej Strefy Demograficznej jest odbudowa potencjału ludnościowego województwa opolskiego, poprzez tworzenie nowych miejsc pracy oraz poprawę jakości życia. To właśnie praca jest najważniejszym czynnikiem budującym poczucie stabilności rodzin i budującym dobrobyt gospodarstw domowych. Stanowi próbę pozytywnego wyjścia ponad dotychczasowy poziom myślenia o kryzysie demograficznym. W Specjalnej Strefie Demograficznej rodzina staje się centrum i punktem odniesienia dla skierowanego do niej systemu usług publicznych oferujących wsparcie i opiekę dla najmłodszych i najstarszych, zdrowie oraz edukację i pracę dla młodych, lepszą komunikację z urzędami. Specjalna Strefa Demograficzna zakłada koncentrację wszystkich programów i użycie wszystkich dostępnych narzędzi, które są możliwe w istniejących warunkach finansowych i w ramach dotychczasowych i możliwych do wprowadzenia rozwiązań instytucjonalno-prawnych

1) Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa opolskiego na lata 2011-2015¹⁵.

Podstawowymi przyczynami uzasadniającymi podjęcie szeroko zakrojonych działań w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego są:

- sukcesywny wzrost od początku lat dziewięćdziesiątych zachorowalności na zaburzenia psychiczne,
- istniejący od wielu lat deficyt kadr i środków w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, – wynik długotrwałych zaniedbań i marginalizowania tej dziedziny ochrony zdrowia,
- konieczność dostosowania opieki psychiatrycznej do współczesnych standardów – rozwój leczenia niestacjonarnego zgodnie z założeniami modelu leczenia środowiskowego,
- konieczność zmiany nastawienia do zaburzeń psychicznych tak chorych, jak i ich otoczenia – do tej pory określenie „chory psychicznie” ma charakter stygmatyzujący, co znacząco zmniejsza szanse na zapobieganie i skuteczne leczenie zaburzeń psychicznych.

¹⁴ Program Samorządu Województwa Opolskiego

¹⁵ 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

5

FINANSOWANIE REALIZACJI STRATEGII

Finansowanie realizacji działań strategicznych będzie się odbywać z następujących źródeł:

1/ środki krajowe z:

- 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,

2/ 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 podległe im jednostki organizacyjne, wojewoda, NFZ oraz 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, które zakresem swojej działalności obejmują cele i zadania 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). Zaangażowanie 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 doszkadzaniem się kadr medycznych w ochronie zdrowia.

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

Rozdział

6

MONITORING I EWALUACJA STRATEGII

Monitoring i ewaluacja Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020 będzie polegać na corocznym zbieraniu i analizowaniu danych z realizacji przyjętych założeń i celów oraz prezentowaniu raportu wraz z rekomendacjami Zarządowi Województwa Opolskiego.

Oprócz informacji obejmujących miniony rok, dane za rok sprawozdawczy powinny odnosić się również do danych z poprzednich raportów tak, aby możliwa była ocena postępów realizacji Programu od początku jego realizacji.

W związku z finansowaniem Programu skorelowanym z funduszami UE w latach 2014 i następnym w monitorowanie i ewaluację programu oprócz departamentu wiodącego zaangażowany będzie również departament wdrażający programy operacyjne obejmujące środki unijne.

Rozdział

7

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 - zostanie uzupełniony

Załącznik nr 3.

Informacja o strategicznej ocenie oddziaływania na środowisko projektu Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 – zostanie uzupełniony
