

BADANIE EWALUACYJNE

„OCENA ZAPOTRZEBOWANIA NA WSPARCIE EFS W ZAKRESIE USŁUG ZDROWOTNYCH W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM W ZWIĄZKU Z TRENDAMI/PROGNOZAMI DEMOGRAFICZNO-EPIDEMIOLOGICZNYMI DLA REGIONU”

Badanie zrealizowane na zlecenie
Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie

Grudzień 2015

Streszczenie

Celem niniejszego badania pn. „Ocena zapotrzebowania na wsparcie EFS w zakresie usług zdrowotnych w województwie zachodniopomorskim w związku z trendami/ prognozami demograficzno-epidemiologicznymi dla regionu” realizowanego na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie było uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 w Priorytetach Inwestycyjnych: 8vi – Aktywne i zdrowe starzenie się oraz 9iv – Ułatwienie dostępu do przystosowanych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. Realizacji celu głównego służyła pogłębiona analiza najważniejszych problemów zdrowotnych regionu (w kontekście programów ponadregionalnych oraz regionalnych), ocena potencjału beneficjentów wsparcia oraz identyfikacja barier lub trudności, które mogą determinować skuteczność wsparcia regionu w obszarze usług zdrowotnych.

Wyniki analiz prowadzonych w ramach przedmiotowego badania wskazują, iż obraz stanu demograficzno-epidemiologicznego regionu, w przeważającej części pokrywa się z obrazem, który wyłania się z innych opracowań strategicznych i diagnostycznych, odnoszących się do problematyki zdrowotnej badanego regionu. Najczęstsze przyczyny zgonów w regionie to choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby układu oddechowego. Najwięcej osób w regionie jest leczonych z powodu schorzeń układu krążenia, chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, dychawicy oskrzelowej czy przewlekłych chorób układu trawiennego. W regionie wyróżniają się też – pod kątem leczonych osób – choroby psychiczne. Wśród zdiagnozowanych chorób zakaźnych, najwięcej przypadków zachorowań dotyczy grypy. Główne przyczyny niezdolności do pracy to nowotwory i choroby układu krążenia. Natomiast główne problemy zdrowotne u dzieci to przede wszystkim wzrost zachorowań na płonicę (szkarlatynę) oraz krztusiec. Problemy zdrowotne obejmują ponad połowę populacji dzieci i młodzieży (54,9%) w regionie. Wśród zdiagnozowanych chorób u dzieci najczęściej pojawiają się: dychawica, zniekształcenia kręgosłupa, schorzenia nowotworowe, niedokrwistość czy zaburzenia rozwoju i otyłość. Natomiast ocena opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2013 roku wskazuje na istotne deficyty w obszarze rehabilitacji w regionie. Dotyczy to przede wszystkim dostępu do tego typu usług, w tym całościowego wykorzystania istniejącej infrastruktury w ramach zakontraktowanych usług rehabilitacyjnych. Pomimo wskazania pewnych charakterystycznych, na tle kraju, zjawisk epidemiologicznych - potwierdzają one w znacznej mierze informacje uzyskane w trakcie realizacji badań uwzględnionych w ramach niniejszego badania. Trudno jest wskazać jednoznacznie cechy różnicujące specyfikę demograficzno-epidemiologiczną województwa zachodniopomorskiego na tle kraju. Priorytetami dla regionu są następujące obszary: kardiologia, onkologia, diabetologia, zdrowie psychiczne oraz medycyna pracy. Należy podkreślić, iż respondenci badania niejednokrotnie zwracali uwagę na fakt, iż problemy zdrowotne występujące na terenie województwa zachodniopomorskiego pokrywają się z problemami zidentyfikowanymi w skali całego kraju.

W zakresie oceny potencjału podmiotów do realizacji działań w obszarze zdrowia współfinansowanych ze środków EFS należy zaznaczyć, iż wyniki badania pozwalają stwierdzić, iż jednostki samorządowe nie są w pełni przygotowane do realizacji działań w tym obszarze. Dotyczy to w szczególności jednostek na poziomie gminnym, głównie ze względu na deficyty kadrowe - brak pracowników posiadających odpowiednie przygotowanie merytoryczne do realizacji zadań w tym zakresie. Zadania z zakresu ochrony zdrowia stanowią jeden z wielu zakresów (np. obok edukacji czy

polityki społecznej) powierzonych pracownikom, przez co trudno mówić o specjalistycznym przygotowaniu kadr. Jednostki upatrują problem z realizacją zadań w obszarze ochrony zdrowia również w niewystarczającym budżecie, jakim dysponują. W badaniu podkreślano też fakt, iż gminy nie posiadają również odpowiedniego zaplecza i wystarczającej liczby placówek realizujących działania z zakresu zdrowia na swoim terenie. Problemem jest też brak wypracowanych ścieżek działania w tym zakresie i niewystarczający poziom koordynacji działań pomiędzy poszczególnymi podmiotami realizującymi zadania z obszaru zdrowia na danym terenie.

Wśród najczęściej pojawiających się trudności w zakresie opracowywania programów polityki zdrowotnej, zdecydowanie dominowała kwestia związana z przygotowaniem diagnozy wybranego problemu. Respondenci wielokrotnie podkreślali pojawiające się trudności z dostępnością do odpowiednich danych umożliwiających przygotowanie trafnej diagnozy i opisu problemu zdrowotnego. Kolejną istotną barierą jest związana z deficytami w zakresie kadry, która byłaby merytorycznie przygotowana do opracowywania tego typu programów. W odpowiedzi na zdefiniowany problem panel ekspertów rekomenduje opracowywanie programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej przez instytucje na szczeblu województwa. Ponadto, w zakresie realizacji programów znaczna część przedstawicieli jednostek samorządowych wskazywała na pojawiające się problemy z osiągnięciem zakładanych efektów (wskaźników) programów polityki zdrowotnej.

Wśród czynników, które wpływają na zdolności absorpcyjne potencjalnych beneficjentów należy zaznaczyć, iż jednostki samorządowe posiadają zdecydowanie większe doświadczenie w aplikowaniu o środki unijne, dzięki czemu sama procedura aplikacyjna dla tego typu jednostek może być nieco łatwiejsza. Natomiast, grupą beneficjentów, którym proces ubiegania się o środki w ramach EFS może nastręczać większych trudności zaliczają się m.in. jednostki opieki zdrowotnej ze względu na ich mniejsze doświadczenie w zakresie aplikowania o wsparcie i rozliczanie projektów. Należy również wskazać na pojawiającą się kwestię niewielkiego zaplecza infrastrukturalnego, kadrowego i finansowego w przypadku organizacji pozarządowych, co może stanowić barierę w aplikowaniu o środki w ramach EFS dla tej grupy potencjalnych beneficjentów.

W tym kontekście warto podkreślić, iż zarysowuje się tutaj przestrzeń dla współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami. Należy podkreślić, że JST dysponują potencjałem w obszarze prowadzenia projektów, zarządzania nimi czy prowadzeniem dokumentacji projektowej. Natomiast wiedzę ekspercką, znajomość problemów regionu i pacjentów, bazę sprzętową oraz doświadczenie mają podmioty z sektora pozarządowego i jednostki lecznicze (szczególnie szpitale, kliniki).

Wśród potrzeb w zakresie działań szkoleniowo-doradczych, badani przedstawiciele JST wskazywali przede wszystkim na potrzebę wsparcia w zakresie diagnozy potrzeb odbiorców oraz wsparcia finansowego. Sektor NGO deklaruwał, iż potrzebuje wsparcia w zakresie tworzenia programów. Dotyczy to wsparcia merytorycznego, organizacyjnego, dla wolontariuszy i pracowników sektora oraz wsparcia przy tworzeniu wniosków o dofinansowanie. Natomiast sektor POZ wskazywał, iż w największym zakresie potrzebuje wsparcia przy tworzeniu programów polityki zdrowotnej w zakresie merytorycznym.

Respondenci wskazywali na różnego typu utrudnienia, na które należy zwrócić uwagę w przypadku realizacji działań informacyjno-promocyjnych. Jednym ze wskazywanych aspektów była kwestia współpracy z rodzicami, a także kwestia dotarcia do potencjalnych odbiorców programu. Problem ten jest szczególnie istotny w odniesieniu do mieszkańców małych miejscowości i obszarów wiejskich.

Za jedno ze skuteczniejszych narzędzi informacji i promocji programów respondenci niejednokrotnie uznawali współpracę z lokalnymi liderami i instytucjami działającymi na danym terenie, a także kampanie prowadzone za pośrednictwem środków masowego przekazu. Wskazywano również na takie działania jak prezentowanie odpowiednich treści podczas realizowanych festynów, spotkań kulturalnych, czy też sportowych. Dodatkowo, pożądane jest wspieranie tych działań akcjami prowadzonymi za pośrednictwem portali społecznościowych.

Warto również wskazać na obszary ryzyka w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS, które zostały zidentyfikowane w badaniu przez poszczególne grupy potencjalnych beneficjentów RPO WZ. Respondenci reprezentujący JST wśród obszarów ryzyka, dostrzegali m.in. poprawne wydatkowanie środków, rezygnacje odbiorców z udziału w programie, czy też brak możliwości realizacji założonych wskaźników. Badani z sektora NGO wśród potencjalnych ryzyk związanych z realizacją programów wymienili także kwestie poprawnego rozliczenia projektu i wydatkowania środków. Wśród przedstawicieli sektora POZ, tylko niewielka część respondentów była w stanie wskazać tego rodzaju ryzyka. Wynikać to może z faktu, iż badane podmioty lecznicze w znacznej większości nie realizowały wcześniej projektów unijnych. Za możliwe ryzyka uznawano w tym przypadku w szczególności rozbudowaną i skomplikowaną sprawozdawczość realizacji projektu, a także proces koordynacji takich projektów.

W kontekście oceny systemu wyboru projektów należy wskazać, iż wyniki badania, pokazują, że zakładany tryb konkursowy budzi różnego typu wątpliwości związane z możliwością jego skutecznej realizacji. Jednym z najpoważniejszych zagrożeń wyboru projektów w trybie konkursowym jest m.in. zagrożenie dużej ilości wniosków przy jednoczesnej ich niskiej jakości. W związku z tym, w przypadku wdrożenia trybu konkursowego, niezwykle istotne jest, zdaniem respondentów, precyzyjne określenie kryteriów wyboru realizatorów takich programów. W badaniu bardzo mocna podkreślano potrzebę uściślenia kryteriów doboru realizatorów w zależności od typu projektów, z uwzględnieniem ich realnego potencjału. Istotnymi czynnikami w tym zakresie, jest zdaniem respondentów, kwestia związana przede wszystkim z potencjałem infrastrukturalnym i diagnostycznym danego beneficjenta. Kolejnym czynnikiem, który powinien być, zdaniem respondentów uwzględniony w tym zakresie są również zasoby kadrowe i posiadane doświadczenie. Warto również podkreślić niejednokrotnie pojawiającą się sugestią dotyczącą wagi premiowania projektów przygotowywanych w partnerstwie międzysektorowym, jako niezwykle istotnego czynnika wpływającego na osiągnięcie założonych celów programu i skutecznej realizacji przewidzianych działań. Jest to również szczególnie istotne w kontekście zidentyfikowanego w ramach badania niesatysfakcjonującego poziomu współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami realizującymi działania w obszarze zdrowia, co może skutkować zmniejszonymi możliwościami skutecznego działania interwencji w ramach RPO w całym regionie.

Ponadto, jak wskazują wyniki przeprowadzonych analiz, istotne jest promowanie projektów zapewniających powiązanie działań rehabilitacji medycznej z działaniami aktywizacyjnymi (w wymiarze społecznym i zawodowym), które pozwalałyby na kompleksowe podejście do pacjenta w celu zapewnienia wysokiej jakości oferowanego wsparcia i skrócenia okresu rehabilitacji. Warto podkreślić, iż niezwykle ważne w tym kontekście jest przyjęcie podejścia uwzględniającego komplementarność i kompleksowość podejmowanych działań.

Executive summary

The goal of the study “Demand assessment for the ESF support in terms of health services in the West Pomeranian Province in relation with the demographic and epidemiological trends/forecasts for the region” commissioned by the Regional Labour Office in Szczecin was to obtain information useful for the development and implementation of activities related to health, which were identified in the Regional Operational Programme for the West Pomeranian Province 2014-2020, within the following Investment Priorities: 8vi - Active and healthy aging and 9iv - Facilitating access to suitable affordable, sustainable and high-quality services, including health care and social services of general interest. The in-depth analysis of the major health problems of the region (in the context of sub-regional and regional programs), the assessment of the support beneficiaries' potential and the identification of barriers or difficulties that may determine the effectiveness of support given to the region in the area of health services were all serving the delivery of the main objective.

The results of the analyses carried out within the framework of this study indicate that the overview of the demographic and epidemiological condition of the region largely coincides with the picture that emerges from other strategic and diagnostic studies related to health issues that were performed in the examined region. Cardiovascular disease, cancer and respiratory diseases are among the most common causes of death in the region. The highest number of people in the region is being treated with circulatory system diseases, musculoskeletal diseases, connective tissue disorders, asthma or chronic digestive system diseases. The region is also distinctive for mental illnesses - taking into consideration the number of treated patients. Most cases of diagnosed infectious diseases concern flu. Cancers and cardiovascular diseases are the main causes of work inability. While the main health problems occurring in children are, first of all, the increase of the scarlet fever and whooping cough incidences. Health problems apply to more than half of the population of children and adolescents (54.9%) in the region. Among the diseases most often diagnosed among children are: asthma, spinal deformity, cancer, anaemia or developmental disorders and obesity. Taking into consideration the evaluation of health care services in the West Pomeranian Province in 2013 it is visible that significant deficits are indicated in the area of rehabilitation services in the region. In particular, this applies to the services accessibility, including the overall use of the existing infrastructure within the contracted rehabilitation services. Despite the fact that certain epidemiological phenomena are distinctive for this region, to a large extent the results confirm the information obtained in the course of the studies included within this study. It is difficult to clearly identify features differentiating the demographic and epidemiological specificity of the West Pomeranian Province against the entire country. The following areas are priorities for the region: cardiology, oncology, diabetology, mental health and occupational medicine. It should be stressed that survey respondents often pointed to the fact that health problems occurring in West Pomeranian Province coincide with problems identified in the whole country. In terms of assessing the subjects' potential to implement activities co-financed by the ESF in the field of health it should be noted that the test results allow to conclude that the local government units are not fully prepared to implement activities in this area. This particularly concerns the units at the municipal level, mainly due to staffing deficits - lack of staff with appropriate substantive preparation to perform the required tasks. Health care related tasks are just one of the areas entrusted to the employees (e.g. next to education and social policy), thus it is hard to describe the staff's preparation as specialized. The units find the health related tasks implementation problems to be connected with the insufficient budget they have to work with. An inadequate number of facilities and an insufficient

number of institutions carrying out activities in the health related areas in the region were also among the problems mentioned during the study. The lack of action paths developed in this field and an insufficient level of coordination between the entities working in the health related area in the region were also indicated as problematic.

The preparation of a health problem diagnosis was among the most frequently encountered difficulties in developing health policy programmes. Respondents repeatedly emphasized the difficulties with the availability of relevant data that would enable the preparation of accurate diagnosis and description of the health problems. Another important barrier is associated with the staff deficits, in terms of substantively prepared personnel that would be able to develop such programmes. In response to these issues, a panel of experts recommends the development of health programmes and health policy programmes by institutions at the provincial level. Moreover, in terms of the programmes realization, a significant part of the local government units' representatives indicated the emerging issues with obtaining the planned effects (indicators) of the health policy programmes.

Taking into consideration the factors that affect the absorption capacity of potential beneficiaries it should be noted that municipalities have significantly more experience in applying for EU funds, which means that the application procedure itself may be a bit easier for this type of units. On the other hand, the process of applying for ESF funding can pose more difficulties to the health care units due to their lower experience in the field of applying for support and project accounting. The problem of insufficient infrastructure, as well as financial and human resources shortages in the case of NGOs should also be taken into account. For this group of potential beneficiaries the mentioned issues may pose a barrier in applying for the ESF funding.

What is worth mentioning here is the emerging space for cooperation between the different entities. It should be emphasized that the local governments have potential in the area of project implementation, management and developing project documentation. In contrast, the entities representing the NGO sector and the health related units (hospitals and clinics) provide expertise, knowledge concerning the patient and regional problems, as well as the equipment base and experience.

Looking into the training needs and advisory activities needs, the representatives of the local government primarily pointed to the need for support in the diagnosis of customer needs, as well as financial support. The NGO sector declared that it needs support in the programme creation. This involves substantive support and organizational support for the volunteers and employees of the sector and support with preparing the funding applications. In contrast, the PHC sector indicated that its greatest need is substantive support in creating health policy programmes.

Respondents indicated several types of difficulties that should be taken into consideration while implementing informational and promotional activities. The issue of parent cooperation was one of the indicated aspects, as well as the problem with reaching potential recipients of the programme. This problem is particularly important in the case of small town and rural areas residents.

The following measures were indicated by the respondents as the most effective tools for providing programme information and promotion: cooperation with local leaders and institutions working in the area, mass media campaigns. Additionally, respondents mentioned activities such as: presenting

relevant content during festivals, cultural or sport events. In addition, it was indicated as desirable to support these activities with actions carried out via social networking sites.

The risk areas in the provision of health services co-financed by the ESF are also worth mentioning, these risks were identified in the study by particular groups of the potential beneficiaries of the WPV ROP. Among the risks indicated by the respondents representing local governments were: correct spending of the resources, programme participation cancellations and the inability to attain the planned indicators. The NGO sector representatives also mentioned the proper settlement of project funds and the resources spending among the potential risks related to the implementation of the programmes. Only a small portion of the PHC respondents were able to identify such risks. This may result from the fact that the vast majority of the investigated medical entities did not pursue EU projects before. The risks considered as possible in this case were in particular the extensive and complex reporting within the projects, as well as the coordination process of such projects.

In the context of the evaluation of the project selection system, it must be pointed out that the study results show that the assumed competition mode raises various doubts about the possibility for its effective implementation. One of the most serious threats associated with the competition mode for selection of the projects is the threat of receiving large numbers of applications and with low quality. Therefore, in case of implementing the competition mode, it is vital, according to the respondents, to precisely define the selection criteria concerning the implementers of such programmes. The need to clarify the executors' selection criteria, depending on the type of the projects, with consideration of their real potential, was highly stressed in the study. According to the respondents the key factors here are the issues related to the diagnostic and infrastructural potential of the particular beneficiary. Among other relevant factors, according to the respondents, are also human resources and the obtained experience. The frequently appearing suggestion about the validity of rewarding projects prepared within sectorial partnerships should also be underlined. It has been indicated as a very important factor affecting the realization of the programme goals and the effective implementation of the planned actions. This is also particularly important in the context of the identified unsatisfactory levels of cooperation between the different entities responsible for the implementation of health related activities, which may result in reduced possibilities of effective interventions within the ROP throughout the region.

In addition, as indicated in the study results, it is important to promote projects that will link the medical rehabilitation actions with the activation measures (in the social and professional scope). These types of projects would allow a comprehensive approach to patients in order to ensure high quality support and shorten the rehabilitation period. It is worth noting that an approach that would take into consideration the complementarity and comprehensiveness of the undertaken actions is very important in this context.

Spis treści

Streszczenie	2
Wykaz skrótów	11
I. Wprowadzenie	12
II. Opis wyników badania.....	14
2.1 Programy polityki zdrowotnej planowane i zatwierdzone do realizacji przez poszczególne JST....	14
2.2 Programy polityki zdrowotnej realizowane przez poszczególne JST.....	39
2.3 Programy polityki zdrowotnej zaopiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w te które zostały zaopiniowane pozytywnie lub warunkowo	49
2.4 Stan przygotowania JST województwa zachodniopomorskiego do realizacji działań w obszarze zdrowia	52
2.5 Istniejący potencjał administracyjny, w tym zasoby ludzkie instytucji, w kontekście oceny zasobów do realizacji planowanych działań w obszarze zdrowia współfinansowanych ze środków EFS.....	59
2.6 Ocena istniejącej struktury i rozwiązań organizacyjnych w ramach instytucji oraz pomiędzy nimi w kontekście zapewnienia wystarczającego systemu dla realizacji działań w obszarze zdrowia współfinansowanych z EFS.....	75
2.7 Zdolności absorpcyjne dla środków EFS potencjalnych beneficjentów programu i jakie czynniki wpływają na te zdolności	83
2.8 Główne bariery dotyczące możliwości tworzenia programów polityki zdrowotnej na poszczególnych poziomach JST	92
2.9 Jakie są główne bariery dotyczące możliwości realizacji/wdrażania programów polityki zdrowotnej na poszczególnych poziomach JST	99
2.10 Działania szkoleniowo-doradcze, które należy podjąć w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych grup docelowych, beneficjentów	104
2.11 Działania informacyjno-promocyjne, które należy podjąć w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych grup docelowych, beneficjentów	109
2.12 Identyfikacja obszarów ryzyka w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS przez uprawnionych beneficjentów	115
2.13 Aktualny i prognozowany stan demograficzno-epidemiologiczny województwa zachodniopomorskiego	118
2.13.1 Stan demograficzny	118
2.13.2 Najczęstsze przyczyny zgonów	120
2.13.3 Główne problemy zdrowotne regionu	122
2.13.4 Stan epidemiologiczny.....	126
2.13.5 Główne przyczyny niezdolności do pracy.....	130
2.13.6 Główne problemy zdrowotne u dzieci	131
2.13.7 Wnioski zbiorcze.....	138

2.14 Najistotniejsze problemy zdrowotne województwa zachodniopomorskiego z punktu widzenia celów RPO WZ 2014-2020	148
2.15 Zdiagnozowane problemy zdrowotne województwa, które są ujęte w niewystarczającym stopniu w programach o charakterze ponadregionalnym	159
2.15.1 Programy o charakterze ponadregionalnym	159
2.15.2 Programy o charakterze ponadregionalnym a problemy regionu	164
2.16 Ocena poziomu komplementarności wsparcia planowanego w ramach EFS wobec innych działań podejmowanych przez instytucje publiczne w tym zakresie (innych publicznych źródeł finansowania)	183
2.17 Ocena zgodności dokumentów programowych RPO WZ 2014 z kierunkami działań określonymi w dokumentach wskazujących na najistotniejsze potrzeby zdrowotne województwa zachodniopomorskiego	195
2.18 System wyboru i oceny projektów do dofinansowania, który zapewni realizację celów programu	213
2.19 System wyboru ekspertów (w tym przejrzysty systemu naboru kandydatów na ekspertów) jaki będzie najskuteczniejszy, tj. zapewniał będzie sprawne funkcjonowanie systemu oceny i wyboru projektów, który to zagwarantuje wsparcie najbardziej pożądanym projektów w obszarze zdrowia, które funkcjonować będą w ramach RPO WZ na lata 2014-2020.....	223
2.20 Grupy docelowe jakie powinny być w szczególności objęte wsparciem biorąc pod uwagę cele programu.....	224
2.21 Działania planowane w ramach interwencji EFS, które charakteryzują się największym potencjałem do realizacji założonych celów	226
2.22 Potencjalny koszt realizacji poszczególnych typów operacji.....	227
2.23 System wdrażania projektów w obszarze zdrowia, który zapewni realizację celów programu	229
2.24 Opinie Mieszkańców województwa nt. usług zdrowotnych	230
2.24.1 Stan zdrowia mieszkańców	230
2.24.2 Korzystanie z usług zdrowotnych	233
2.24.3 Zdrowie mieszkańców w kontekście aktywności zawodowej	236
2.24.4 Korzystanie z ofert usług zdrowotnych	238
2.24.5 Opinie rodziców o usługach zdrowotnych dla dzieci i rodziców	239
III. Wnioski i rekomendacje	244
IV. Aneksy	263
Aneks nr 1 – Wykaz programów polityki zdrowotnej, których okres realizacji wykracza poza rok 2015 wg planów na rok 2015 przekazanych przez JST do Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego.	263
Aneks nr 2 – Stan zatrudnienia specjalistów: lekarzy, lekarzy dentyków, farmaceutów i innych w 2013 roku w województwie zachodniopomorskim według głównego miejsca pracy	268

Aneks nr 3 – Liczba świadczeniodawców usług rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ w województwie zachodniopomorskim w roku 2015.....	273
Aneks nr 4 - Wykaz świadczeniodawców profilaktycznych programów zdrowotnych, którzy zawarli umowy z NFZ w roku 2015 wraz z kwotami zawartych zobowiązań.....	275
Aneks nr 5 - Charakterystyka projektów zdrowotnych realizowanych przez Województwo Zachodniopomorskie w roku 2014.....	277
Aneks nr 6 - Realizacja badań bilansowych dla poszczególnych grup wiekowych (odsetek zbadanych uczniów) w szkołach zlokalizowanych w poszczególnych powiatach województwa zachodniopomorskiego z uwzględnieniem szkół zlokalizowanych na terenach miejskich i na wsi	281
Aneks nr 7 - Liczba dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi według rozpoznań w poszczególnych powiatach	283
Aneks nr 8 - Objęcie populacji programem profilaktyki raka piersi - podział na gminy województwa zachodniopomorskiego (2015-11-01)	285
Aneks nr 9 - Objęcie populacji programem profilaktyki raka szyjki macicy - podział na gminy województwa zachodniopomorskiego (2015-11-01).....	294
Aneks nr 10 – Charakterystyka epidemiologiczno-demograficzna województwa zachodniopomorskiego na tle kraju (porównanie danych dla lat 2009 i 2014) w odniesieniu do wybranych Jednorodnych Grup Pacjentów (dane NFZ)	305
Aneks nr 11 – Specjalna Strefa Włączenia na obszarze województwa zachodniopomorskiego - Występowanie deficytów w obszarach problemowych w gminach województwa zachodniopomorskiego (wg kolejności alfabetycznej i liczby deficytów)	311
Aneks nr 12 – Narzędzia ilościowe	316
CATI/CAWI - PRZEDSTAWICIELE JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO	316
CATI/CAWI – ORGANIZACJE POZARZĄDOWE I JEDNOSTKI OCHRONY ZDROWIA.....	325
CATI – MIESZKAŃCY WOJEWÓDZTWA	330
Aneks nr 13– Narzędzia jakościowe	337
IDI - PRZEDSTAWICIELE JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO	337
IDI - PRZEDSTAWICIELE NGO/ZOZ	340
IDI - KADRA ZARZĄDZAJĄCA IZ RPO WZ oraz IP RPO WZ	343
IDI - KADRA ZARZĄDZAJĄCA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA.....	346
ITI – EKSPERCI	348
FGI – POTENCJALNI BENEFICJENCI	351
FGI – ŚRODOWISKO MEDYCZNE.....	354
FGI – PRZEDSTAWICIELE JST	357

Wykaz skrótów

EFS	Europejski Fundusz Społeczny
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
RPO	Regionalny Program Operacyjny
RPZ	Regionalny Program Zdrowotny
JST	Jednostki samorządu terytorialnego
UMWZ	Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego
AOTM	Agencja Oceny Technologii Medycznych
IZ RPO	Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym
IP RPO	Instytucja Pośrednicząca Regionalnego Programu Operacyjnego
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
CATI	Wywiady telefoniczne wspomagane komputerowo
CAWI	Wywiady internetowe wspomagane komputerowo
IDI	Indywidualne wywiady pogłębione
ITI	Telefoniczne wywiady pogłębione
FGI	Zogniskowane wywiady grupowe

I. Wprowadzenie

Celem badania było uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 w Priorytetach Inwestycyjnych: 8vi – Aktywne i zdrowe starzenie się oraz 9iv – Ułatwienie dostępu do przystosowanych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. Realizacji celu głównego służyły następujące cele szczegółowe:

1. Ocena stopnia przygotowania jednostek samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego do realizacji działań w obszarze zdrowia współfinansowanych ze środków EFS poprzez identyfikację zatwierdzonych i realizowanych przez poszczególne samorządy programów polityki zdrowotnej, w tym zaopiniowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
2. Identyfikacja barier i potrzeb uprawnionych beneficjentów w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS.
3. Identyfikacja obszarów wymagających wsparcia w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych przez uprawnionych beneficjentów.
4. Przedstawienie propozycji rozwiązań dla systemu oceny i wyboru projektów w obszarze zdrowia, które będą funkcjonować w ramach RPO WZ na lata 2014-2020.

Zaproponowana została metodologia ściśle dostosowana do specyfiki przedmiotu badania, przez co zagwarantowała osiągnięcie wszystkich celów badania i uzyskania obiektywnych i wiarygodnych rezultatów. Założeniem przedmiotowego badania przyświecała idea triangulacji rozumianej jako zwielokrotnienie: metod i technik badawczych, źródeł informacji oraz perspektyw badawczych.

Proces badawczy rozpoczął się od analizy danych zastanych, w tym dokumentów strategicznych, programowych, aktów prawnych, raportów i publikacji związanych z przedmiotowym badaniem oraz danymi GUS/BDL oraz zestawieniami pozyskanymi z Narodowego Funduszu Zdrowia i Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego. W następnej kolejności, po etapie eksploracji obszaru badania, rozpoczęto badania ilościowe. Obejmowały one badania wśród wszystkich jednostek samorządowych w regionie (N=133), wybranych celowo podmiotów sektora pozarządowego (N=36) oraz podmiotów opieki zdrowotnej (108). Uzupełnieniem badań ilościowych były ankiety wśród mieszkańców województwa, którzy prezentowali wszystkie powiaty regionu. Dobór mieszkańców był losowy. Badania wśród JST, jednostek POZ i NGO miały na celu rozpoznanie potencjału potencjalnych beneficjentów, a ankiety z mieszkańcami miały pomóc zidentyfikować ocenę dostępności wybranych badań oraz określić problemy zdrowotne regionu.

W następnej kolejności przystąpiono do pogłębienia wyników badań ilościowych. Faza jakościowa obejmowała wywiady indywidualne z wybranymi celowo JST, podmiotami opieki zdrowotnej oraz NGO, a także wśród lekarzy specjalistów. Ponadto prowadzono rozmowy z przedstawicielami IZ RPO, IP RPO oraz oddziału NFZ w Szczecinie. W sumie przeprowadzono 57 wywiadów indywidualnych i 9 wywiadów telefonicznych. Uzupełniono je 6 sesjami FGI które odbyły się w Szczecinie i Koszalinie. Na sesjach dyskusyjnych respondentami byli przedstawiciele instytucji, które są potencjalnymi beneficjentami w nowej perspektywie finansowej 2014-2020, a także środowiska medyczne (lekarze

zajmujący się specjalnościami planowanymi do wsparcia w ramach interwencji RPO). Celem fazy jakościowej było pogłębienie wyników ankietowych i analizy danych zastanych. Moderatorzy mieli za zadanie poznać największe problemy zdrowotne regionu, bariery i problemy beneficjentów oraz propozycje sposobu wyboru projektów.

Podczas całego procesu zbierania danych zespół badawczy był w kontakcie z Zamawiającym. W prace nad produktami badania zaangażowani byli też eksperci zewnętrzni, którzy recenzowali wypracowane materiały. Ponadto w trakcie badania odbyły się cztery panele eksperckie z udziałem odbiorców ewaluacji (IP RPO, IZ RPO), a także zespołu badawczego oraz ekspertów zewnętrznych (reprezentujących Pomorski Uniwersytet Medyczny, sektor NGO i podmioty opieki zdrowotnej). Efektem wyżej wymienionych prac jest niniejszy raport końcowy. Raport prezentuje wyniki badania w podziale na pytania badawcze. W ramach każdego rozdziału reprezentowane są najpierw wyniki z danych zastanych, następnie z badań ilościowych i jakościowych. Podsumowaniem badania jest tabela wniosków i rekomendacji, która zawiera wskazania dla IZ RPO i IP RPO na temat kierunków działań związanych z wdrażaniem RPO.

II. Opis wyników badania

Słownik wybranych pojęć stosowanych w odniesieniu do interwencji EFS w obszarze zdrowia na lata 2014 -2020¹ :

Krajowy program zdrowotny - program zdrowotny lub program polityki zdrowotnej realizowany w ramach PO WER lub realizowany z innych środków publicznych mający charakter ogólnokrajowy;

Program polityki zdrowotnej – program polityki zdrowotnej, o którym mowa w art. 5 pkt 29a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków EFS, wybór realizatora programu polityki zdrowotnej następuje z zastosowaniem przepisów rozdziału 13 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;

Program zdrowotny – program zdrowotny, o którym mowa w art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku programów zdrowotnych finansowanych ze środków EFS, wybór realizatora programu zdrowotnego następuje z zastosowaniem przepisów rozdziału 13 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;

Regionalny program zdrowotny (RPZ) - program zdrowotny lub program polityki zdrowotnej realizowany w ramach RPO, mogący dotyczyć następujących przykładowych działań:

- i. wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu;
- ii. wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy;
- iii. wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy;
- iv. wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami.

2.1 Programy polityki zdrowotnej planowane i zatwierdzone do realizacji przez poszczególne JST

Zadania samorządu gminnego związane z zaspokajaniem zbiorowych potrzeb wspólnoty w zakresie ochrony zdrowia, a także polityki prorodzinnej, w tym zapewnienia kobietom w ciąży opieki socjalnej, medycznej i prawnej, wynikają z treści Art. 7 ust.1 Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. Zgodnie z treścią Art. 6. niniejszej ustawy do zakresu działania gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, niezastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów.²

¹ Za: Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

² Por. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym [Dz.U. 1990 Nr 16 poz. 95] - tekst ujednolicony z późniejszymi zmianami

Samorząd powiatowy na mocy Art. 4 Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym wykonuje zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia o charakterze ponadgminnym.³

Samorząd wojewódzki wskazany zostaje w Art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa jako samorząd właściwy do wykonania określonych ustawami zadań publicznych o charakterze wojewódzkim w zakresie promocji i ochrony zdrowia.⁴

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵ definiuje pojęcie programu zdrowotnego i programu polityki zdrowotnej. Zgodnie z treścią Art. 48 przedmiotowej ustawy, **programy zdrowotne** mogą być opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zaś **programy polityki zdrowotnej** mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować:

- ministrowie,
- jednostki samorządu terytorialnego.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest również realizatorem programów polityki zdrowotnej zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Zgodnie z treścią Art. 114 ust.1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶ podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na: realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań. Zgodnie z treścią Art. 114 ust.2 wskazanej ustawy środki przeznaczone na ten cel mogą zostać przez podmiot wykonujących działalność leczniczą otrzymane w odniesieniu do wydatków inwestycyjnych i remontów w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Niezależnie od powyższego zastrzeżenia ustawa wskazuje, iż podmiot wykonujący działalność leczniczą realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środki pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

Podmioty wykonujące działalność leczniczą w myśl zapisów Ustawy o działalności leczniczej mogą uzyskać środki finansowe na podstawie umowy zawartej z jednostką samorządu terytorialnego, Skarbem Państwa, reprezentowanym przez ministra, centralnym organem administracji rządowej, wojewodą, a także uczelnią medyczną, bądź też z innym podmiotem uprawnionym do finansowania tych zadań na podstawie odrębnych przepisów.

³Por. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym [Dz.U. 1998 Nr 91 poz. 578] - tekst ujednolicony z późniejszymi zmianami

⁴ Por. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa [Dz.U. 1998 Nr 91 poz. 576] – tekst ujednolicony z późniejszymi zmianami

⁵ Por. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późniejszymi zmianami – tekst ujednolicony opublikowany w: Dz.U. 2015 poz. 581

⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej 9 Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654) - tekst ujednolicony z późniejszymi zmianami

Ustawa o działalności leczniczej zgodnie z zapisami Art. 38 umożliwia też jednostkom samorządu terytorialnego nałożenie na podmiot leczniczy (będący spółką kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest ta jednostka, bądź też samodzielny publiczny zakładem opieki zdrowotnej lub samorządową jednostką budżetową, dla których ta jednostka jest podmiotem tworzącym, obowiązek wykonania określonego zadania. Jednocześnie Ustawa nakłada obowiązek wykonania zadań we wskazanym zapewnić musi środki na pokrycie wydatków związanych z wykonaniem tych zadań, chyba że wykonanie zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷ precyzuje zakres tematyczny programów zdrowotnych i programów profilaktyki zdrowotnej oraz czas ich realizacji. Wskazane programy dotyczyć mają:

- ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów;
- wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Czas ich wdrożenia obejmować powinien okres jednego roku lub wielu lat.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozostawiając jednostkom samorządu terytorialnego możliwość opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programów polityki zdrowotnej, w odniesieniu do programów uwzględniających świadczenia gwarantowane, nakłada na takie programy, zgodnie z pkt. 3 Art. 48 Ustawy, obowiązek zachowania spójności merytorycznej i organizacyjnej z programami realizowanymi przez Fundusz i poszczególnych ministrów.

Świadczeniami gwarantowanymi przysługującymi świadczeniobiorcy w myśl Art. 15 Ustawy są świadczenia:

- podstawowej opieki zdrowotnej;
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- leczenia szpitalnego;
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- rehabilitacji leczniczej;
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- leczenia stomatologicznego;
- lecznictwa uzdrowiskowego;
- zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji;
- ratownictwa medycznego;
- opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- świadczeń wysokospecjalistycznych;
- programów zdrowotnych;

⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późniejszymi zmianami – tekst ujednolicony opublikowany w: Dz.U. 2015 poz. 581

- leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę;
- programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji;
- leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji;
- leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne pod warunkiem, że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji;
- środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji.

Podkreślić w tym miejscu należy, iż program zdrowotny realizowany przez jednostkę samorządu terytorialnego nie jest świadczeniem gwarantowanym w rozumieniu art. 5 pkt 35 ustawy, w odróżnieniu od programu zdrowotnego finansowanego przez NFZ, który podlega wszystkim konsekwencjom dotyczącym świadczeń gwarantowanych.⁸

Proces sporządzania programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej powinien bazować na danych zawartych w **mapach potrzeb zdrowotnych** (regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych, zwanych w ustawie mapami regionalnymi)⁹.

Od 01.01.2018 roku obowiązywać będzie zgodnie z ust. 3 art 31a Ustawy, wskazujący, iż minister właściwy do spraw zdrowia określając w drodze rozporządzenia priorytety zdrowotne, zobowiązany będzie uwzględniać także dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych, oraz wyniki monitorowania ich aktualności.¹⁰ Do tego czasu, przy sporządzaniu programów zdrowotnych, programów profilaktyki zdrowotnej, kierunkowe wytyczne (priorytety) wskazane są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych¹¹, które omówione zostały szczegółowo w dalszej części niniejszego raportu.

Programy opracowane zarówno przez ministrów, jak i jednostki samorządu terytorialnego podlegają zgodnie z pkt. 5 Art. 48 Ustawy zaopiniowaniu przez Agencję (Agencję Oceny Technologii Medycznych).¹² Ustawa wskazuje czas, w jakim powinno nastąpić sporządzenie opinii programu, przez Agencję – tj. termin 2 miesięcy od dnia otrzymania projektu tego programu.

Kryteria, w oparciu o które Agencja sporządza opinię obejmują:

⁸ Por. <http://aotm.gov.pl/www/index.php?id=211>

⁹ Bliższe przedstawienie założeń map potrzeb zdrowotnych przedstawiono w dalszej części niniejszego rozdziału. Z uwagi na trwający proces opracowywania ww map, powyższe zastrzeżenie stosowane będzie być mogło dopiero w momencie zaakceptowania i ogłoszenia map potrzeb zdrowotnych.

¹⁰ Pot. Art. 31.a., ust.3, Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135)

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126)

¹² Wymogu opiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych nie stosuje się do programu polityki zdrowotnej, będących kontynuacją programu realizowanego w poprzednim okresie.

- wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
 - priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia
 - wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
- skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:
 - przedwczesnego zgonu,
 - niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,
 - obniżenia jakości życia;
- znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:
 - ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,
 - ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,
 - zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,
 - poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
- skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;
- stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
- stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
- skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych

Wskazanie priorytetów zdrowotnych nastąpić powinno w myśl zapisów Ustawy w drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, który przy ich określaniu powinien uwzględniać priorytety zdrowotne, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości.

Agencja przy dokonywaniu oceny programów opracowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego zobowiązana jest uwzględniać spójność merytoryczną i organizacyjną z programami realizowanymi przez Fundusz i poszczególnych ministrów.

Regionalne mapy potrzeb zdrowotnych uwzględniać mają w myśl ustawy specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Mapy te sporządzane powinny być co 5 lat, a za ich opracowanie odpowiedzialny jest właściwy wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych. Mapy sporządzane mają być w oparciu o dane epidemiologiczne, demograficzne i dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Ustawa określa w sposób szczegółowy harmonogram i instytucje zaangażowane w proces opracowywania regionalnych map potrzeb zdrowotnych, oraz stanowiących sumę map w wymiarze krajowym. Za sporządzenie mapy ogólnopolskiej odpowiada Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Zatwierdzenia sporządzonych map dokonuje Minister właściwy do spraw zdrowia w terminie do dnia 1 czerwca roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map.

W wymiarze regionalnym Mapy Regionalne stanowiąc mają w myśl ustawy narzędzie do definiowania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Priorytety te ustalane są przez wojewodę w porozumieniu z Wojewódzką Radę do spraw Potrzeb Zdrowotnych, której skład, zgodnie z ustawą, powinno współtworzyć grono złożone z przedstawicieli:

- wojewody;
- marszałka województwa;
- dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny;
- wojewódzkiego Urzędu Statystycznego;
- szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa;
- konwentu powiatów danego województwa;
- reprezentatywnych organizacji pracodawców.

Skład zachodniopomorskiej Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych określa zarządzenie nr 486/2015 Wojewody Zachodniopomorskiego z dnia 6 sierpnia 2015 r. W skład rady, oprócz ośmiu członków powołanych spośród wskazanych wyżej organizacji określonych ustawą i wskazanych ww. zarządzeniem, weszło 56 konsultantów wojewódzkich.¹³ Do głównych zadań Rady należy współdziałanie z wojewodą przy:

- tworzeniu Regionalnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych, uwzględniającej specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych,
- ustalaniu priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości.

Elementy składające się na zakres map zdrowotnych, oraz składowe analizy demograficznej i epidemiologicznej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych.

Mapy obejmować mają:

- **analizę demograficzną i epidemiologiczną** (liczba i struktura ludności wg powiatów, płci i wieku, przeciętne dalsze trwanie życia w województwie, liczba urodzeń, współczynnik płodności, gęstość zaludnienia, zgony według przyczyn, standaryzowany wskaźnik umieralności, współczynnik chorobowości szpitalnej, współczynnik zapadalności na choroby objęte rejestracją, umieralności okołoporodowej);
- **analizę stanu i wykorzystania zasobów** (liczba świadczeniodawców z podziałem na zakresy udzielanych świadczeń, liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych oraz łóżek, liczbę podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, wykorzystanie wyrobów medycznych stanowiących aparaturę medyczną oraz łóżek szpitalnych, analizę udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej wg ICD-10, procedur medycznych wg ICD-9, grup świadczeń oraz trybu przyjęcia, średni czas pobytu u świadczeniodawcy, średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, analiza migracji

¹³ Por. <http://www.szczecin.uw.gov.pl/?type=article&action=view&id=5638>. Lista konsultantów dostępna jest pod adresem: <http://www.szczecin.uw.gov.pl/?type=article&action=view&id=5632>

świadczeniobiorców między powiatami i województwami, zasobów kadrowych lekarzy, pielęgniarek i położnych);

- **prognozę potrzeb zdrowotnych** (prognoza liczby i struktury ludności wg powiatów, płci i wieku, liczby urodzeń i współczynników płodności, liczby zgonów, osobodni hospitalizacji, liczby potrzebnych łóżek szpitalnych i łóżek innych niż szpitalne, analiza wrażliwości przyjętych założeń, prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym ocena prognozowanych potrzeb zdrowotnych).

Mapy regionalne, w myśl rozporządzenia, o ile umożliwiają to dostępne dane, sporządzane powinny być z podziałem na powiaty i obejmować dane na rok poprzedzający o dwa lata pierwszy rok obowiązywania mapy (z zastrzeżeniem, iż w przypadku braku dostępnych danych na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, uwzględnia się najbardziej aktualne dostępne dane). Prognozy sporządzane mają być na okres obowiązywania mapy oraz na 10 i 15 lat.

Mapy zostaną przygotowane w następującym porządku (1) mapy potrzeb, (2) mapy świadczeń, (3) mapy infrastruktury zdrowotnej uwzględniające tworzoną infrastrukturę lub infrastrukturę użytkowaną (4) mapy dostępnych zasobów ludzkich.¹⁴

Zgodnie z informacjami dostępnymi na stronach sejmowych pierwsze dwie mapy potrzeb zdrowotnych sporządza minister właściwy do spraw zdrowia do dnia:

- 1 kwietnia 2016 r. – w przypadku map sporządzanych na okres od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.;
- 31 maja 2018 r. – w przypadku map sporządzanych na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.

Mapy te sporządzane będą wyłącznie w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego.¹⁵ Tym samym pierwsze mapy potrzeb zdrowotnych opracowane przez resort zdrowia, które mogłyby zostać wykorzystane jako kryterium ukierunkowania potrzeb interwencji RPO WZP 2014-2020 pojawią się 1 kwietnia 2016 r. Zgodnie z informacjami przekazywanymi przez resort zdrowia w ramach interpelacji sejmowych w październiku 2015 r. eksperci kończyli prace nad dwoma pierwszymi fragmentami map dotyczących onkologii oraz kardiologii. Pozostałe mapy mają zgodnie z deklaracjami Ministerstwa powstać bliżej zdefiniowanych wyżej terminów granicznych.¹⁶

W oparciu o informacje przekazane przez JST do Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego dot. planowanych do realizacji programów zdrowotnych¹⁷ możliwe było wyselekcjonowanie 37 programów, których okres realizacji wykracza poza rok 2015. Programy te ukazuje **Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.** do niniejszego raportu. Plany te dotyczą w większości programów zdrowotnych skierowanych do dzieci i młodzieży (81,1%), których okres realizacji wiąże się z rokiem szkolnym, wykraczającym poza rok kalendarzowy. Łączna liczba

¹⁴ Źródło: http://lubuskie.pl/uploads/pliki/Biuro_prasowe/2.%20Warunkowość%20ex-ante%20-%20KM%20-%2021.08.2015.pdf

¹⁵ Por. odpowiedź na interpelację nr 34475 w sprawie tworzenia mapy potrzeb zdrowotnych - odpowiedź podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyńskiego z dnia 02.10.2015 r. – źródło: sejm.gov.pl

¹⁶ Por. odpowiedź na interpelację nr 34475 w sprawie tworzenia mapy potrzeb zdrowotnych - odpowiedź podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyńskiego z dnia 02.10.2015 r. – źródło: sejm.gov.pl

¹⁷ „Informacja o planowanych programach zdrowotnych: plany na rok 2015” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

planowanych do objęcia wskazanymi programami mieszkańców regionu wynosi 17769 osób, przy czym największe pod względem populacyjnym, wykazane programy posiadają charakter wieloletni i często stanowią kontynuację wcześniej zainicjowanych działań (okres lat 2012-2016).

Z uwagi na fakt, iż zdecydowana większość wykazywanych w przez JST planowanych na rok 2015 i wykraczających poza ten okres programów (91,9%) posiada charakter okresowy lub jednoroczny zawężony do roku kalendarzowego, powyższe informacje zebrane na etapie analizy desk research w niezwykle ograniczonym zakresie służyć mogą do uogólnionej, długofalowej charakterystyce planowanych do realizacji programów zdrowotnych przez zachodniopomorskie JST.

Według informacji zbieranych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego, jednostki samorządu terytorialnego lub podległe im jednostki organizacyjne na rok 2015 planowały realizację 457 programów zdrowotnych. Liczba zaplanowanych do realizacji w roku 2015 programów jest o 22,0% mniejsza niż liczba programów zdrowotnych zrealizowanych w roku 2014. Plany realizacji programów zadeklarowały jednostki szczebla gminnego i powiatowego pochodzące z wszystkich powiatów województwa, przy czym liczba planowanych do realizacji programów w terytorialnej perspektywie poszczególnych powiatów znacznie się różnicuje w skali regionu. Najwięcej programów planowanych jest wewnątrz terytorialnego obszaru powiatów: białogardzkiego (63), goleniowskiego (46) i kamieńskiego (42), zaś najmniejsza, bezwzględna liczba programów pojawia się w ujęciu obszarów powiatu gryfickiego, Miasta Koszalin, Miasta Szczecin (po 3) oraz powiatu wałeckiego (1). Szczegółowe liczebności programów opracowywanych przez jednostki samorządu terytorialnego administrujące w terytorialnych granicach powiatów województwa zachodniopomorskiego ukazuje Tabela 1.

Tabela 1 Liczba zrealizowanych w roku 2014 i planowanych do realizacji w roku 2015 programów profilaktyki zdrowotnej opracowanych przez jednostki samorządu terytorialnego administrujące w terytorialnych granicach powiatów województwa zachodniopomorskiego.

	2014	2015
POWIAT BIAŁOGARDZKI	68	63
POWIAT CHOSZCZEŃSKI	20	20
POWIAT DRAWSKI	28	24
POWIAT GOLENIOWSKI	76	46
POWIAT GRYFICKI	2	3
POWIAT GRYFIŃSKI	26	25
POWIAT KAMIEŃSKI	43	42
POWIAT KOŁOBRZESKI	53	32
POWIAT KOSZALIŃSKI	9	9
POWIAT ŁOBESKI	5	7
POWIAT MYŚLIBORSKI	52	33
POWIAT POLICKI	11	6
POWIAT PYRZYCKI	28	17

POWIAT SŁAWIEŃSKI	20	14
POWIAT STARGARDZKI	36	29
POWIAT SZCZECINECKI	30	26
POWIAT ŚWIDWIŃSKI	36	22
POWIAT WAŁECKI	1	1
MIASTO KOSZALIN	3	3
MIASTO SZCZECIN	3	3
MIASTO ŚWINOUJŚCIE	7	7

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie „Informacja o planowanych programach zdrowotnych: plany na rok 2015” oraz podstawie „Informacja o planowanych programach zdrowotnych zrealizowanych w roku 2014” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

Bezwzględna liczba planowanych do realizacji programów nie zawsze stanowi adekwatny miernik skali realizowanych działań zdrowotnych, nie mniej jednak informacje dot. wielkości populacji objętych poszczególnymi, planowanymi do realizacji programami nie są kompletne. Dane dot. prognozowanej liczby osób objętych planowanymi na 2015 roku programami zadeklarowano w odniesieniu do 388 programów (84,9%). Z przekazanych informacji wynika, iż planowane na terenie województwa programy polityki zdrowotnej obejmą 410361 mieszkańców regionu, co stanowi ok 23,9%¹⁸ populacji województwa zachodniopomorskiego.¹⁹ Przedstawione plany wskazują, iż mniejszej, niż w roku 2014 liczby zaplanowanych do realizacji działań, populacja, która zaplanowana została do objęcia realizowanymi przez zachodniopomorskie JST programami zdrowotnym może być w 2015 około o połowę większa (49,7%) niż populacja objęta programami zdrowotnymi zrealizowanymi w roku 2014²⁰. Przedstawione dane, ukazują iż suma środków finansowych z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (w zł), które planowane były do zaangażowania w realizację planowanych na rok 2015 programów wynosi 6729400 zł, przy czym dane te dotyczą jedynie 38,0% planowanych do realizacji programów polityki zdrowotnej, a tym samym, przez ich niepełny charakter nie obrazują obiektywnie zaangażowania budżetów samorządowych w realizację programów zdrowotnych. Mediana wartości środków JST zaangażowanych w realizację pojedynczego, planowanego programu w 2015 r. wynosi 8000 zł, zaś maksymalna wartość środków planowanych do zaangażowania w realizację jednego programu to 425000 zł.

Wśród zadeklarowanych do realizacji w roku 2015 programów polityki zdrowotnej, 25 (5,5%) działań zaplanowanych zostało przez samorząd wojewódzki. Programy wojewódzkie zawężone były okresem realizacji do roku 2015 i zakresem terytorialnym obejmować mają cały region. Informacje na temat planowanych działań w wymiarze regionalnym w ograniczonym stopniu pozwalają na oszacowanie populacyjnej skali realizowanych działań. Jedynie w odniesieniu do 8 z nich zdefiniowano prognozowaną liczbę osób objętych danym programem (dla tych 8 programów opracowanych przez

¹⁸ Liczba ludności województwa zachodniopomorskiego w roku 2014 wynosiła 1715431 osób – źródło BDL GUS.

¹⁹ Należy pamiętać, iż podany wskaźnik ma charakter szacunkowy, bowiem nie można wykluczyć sytuacji równoległego uczestnictwa przez niektóre osoby w kilku realizowanych w obrębie regionu programach zdrowotnych.

²⁰ Dane te mają charakter szacunkowy z uwagi na niekompletne zestawy informacji dot. programów realizowanych w roku 2014 i planowanych do realizacji w roku 2015.

samorząd województwa wykazano łącznie 3450 osób). Tematyczny zakres programów planowanych do realizacji przez samorząd województwa w roku 2015 wraz z charakterystyką populacji objętej planowanymi programami prezentuje Tabela 2.

Tabela 2. Zadania samorządu województwa zachodniopomorskiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej planowane do realizacji w 2015 roku

LP	NAZWA PROGRAMU	CEL PROGRAMU	CHARAKTERYSTYKA POPULACJI OBJĘTEJ PROGRAMEM
1	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia - "Województwo równych szans - profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego"	Dotarcie do chorych z typowym wywiadem dolegliwości wieńcowych z województwa zachodniopomorskiego z utrudnionym dostępem do specjalistycznej opieki kardiologicznej i zapewnienie im kompleksowej opieki kardiologicznej	Osoby dorosłe pozostające pod opieką lekarzy rodzinnych z typowymi dolegliwościami stenokardialnymi z miejscowości województwa zachodniopomorskiego z utrudnionym dostępem do specjalistycznych konsultacji kardiologicznych. Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.
2	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia - "Choroba wieńcowa - daj sobie drugą szansę"	Edukacja pacjentów chorych na chorobę wieńcową z modyfikowalnych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy	Osoby chore na chorobę wieńcową z terenu województwa zachodniopomorskiego. Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.
3	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych -	Poprawa zgłaszalności nowotworów złośliwych w województwie zachodniopomorskim	Populacja województwa zachodniopomorskiego. Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.

	"Regionalny Rejestr Nowotworów"		
4	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych - "Przeżyjmy jak najdłużej"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zmniejszenie zachorowań na nowotwory złośliwe i wczesne ich wykrycie oraz edukacja i popularyzacja postaw prozdrowotnych poprzez upowszechnianie wiedzy o Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem ▪ Podniesienie poziomu kobiet na temat profilaktyki raka piersi wśród mieszkanek województwa zachodniopomorskiego, co pozwoli zwiększyć odsetek wykrytych zmian złośliwych oraz da możliwość podniesienia wskaźnika zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne ▪ Zmniejszenie umieralności kobiet na nowotwory złośliwe piersi w województwie zachodniopomorskim ▪ Wzrost wykrywalności raka piersi we wczesnym stadium zaawansowania i wydłużenie średniego okresu przeżycia u pacjentek onkologicznych 	<p>Populacja województwa zachodniopomorskiego.</p> <p>Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.</p>
5	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych - "Szkola Amazonek - kobiet po mastektomii"	Readaptacja społeczno-zawodowa kobiet po przebytej mastektomii	<p>Populacja województwa zachodniopomorskiego - kobiety po przebytej mastektomii.</p> <p>Prognozowana liczba osób objętych programem: 30</p>
6	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych - "Profilaktyka i	Obniżenie umieralności z powodu czerniaka, zwiększenie wykrywalności wczesnych przypadków czerniaka, zwiększenie odsetka wyleczeń	<p>Populacja województwa zachodniopomorskiego.</p> <p>Prognozowana liczba osób objętych programem: 300</p>

	wczesne rozpoznanie czerniaka"		
7	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych - "Wczesna diagnostyka raka piersi u kobiet poniżej 50 roku życia"	Obniżenie umieralności z powodu raka piersi u mieszkanek województwa zachodniopomorskiego poprzez wczesne wykrycie zmian	Kobiety poniżej 50 roku życia z terenu województwa zachodniopomorskiego. Prognozowana liczba osób objętych programem: 200
8	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych - "Profilaktyka raka szyjki macicy"	Wczesna i pogłębiona diagnostyka stanów przednowotworowych umożliwiająca obniżenie umieralności kobiet na raka szyjki macicy	Kobiety z terenu województwa zachodniopomorskiego , u których w wyniku wcześniejszego badania cytologicznego stwierdzono konieczność pogłębionej diagnostyki, młodzież ze szkół województwa. Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.
9	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych - "Szkola Astmy"	Zmniejszenie zachorowań i zaostrzeń astmy oskrzelowej oraz hospitalizacji z powodu astmy oskrzelowej	Populacja województwa zachodniopomorskiego. Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.
10	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki	Wczesne wykrycie cukrzycy, edukacja osób chorujących na cukrzycę	Populacja województwa zachodniopomorskiego - osoby chore na cukrzycę, personel pielęgniarstwa Szpitala.

	chorób przewlekłych - "Szkółka Cukrzycy"		Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.
11	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych - "Zapobieganie i zwalczanie przewlekłych powikłań cukrzycy oraz poprawa jakości leczenia chorych"	Ograniczenie zapadalności na przewlekłe powikłania cukrzycy	Populacja województwa zachodniopomorskiego - osoby dorosłe w wieku 18+ chorujący na cukrzycę, kobiety ciężarne chorujące na cukrzycę ciążarnych. Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.
12	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych - "Profilaktyka złamań u osób z osteoporozą - potrzeba wiedzy i edukacji"	<ul style="list-style-type: none"> • Obniżenie zachorowalności na osteoporozę poprzez wczesną identyfikację osób narażonych • Redukcja ryzyka złamań i upadków oraz optymalizacja sprawności i poprawa jakości życia u osób chorych 	Populacja województwa zachodniopomorskiego - osoby zagrożone wystąpieniem osteoporozy i osoby chore. Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.
13	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych - "Program wczesnego wykrywania zaburzeń widzenia, prowadzących do	Zmniejszenie liczby osób dorosłych niepełnosprawnych z przyczyn okulistycznych poprzez wczesne wykrywanie zaburzeń widzenia u dzieci - stworzenie ambulatoryjnego systemu wczesnego wykrywania	Populacja dzieci w wieku 1-6 lat z terenu województwa zachodniopomorskiego. Prognozowana liczba osób objętych programem: 330.

	inwalidztwa wzrokowego skierowany do dzieci w wieku 1-6 lat"		
14	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych - "Szkoła Jaskry 40+"	Wczesne rozpoznanie i leczenie jaskry	Populacja osób dorosłych powyżej 40 roku życia z terenu województwa zachodniopomorskiego . Prognozowana liczba osób objętych programem: 330
15	Zadania Samorządu Województwa w zakresie przeciwdziałania zakażeniom HIV i zachorowaniom na AIDS - Program zapobiegania HIV na 2015 r.	Zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń HIV poprzez pogłębianie wiedzy i świadomości w zakresie bezpiecznych zachowań oraz wykrywanie nowych zakażeń HIV i w województwie zachodniopomorskim.	Mieszkańcy województwa, ze szczególnym skierowaniem na osoby podejmujące ryzykowne zachowania: młodzież , pracowników medycznych, nauczycieli, policjantów. Prognozowana liczba osób objętych programem: 2000.
16	Zadania Samorządu Województwa w zakresie promocji zdrowia psychicznego - program Szkoła Zdrowia Psychicznego	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edukacja pacjentów oraz rodzin osób chorych psychicznie z zakresu przeciwdziałania stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu. ▪ Uświadomienie konieczności podjęcia rehabilitacji psychiatrycznej. ▪ Edukacja społeczności lokalnej z zakresu zdrowia psychicznego, radzenia sobie ze stresem, higiena zdrowia psychicznego. ▪ Edukacja pracowników instytucji pomocowych mające na celu wdrażanie założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 	Pacjenci i ich rodziny lecący się w Oddziale Psychiatrycznym, Dziennym Oddziale Psychiatrycznym i pacjenci innych oddziałów oraz korzystający z Poradni Zdrowia Psychicznego i Poradni Uzależnień Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu, uczniowie szkół, podopieczni i pracownicy DPS, pracownicy instytucji pomocowych. Prognozowana liczba osób

			objętych programem: brak danych.
17	Zadania Samorządu Województwa w zakresie promocji zdrowia psychicznego - program "Promocja zdrowia psychicznego - oddziaływania terapeutyczne w rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi"	Pomoc w walce z chorobą, podniesienie poczucia własnej wartości, poszerzenie obszarów zainteresowań, wspomaganie procesu farmakologicznego poprzez oddziaływania terapeutyczne, edukacja z zakres choroby, promocja zachowań prozdrowotnych poprzez podniesienie świadomości o własnej chorobie,	Pacjenci SPS ZOZ "Zdroje" przebywający na oddziałach: ogólnopsychiatrycznych, psychiatrycznym z pododdziałem zaburzeń afektywnych, rehabilitacji psychiatrycznej, opiekuńczo - leczniczym, psychiatrii dzieci i młodzieży, rodziny pacjentów. Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.
18	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki uzależnień - program "Poradnia Antynikotynowa"	Zmniejszenie w społeczeństwie osób uzależnionych od nikotyny, zapobieganie występowaniu chorób odtytoniowych oraz przedwczesnej śmierci z tego powodu	Osoby palące z terenu województwa zachodniopomorskiego
19	Zadanie Samorządu Województwa w zakresie chorób przewlekłych - "Palisz? Oddychaj pełną piersią - zrób spirometrię"	Wczesne rozpoznanie POCHP oraz zmniejszenie przedwczesnej umieralności z tego powodu	Populację stanowiły osoby dorosłe, palące, w przeważającej ilości mieszkańcy miasta Koszalina ale też okolicznych powiatów. Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych. Prognozowana liczba osób objętych programem: 200
20	Zadania Samorządu Województwa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zapobieganie zmianom zwyrodnieniowym kręgosłupa poprzez zastosowanie kompleksowej fizjoterapii 	Osoby po 50 roku życia - kobiety i mężczyźni leczeni z powodu

	w zakresie profilaktyki chorób narządu ruchu - program "Życie w ruchu-życiem bez bólu"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ korekta wadliwej postawy oraz dbałość o prawidłową postawę ▪ zmniejszenie absencji chorobowej będącej wynikiem ostrego bólu kręgosłupa i niemożności wykonywania czynności zawodowych ▪ wzmocnienie układu mięśniowego niezbędnego do utrzymania sprawności kręgosłupa ▪ likwidowanie czynników, które wywołują nieprawidłowe obciążenie poszczególnych elementów kręgosłupa, zlikwidowanie przykurczów w stawach kończyn dolnych, zwiększenie zakresów ruchomości w stawach ▪ ochrona kręgosłupa przed poważnymi zmianami zwyrodnieniowymi, przeciążeniowymi i dyskopatycznymi, które są związane z nieprawidłową ergonimią pracy, wymuszonymi nieprawidłowymi pozycjami ciała i brakiem aktywności ruchowej 	<p>zespołów bólowych i zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa .</p> <p>Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.</p>
21	Zadania Samorządu Województwa w zakresie opieki nad matką i dzieckiem - "Zdrowa mama i maluszek"	Ocena rozwoju dzieci w 1 roku życia, w uzasadnionych przypadkach zapewnienie terapii, instruktaż pielęgnacyjny, wsparcie psychologiczne dla matek oraz pomoc w ich specyficznych problemach zdrowotnych, propagowanie zdrowego stylu życia całej rodziny	<p>Dzieci do 1 r.ż z terenu województwa zachodniopomorskiego.</p> <p>Prognozowana liczba osób objętych programem: 60.</p>
22	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych - "Wykrywanie zespołu metabolicznego u pacjentów z nadwagą"	Diagnoza, wdrożenie leczenia choroby zespołu metabolicznego – syndromu X w celu eliminacji zagrożeń jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, otyłość, zaburzenia gospodarki lipidowej i hiperurykemia	<p>Mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego z grupy podwyższonego ryzyka (głównie otyli i z niezdrowymi nawykami).</p> <p>Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.</p>

23	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych - "Zdrowi i szczupli"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utrwalenie nawyków regularnej aktywności fizycznej ▪ Wyrobienie nawyków zdrowego trybu życia ▪ Polepszenie jakości życia ▪ Uświadamiania o korzyściach płynących z posiadania prawidłowej masy ciała ▪ Zmniejszenie absencji chorobowej wynikającej z chorób towarzyszących lub wynikających z nadwagi ▪ Zmniejszenie kosztów leczenia powikłań ▪ Zapobieganie niepełnosprawności 	<p>Mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego z grupy podwyższonego ryzyka (głównie otyli i z niezdrowymi nawykami).</p> <p>Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.</p>
24	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób narządu ruchu - "Zdrowa i piękna"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ poprawa jakości życia ▪ zmniejszenie kosztów leczenia powikłań ▪ zapobieganie niepełnosprawności ▪ zmniejszenie absencji chorobowej wynikającej z dolegliwości bólowych ▪ wyrabianie nawyków prawidłowej postawy ciała oraz dbałości o aktywność fizyczną 	<p>Program skierowany do kobiet – mieszkanek województwa zachodniopomorskiego w wieku 40-60 lat pracujących w pozycji siedzącej z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowym.</p> <p>Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.</p>
25	Zadania Samorządu Województwa w zakresie profilaktyki chorób narządu ruchu -	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zapobieganie nieodwracalnym następstwom wad postawy w postaci schorzeń narządu ruchu i niepełnosprawności ▪ wyrabianie nawyków prawidłowej postawy ciała oraz dbałości o aktywność fizyczną 	<p>Program skierowany do dzieci w wieku 6- 7 -8 lat będących uczniami I klasy szkół podstawowych województwa .</p> <p>Prognozowana liczba osób objętych programem: brak danych.</p>

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie „Informacja o planowanych programach zdrowotnych: plany na rok 2015” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

Wśród zadeklarowanych do realizacji na rok 2015 programów znalazły się 83 programy (18,2%) planowane do realizacji przez 14 jednostek samorządowych szczebla powiatowego. Grono starostw powiatowych planujących realizację programów polityki zdrowotnej, poza starostwami powiatowymi w Policach i Pырzycach, tworzy wszystkie 12 starostw, które realizowały programy polityki

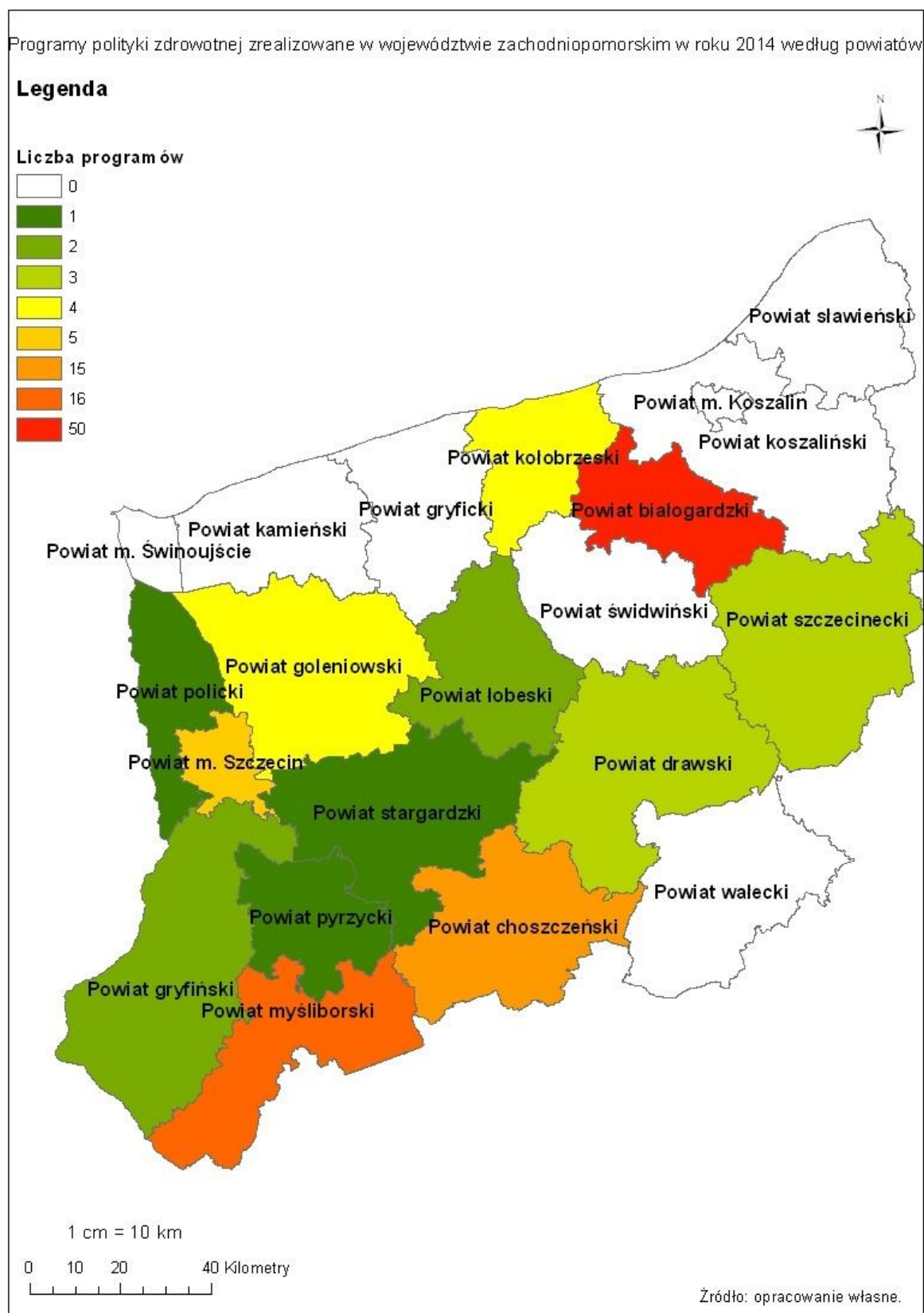
zdrowotnej w roku 2014.²¹ Programy gminne planowane są we wszystkich powiatach regionu, nie mniej jednak 325 planowanych do realizacji w 2015 roku programów przez samorząd szczebla gminnego nie jest równomiernie rozłożonych w skali regionu. Dla przykładu, w powiecie wałęckim zaplanowana jest przez Urzędy realizacja 1 programu, a w powiecie goleniowskim jest 34 zaplanowanych działań. Bazując na niepełnych danych można uznać, iż większość (258 programów, 56,6%) planowanych do realizacji w roku 2015 ukierunkowana będzie na wsparcie grupy dzieci. Grupa planowanych programów, które ukierunkowane były swoim zakresem do osób dorosłych stanowi ok 26,5% (121). Analizując zadeklarowany, planowany zakres programów na rok 2015 można orientacyjnie stwierdzić, iż najczęstszym planowanym działaniem są działania promocyjno-informacyjne. Stanowią one element ponad połowy planowanych programów (250; 54,7%). W wypadku niecałej połowy planowanych programów (48,1%; 220) na etapie planowania założono, iż obejmą one swoim zakresem realizację świadczeń opieki zdrowotnej. Realizacja szkoleń i konferencji zadeklarowana została w zakresie 77 planowanych programów (16,8%). Zakup sprzętu zadeklarowany został w odniesieniu jedynie do 17 planowanych do realizacji programów.

W gronie 457 planowanych przez JST do realizacji programów polityki zdrowotnej zdecydowana większość (84,9%) zawężona jest czasem swojej realizacji do roku 2015. Jedynie 69 programów (6,3% wszystkich programów) posiada charakter wieloletni, z czego tylko 28 z nich wykracza planowanym okresem realizacji poza rok 2015. Programy zaplanowane do kontynuowania w kolejnych latach planowane są do realizacji na terenie 7 powiatów: białogardzkiego, choszczeńskiego, kamieńskiego, łobeskiego, myśliborskiego i stargardzkiego. Należy zwrócić uwagę, iż blisko połowa z tych programów (46,4%; 13) zawężona jest czasem planowanej realizacji, do wykraczającego poza ramy roku kalendarzowego roku szkolnego.

Aby zobrazować rozkład terytorialny realizowanych w latach 2014-2015 programów zamieszczono poniżej mapy województwa – w podziale na gminy/powiaty.

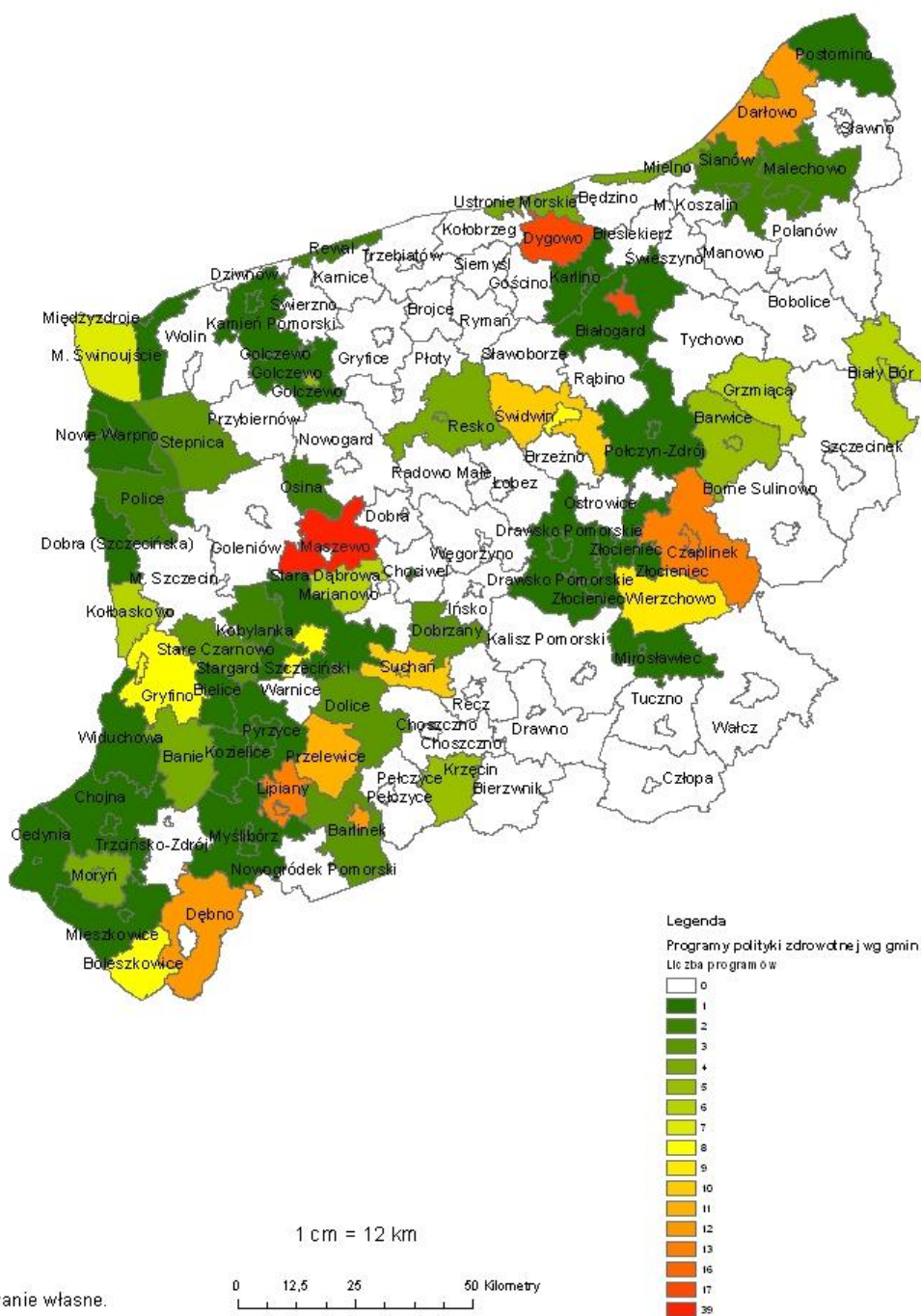
²¹ Szczegółowe zestawienie jednostek, które realizowały programy w roku 2014 prezentuje Tabela 3 w zaprezentowanej w dalszej części raportu.

Mapa 1 Lokalizacja programów polityki zdrowotnej realizowanych w latach 2014 – poziom powiatów



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie „Informacja o planowanych programach polityki zdrowotnej: plany na rok 2015” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

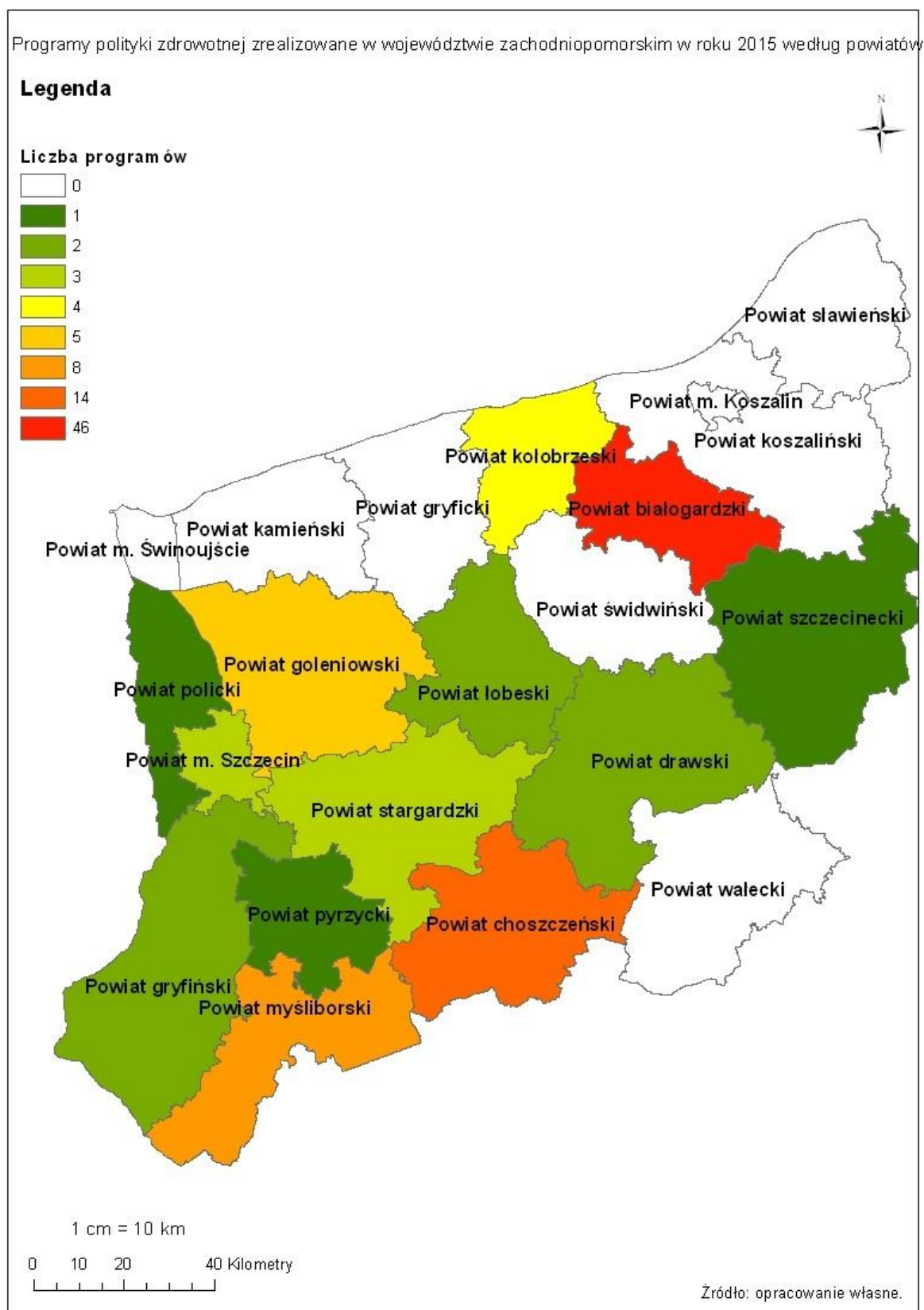
Programy polityki zdrowotnej zrealizowane w województwie zachodniopomorskich w roku 2014 według gmin



Źródło: opracowanie własne.

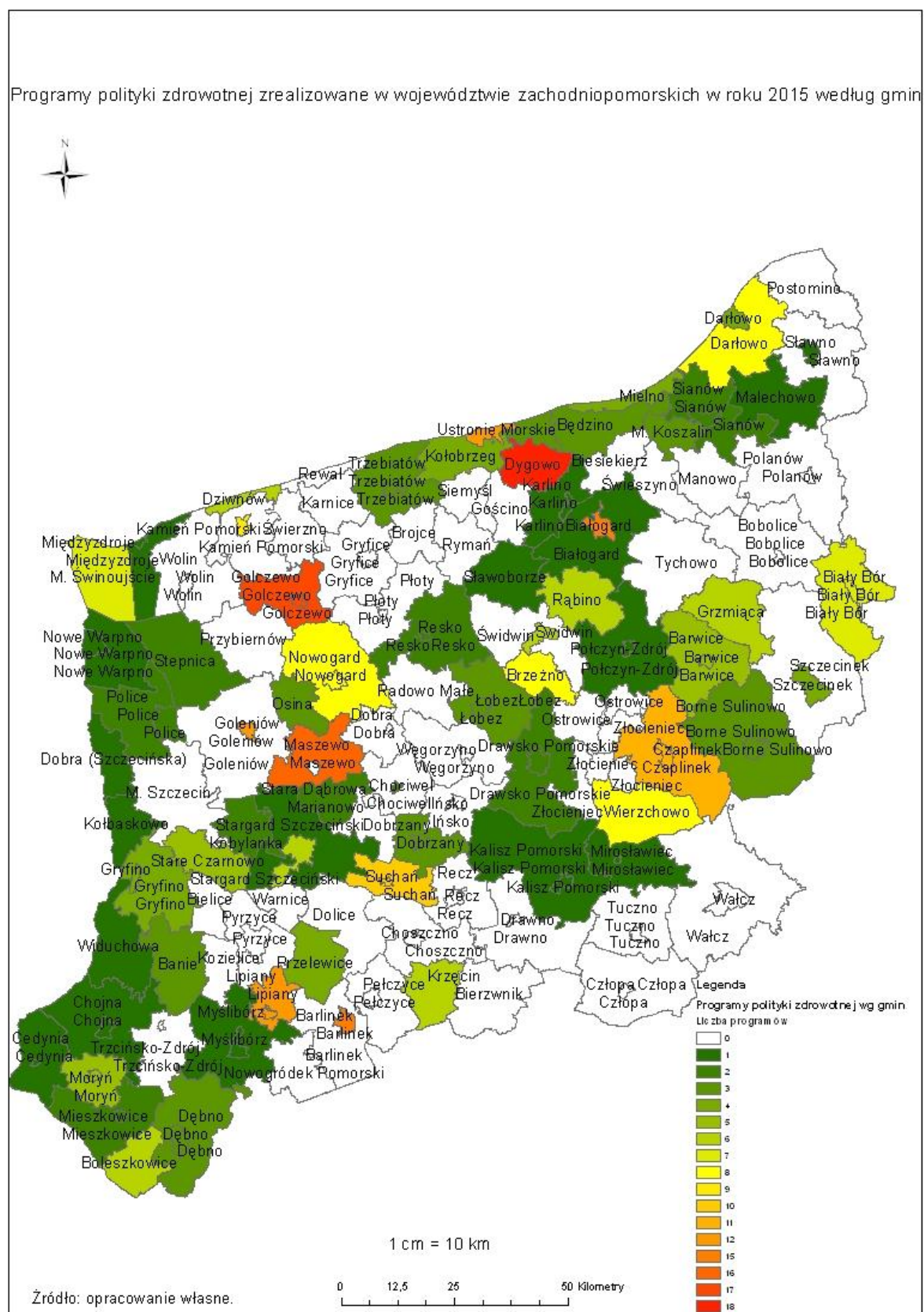
Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie „Informacja o planowanych programach polityki zdrowotnej: plany na rok 2015” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

Mapa 3 Lokalizacja programów polityki zdrowotnej realizowanych w latach 2015 – poziom powiatów



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie „Informacja o planowanych programach polityki zdrowotnej: plany na rok 2015” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

Mapa 4 Lokalizacja programów polityki zdrowotnej realizowanych w latach 2015 – poziom powiatów

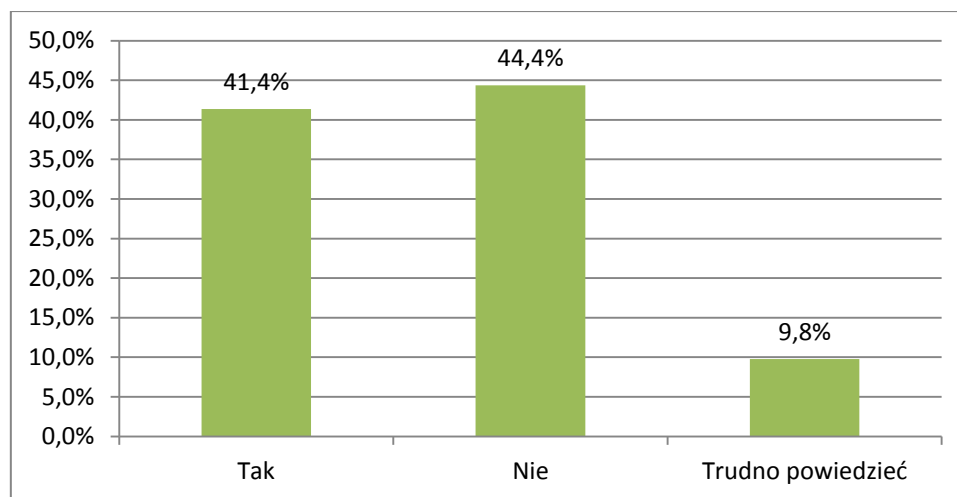


Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie „Informacja o planowanych programach polityki zdrowotnej: plany na rok 2015” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

Powyższe mapy wskazują tzw. „białe plamy” pod kątem realizowanych programów polityki zdrowotnej. Są to powiaty i gminy znajdujące się najdalej od największych ośrodków miejskich, przy granicy z innymi województwami – **w szczególności powiaty położone między Szczecinem a Koszalinem, w centrum województwa, a także te w południowo-wschodniej części.** W dalszej części raportu obszary deficytowe zostaną zwalidowane z syntetycznymi mapami wybranych wskaźników oraz wynikami analiz ilościowych i jakościowych. Z analiz prowadzonych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego wynika, iż następuje systematyczny wzrost zainteresowania obszarem profilaktyki i promocji zdrowia, jako skutecznego narzędzia chroniącego przed poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, a co za tym idzie rosnącymi kosztami finansowymi diagnostyki i terapii. Pomimo tego, ilość środków finansowych przekazywana na ten cel jest ciągle niedostateczna. Nakłady finansowe na realizację programów zdrowotnych są relatywnie niewielkie, co uniemożliwia podejmowanie działań na większą skalę. Problem stanowi również brak formalnego instytucjonalnego koordynatora, odpowiedzialnego za realizację zadań w województwie, a także wielosektorowość działań, która prowadzi do powielania interwencji, wykonywania w nadmiarze lub całkowitego ich zaniechania.²²

Warto w tym kontekście przedstawić, jak kształtują się wyniki badań ilościowych przeprowadzonych na potrzeby niniejszego badania w tym obszarze. Wśród badanych JST tylko 41,4% jednostek planuje realizację programów polityki zdrowotnej. Jednak warto podkreślić, że liczba ta może się zwiększyć, gdy podmioty te dostaną informacje o tym, że są potencjalnymi beneficjentami projektów w nowej perspektywie finansowej w badanych obszarze. Jak pokazuje poniższy wykres najczęściej programów planowanych jest na poziomie gmin. Potwierdza to dotychczasowe statystyki – to gminy w większości realizują programy z zakresu zdrowia finansowane ze środków samorządowych i ministerialnych.

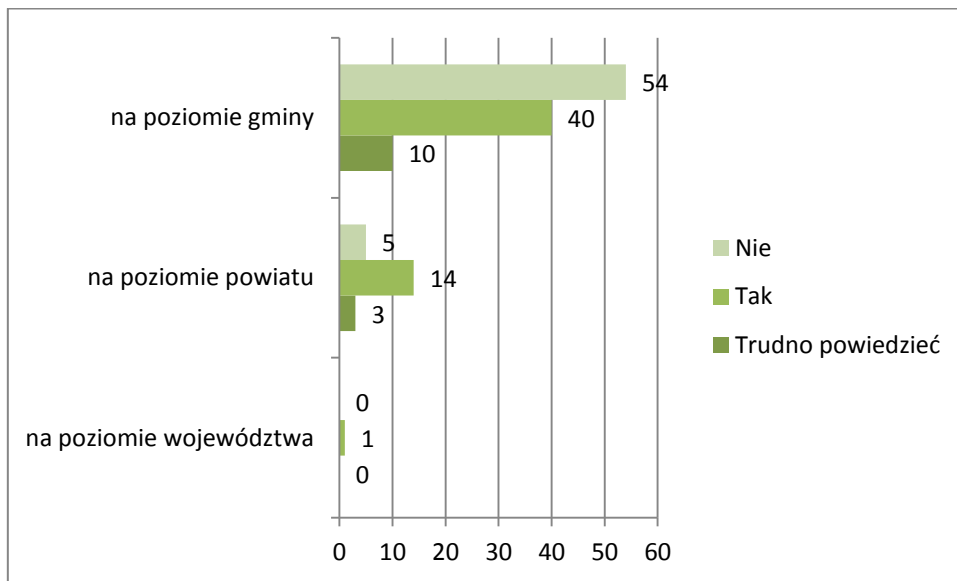
Wykres 1. Czy Państwa jednostka planuje realizację programów polityki zdrowotnej?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI N=133

²² Por. Okresowe sprawozdanie z realizacji Strategii Sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego - rok 2014, Szczecin 2014

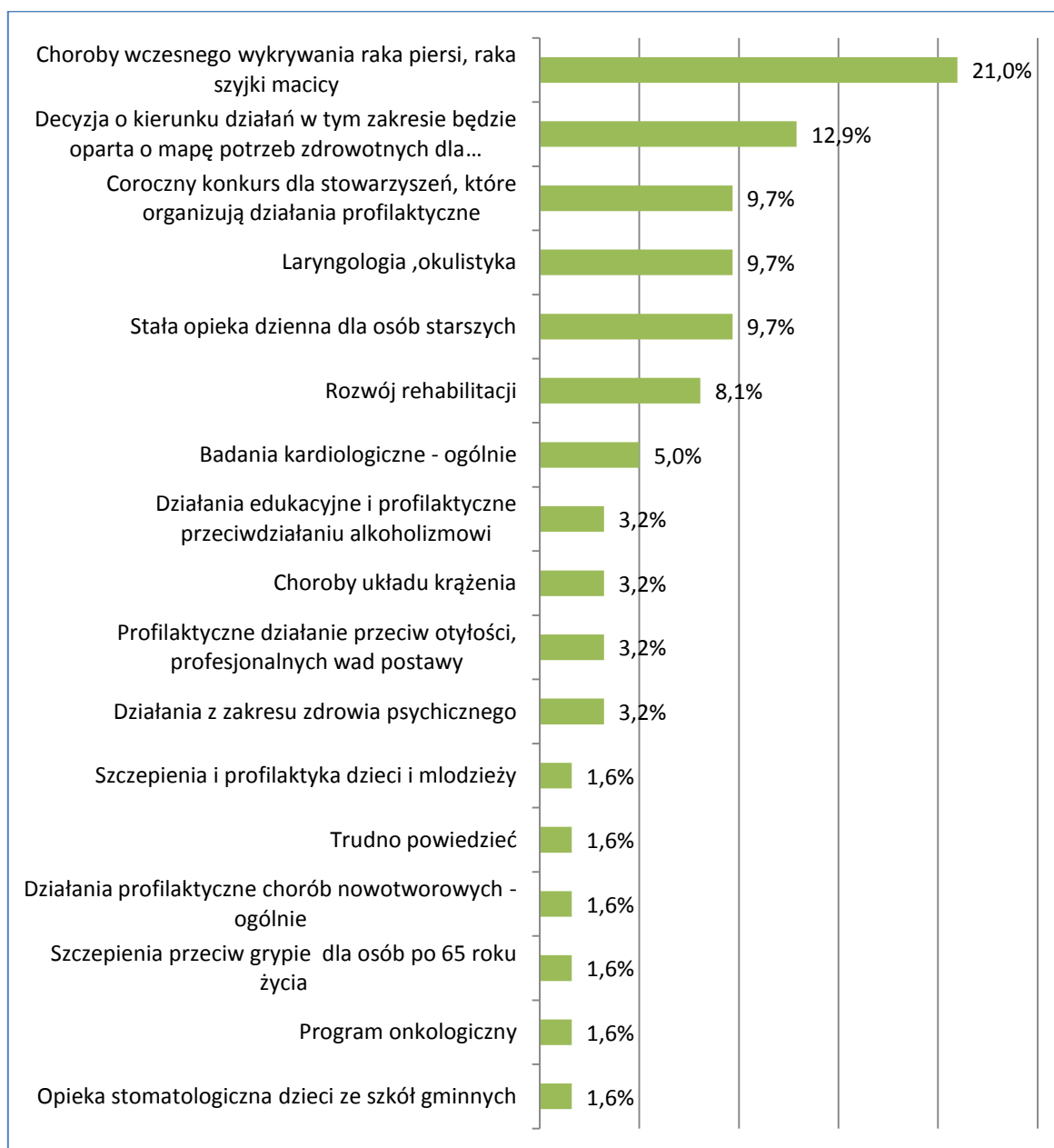
Wykres 2. Czy Państwa jednostka planuje realizację programów polityki zdrowotnej? – podział na JST



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI N=133

Badanie ankietowe ukazuje, że najwięcej programów będzie dotyczyło profilaktyki. Poniżej deklaracje urzędników z JST na temat zakresu planowanego wsparcia.

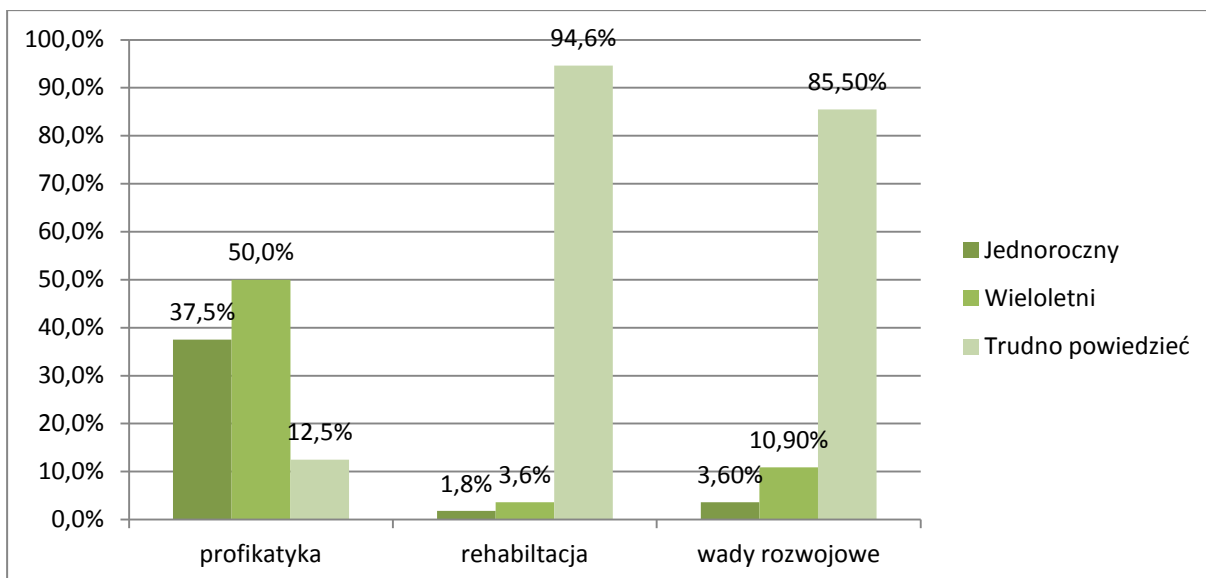
Wykres 3. Jakie programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu planują realizować JST



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI N=62

W przypadku programów z zakresu rehabilitacji, tylko 10 ze 133 jednostek samorządu deklaruje, że programy w tym zakresie planują. Dotyczą one przede wszystkim: rehabilitacji osób starszych. W przypadku programów z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych tylko 14 ze 133 jednostek samorządu deklaruje, że programy w tym zakresie planują. Dotyczą one przede wszystkim: gimnastyki korekcyjnej, hipoterapii, wykrywania wad postawy u dzieci.

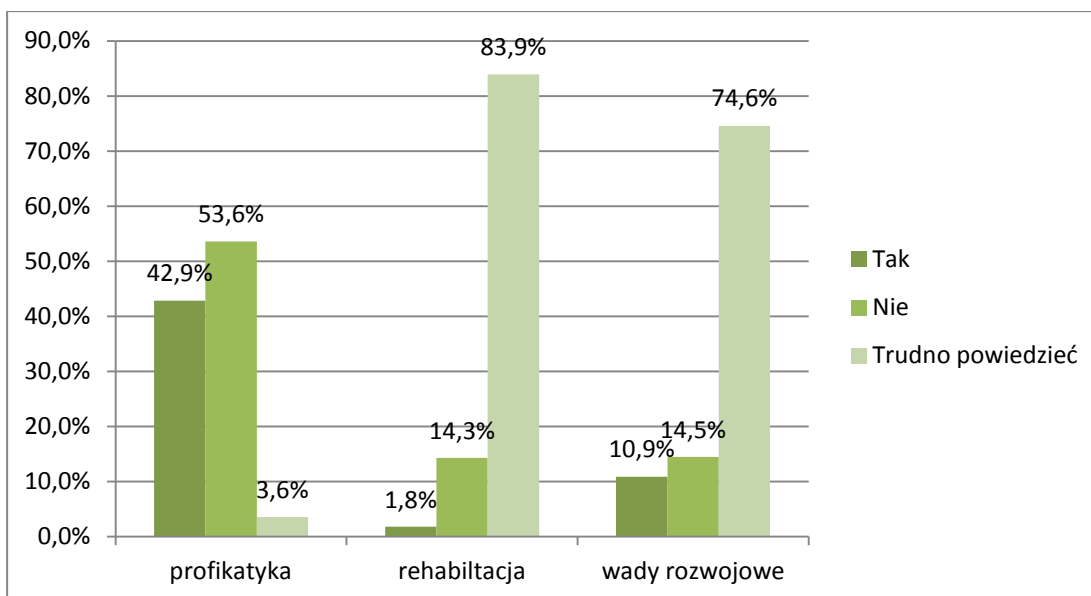
Wykres 4. Okres trwania planowanych do realizacji programów polityki zdrowotnej



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI

Analizując okres trwania programów w podziale na rodzaj JST należy podkreślić, że programy wieloletnie dominują na poziomie jednostek z gmin. Jednak respondenci mają trudności, aby określić czy programy planowane do realizacji są już zaopiniowane do realizacji.

Wykres 5. Czy program ten jest już zatwierdzony do realizacji?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI

2.2 Programy polityki zdrowotnej realizowane przez poszczególne JST

Według informacji przekazanych przez jednostki samorządu terytorialnego do Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego na temat realizowanych w 2014

programów polityki zdrowotnej,²³ na terenie regionu w ubiegłym roku realizowanych było 586 programów. Uwzględniających obszar wszystkich 21 powiatów województwa.

Wśród zrealizowanych działań, 29 programów (4,9%) realizowanych było przez samorząd województwa zachodniopomorskiego. W większości wypadków programy opracowane przez Województwo Zachodniopomorskie realizowane były za pośrednictwem zlokalizowanych w Szczecinie specjalistycznych placówek medycznych (23 programy; 79,3%). W pozostałych 6 przypadkach realizatorami były placówki medyczne zlokalizowane w Kołobrzegu (2) i Koszalinie (4). Łączna populacja objęta wskazanymi programami wynosiła 25673 osób²⁴. Wszystkie ww. programy obejmowały swoim zasięgiem terytorialnym obszar województwa zachodniopomorskiego, a czas ich realizacji zawężony był do roku 2014. Według danych sprawozdawczych, łączna wartość środków wydatkowanych na realizację programów polityki zdrowotnej samorządu województwa w roku 2014 wynosiła 814326,06 zł, z czego 94,9% pochodziło z budżetu Województwa Zachodniopomorskiego. Szczegółową charakterystykę programów zrealizowanych w roku 2014 przez Województwo Zachodniopomorskie zawiera Aneks nr 5 do niniejszego raportu.

Z informacji zebranych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego wynika, iż w opracowanie i realizację programów zdrowotnych w roku 2014 w różnym stopniu zaangażowany był samorząd terytorialny poszczególnych szczebli. W ponad trzech czwartych przypadków programy opracowywana były, wdrażane i realizowane przez gminy (441 programów; 75,3%). Zaangażowanie powiatów wykazane zostało w 105 przypadkach (17,9%). Zaznaczyć należy, iż nie wszystkie powiaty województwa zadeklarowały realizację programów polityki zdrowotnej (programy takie nie były w roku 2014 opracowane przez samorząd szczebla powiatowego w powiecie gryfickim, kamieńskim, koszalińskim, sławieńskim, świdwińskim). W wypadku 97 programów (16,6%) w opracowanie, wdrażanie i realizację programu zaangażowana była więcej niż jedna jednostka. Samorząd województwa zachodniopomorskiego, poza realizacją własnych 29 programów, wykazywany był w 96 innych programach polityki zdrowotnej - łącznie zaangażowanie samorządu województwa wykazane zostało w odniesieniu 125 programów (21,3%). W 40 programach w opracowanie, wdrażanie i realizację programu zaangażowane były placówki edukacyjne (6,8%), a w 3 placówki medyczne (0,5%). Wyniki szczegółowej analizy zaangażowania poszczególnych jednostek w opracowanie, wdrażanie i realizację programu ukazuje Tabela 3.

Tabela 3 Liczba programów polityki zdrowotnej zrealizowanych w poszczególnych powiatach województwa zachodniopomorskiego w roku 2014 z uwagi na tym jednostki opracowującej, wdrażającej i realizującej program zdrowotny

	WOJEWÓDZTWO		POWIAT		GMINA		PLAC. EDUK-WYCHOW.		PLACÓWKA MEDYCZNA		LICZBA
	LICZBA	%	LICZBA	%	LICZBA	%	LICZBA	%	LICZBA	%	
POWIAT BIAŁOGARDZKI	1	1,5%	20	29,4%	32	47,1%	14	20,6%		0,0%	68
POWIAT CHOSZCZEŃSKI	15	75,0%	15	75,0%	5	25,0%		0,0%		0,0%	20

²³ „Informacja o planowanych programach zdrowotnych: programy realizowane w roku 2014” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

²⁴ Dane sprawozdawcze dot. liczby osób objętych programów dot. 25 programów (86,2%) realizowanych przez Województwo Zachodniopomorskie.

POWIAT DRAWSKI	28	100,0%	28	100,0%	25	89,3%		0,0%		0,0%	28
POWIAT GOLENIOWSKI	13	17,1%	2	2,6%	62	81,6%	9	11,8%	3	3,9%	76
POWIAT GRYFICKI		0,0%		0,0%	2	100,0%		0,0%		0,0%	2
POWIAT GRYFIŃSKI	8	30,8%	10	38,5%	24	92,3%		0,0%		0,0%	26
POWIAT KAMIEŃSKI	2	4,7%		0,0%	28	65,1%	15	34,9%		0,0%	43
POWIAT KOŁOBRZESKI		0,0%	4	7,5%	49	92,5%		0,0%		0,0%	53
POWIAT KOSZALIŃSKI		0,0%		0,0%	9	100,0%		0,0%		0,0%	9
POWIAT ŁOBESKI		0,0%	1	20,0%	4	80,0%		0,0%		0,0%	5
POWIAT MYŚLIBORSKI	1	1,9%	16	30,8%	36	69,2%		0,0%		0,0%	52
POWIAT POLICKI		0,0%	1	9,1%	10	90,9%		0,0%		0,0%	11
POWIAT PYRZYCKI		0,0%	1	3,6%	27	96,4%		0,0%		0,0%	28
POWIAT SŁAWIEŃSKI	12	60,0%		0,0%	19	95,0%		0,0%		0,0%	20
POWIAT STARGARDZKI	3	8,3%	1	2,8%	35	97,2%		0,0%		0,0%	36
POWIAT SZCZECINECKI		0,0%	6	20,0%	24	80,0%		0,0%		0,0%	30
POWIAT ŚWIDWIŃSKI	6	16,7%		0,0%	36	100,0%		0,0%		0,0%	36
POWIAT WĄLECKI		0,0%		0,0%	1	100,0%		0,0%		0,0%	1
MIASTO KOSZALIN		0,0%		0,0%	3	100,0%		0,0%		0,0%	3
MIASTO SZCZECIN		0,0%		0,0%	3	100,0%		0,0%		0,0%	3
MIASTO ŚWINOUJŚCIE	7	100,0%		0,0%	7	100,0%		0,0%		0,0%	7
WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE	29	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	29
SUMA	125	21,3%	105	17,9%	441	75,3%	40	6,8%	3	0,5%	586

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie „Informacja o planowanych programach zdrowotnych zrealizowanych w roku 2014” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

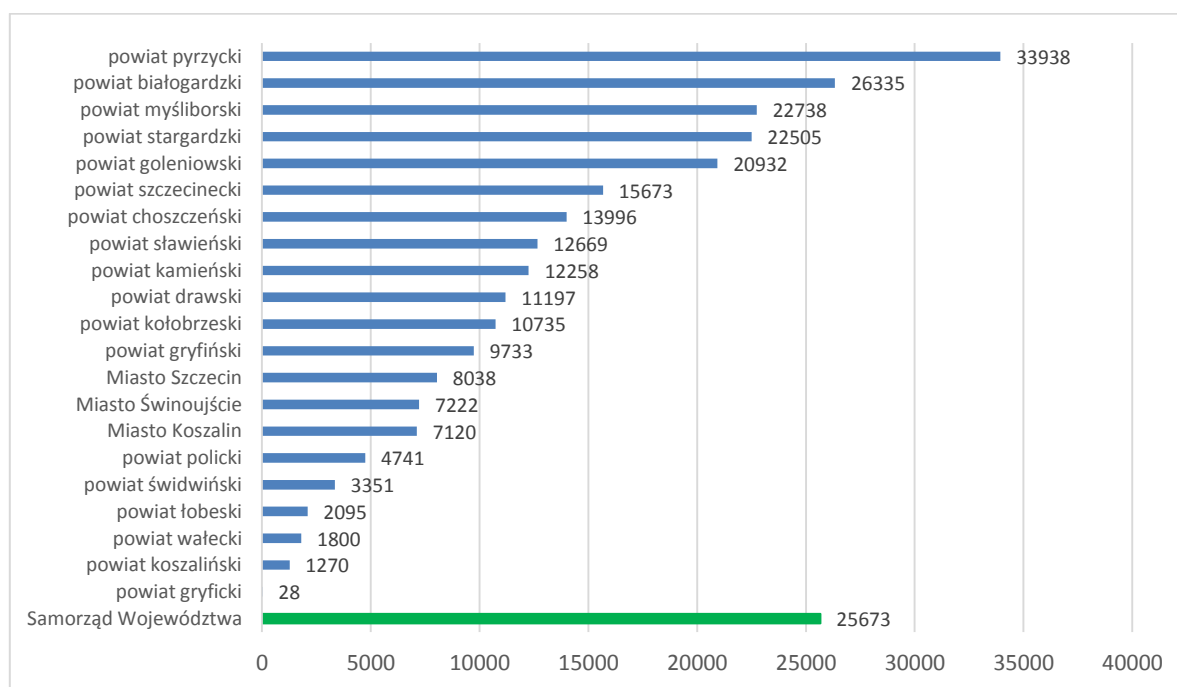
Jak wskazują na to zgromadzone dane, realizowana za pośrednictwem programów polityki zdrowotnej polityka zdrowotna w bardzo silny sposób powiązana jest z jednorocznym, budżetowym sposobem planowania. Jedynie 72 programy (12,3%) stanowiły programy wieloletnie. Z tego grona

zaś 23 realizowane działania (3,9%) zainicjowane zostały przed rokiem 2014, a w wypadku 54 programów (9,2%) zadeklarowany czas realizacji wykraczał poza rok 2014.

Jedynie w wypadku 63 programów (10,8%) obszar realizacji obejmował teren całego powiatu. W większości, realizowane w 2014 programy polityki zdrowotnej ogniskowały się na obszarze jednej gminy (385 programów, 65,7%). Tylko w dwóch przypadkach realizowane działania obejmowały kilka gmin (były to programy polityki zdrowotnej realizowane przez starostwa powiatowe). Pewna część zaplanowanych działań 95 programów; 16,2%) zawężona była w ramach zrealizowanych programów do wymiaru jednej placówki edukacyjno-wychowawczej, a w 3 przypadkach (5,1%) do kilku placówek.

Przedłożone dane dot. liczby odbiorców zrealizowanych programów polityki zdrowotnej zawierają liczne braki, oraz nieścisłości w zakresie informacji o ostatecznej liczbie odbiorców zrealizowanych działań. Zgromadzone informacje pozwalają w szacunkowy sposób ustalić, iż zrealizowanymi w roku 2014 programami objętych zostało ok. 274047 osób (w tym 25673 osób; 9,4% w ramach 29 obejmujących swoim zasięgiem cały region programów realizowanych przez Samorząd Województwa). Podsumowanie orientacyjnych sum odbiorców programów polityki zdrowotnej realizowanych w 2014 roku w obrębie powiatów województwa zachodniopomorskiego prezentuje Wykres 6.

Wykres 6. Szacunkowa suma odbiorców programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w obrębie terytorium poszczególnych powiatów województwa zachodniopomorskiego w roku 2014



Uwaga metodyczna: z uwagi na liczne braki danych oraz metodyczne nieścisłości w sposobie pomiaru w analizowanym zestawieniu sprawozdawczym, w odniesieniu do poszczególnych, raportowanych programów, przedstawione sumy traktować należy orientacyjnie.

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie „Informacja o planowanych programach zdrowotnych zrealizowanych w roku 2014” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

Większość zrealizowanych w roku 2014 programów polityki zdrowotnej (55,5%, 327 programów)²⁵ adresowana była do dzieci i młodzieży. Dorośli stanowili jednoznacznie zdefiniowaną grupę w przypadku 171 programów (29,2%), z czego 73 programy adresowane były literalnie do grupy kobiet (12,5%) a 14 programów do grupy mężczyzn (2,4%). Programy adresowane do starszych wiekowo grup odbiorców (45+) stanowiły 11,8% wszystkich realizowanych w roku 2014 przez JST programów profilaktyki zdrowotnej (69 programów). Z przedstawionej charakterystyki wynika, iż jedynie 7, ze zrealizowanych przez samorząd w roku 2014 programów (1,2%) adresowało w sposób literalny i celowy działania profilaktyczne i rehabilitacyjne do grupy osób niepełnosprawnych. Projekty populacyjne, tzn. te, gdzie nie zawsze zdefiniowano w sposób jednoznacznie precyzyjny grupy odbiorców w roku 2014 stanowiły 23,4% zrealizowanych w obrębie regionu działań (137 programów). W 10 przypadkach adresatami realizowanych programów profilaktyki zdrowotnej był zatrudniony na terenie regionu personel medyczny. Orientacyjne wyniki analizy liczby programów adresujących działania do poszczególnych grup odbiorców działań realizowanych w obrębie poszczególnych obszarów regionu ukazuje

²⁵ Przedstawione wyniki analizy z uwagi na braki danych i nie zawsze jednoznaczny opis grupy docelowej mają charakter orientacyjny.

Tabela 4.

Tabela 4 Orientacyjna liczba programów polityki zdrowotnej adresowanych do poszczególnych grup odbiorców realizowanych w obrębie poszczególnych powiatów województwa zachodniopomorskiego w roku 2014

	POPULACJA	DOROŚLI	DZIECI I MŁODZIEŻ	MĘŻCZYŹNI	KOBIETY	45+	PERSONEL MEDYCZNY	NIEPEŁNO SPRAWNI	OGÓŁEM
POWIAT BIAŁOGARDZKI		5	67						68
POWIAT CHOSZCZEŃSKI	2	6	13	1	4	1	1		20
POWIAT DRAWSKI	14	9	10	1	3	6			28
POWIAT GOLEŃOWSKI	6	31	52	2	5	3			76
POWIAT GRYFICKI			2						2
POWIAT GRYFIŃSKI	9	11	9		6	9		3	26
POWIAT KAMIENSKI	3	3	37			3			43
POWIAT KOŁOBRZESKI	29	7	16		5	3	2	2	53
POWIAT KOSZALIŃSKI	1	5	4	1	1	3			9
POWIAT ŁOBESKI	1	3	2		2				5
POWIAT MYŚLIBORSKI	16	11	26	9	11	6	2		52
POWIAT POLICKI	1	9	1		7	7			11
POWIAT PYRZYCKI		21	9		1	2	2	1	28
POWIAT SŁAWIEŃSKI	8	6	8		2				20
POWIAT STARGARDZKI	9	11	21		6	7	3	1	36
POWIAT SZCZECINECKI	15	5	13		3	1			30
POWIAT ŚWIDWIŃSKI	4	8	24		11	12			36
POWIAT WAŁECKI			1						1
MIASTO KOSZALIN	1		2						3
MIASTO SZCZECIN	2	3	2			1			3
MIASTO ŚWINOUJŚCIE	4	2	2			1			7
WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE	12	15	6		6	4			29
SUMA KOŃCOWA	137	171	327	14	73	69	10	7	586

Uwaga metodyczna: z uwagi na liczne braki danych oraz metodyczne nieścisłości w sposobie pomiaru w analizowanym zestawieniu sprawozdawczym, w odniesieniu do poszczególnych, raportowanych programów, przedstawione sumy traktować należy orientacyjnie.

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie „Informacja o planowanych programach zdrowotnych zrealizowanych w roku 2014” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

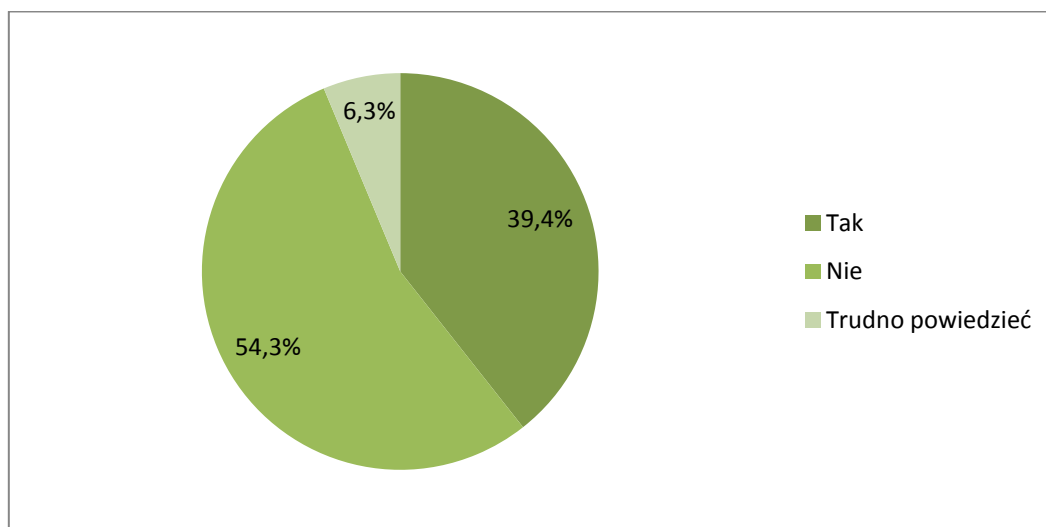
Z niepełnych danych, na temat zakresu realizowanych przez JST programów w roku 2014 można dokonać orientacyjnej charakterystyki zakresu zrealizowanych w nich działań. Niemal połowa z ujętych w monitorowanym przez Urząd Marszałkowski zestawieniu programów wykazywała realizację świadczeń opieki zdrowotnej (288, 49,1%). Świadczenia opieki zdrowotnej uwzględnione były w 83% programów (142), które kierowały swoje wsparcie do osób dorosłych, oraz 30,0% programów (98), które kierowane były bezpośrednio do dzieci i młodzieży. Działania promocyjno-

informacyjne wykazane zostały w wypadku 294 realizowanych w roku 2014 programów (50,2%), przy czym częściej (61,2% w tej grupie) pojawiały się one w programach skierowanych do dzieci i młodzieży, niż tych adresowanych do osób dorosłych (49,7% w tej grupie). Szkolenia i konferencje wchodziły w zakres 118 realizowanych na terenie regionu programów zdrowotnych (20,1%) i pojawiały się w 16,4% programów adresowanych do osób dorosłych (28) oraz 23,5% programów, w których zdefiniowaną grupą adresatów były dzieci i młodzież (77). Zakup sprzętu uwzględniany był w najmniej licznej grupie programów (28; 4,8%). W znikomym wymiarze dotyczył zarówno tych adresujących wsparcie do dorosłych (4,7%; 8, jak też dzieci i młodzieży (4,0%; 13).

Wyniki prowadzonych w ramach Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego analiz wskazują na tendencję do współuczestnictwa w programach zainicjowanych przez inne instytucje lub jednostki samorządu terytorialnego ze szczególnym uwzględnieniem NFZ. Podejmowane w regionie działania o charakterze profilaktycznym i promocji zdrowia dotyczą obszarów chorób nowotworowych, chorób przewlekłych, walki z otyłością i zaburzeniami psychicznymi, a także szczepień ochronnych.²⁶

W przypadku stanu obecnego, na podstawie przeprowadzonych badań ilościowych można stwierdzić, iż blisko 40% JST – deklaruje, że realizuje przedmiotowe programy. 38 programów realizowanych jest na poziomie gmin, a 12 na poziomie powiatu.

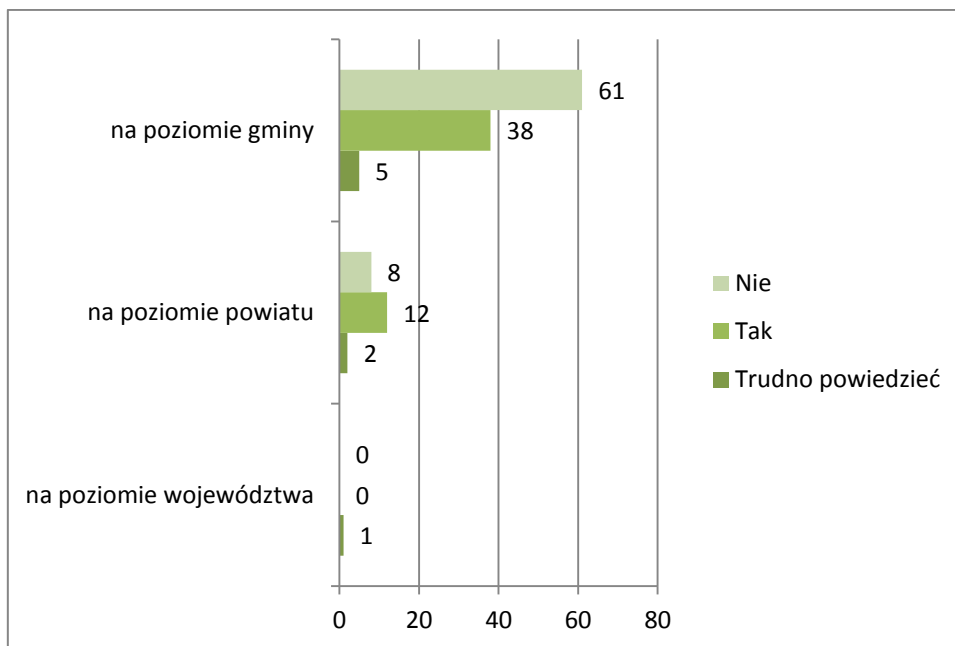
Wykres 7. Czy Państwa podmiot obecnie realizuje program polityki zdrowotnej?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=127

²⁶ Por. Okresowe sprawozdanie z realizacji Strategii Sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego - rok 2014, Szczecin 2014

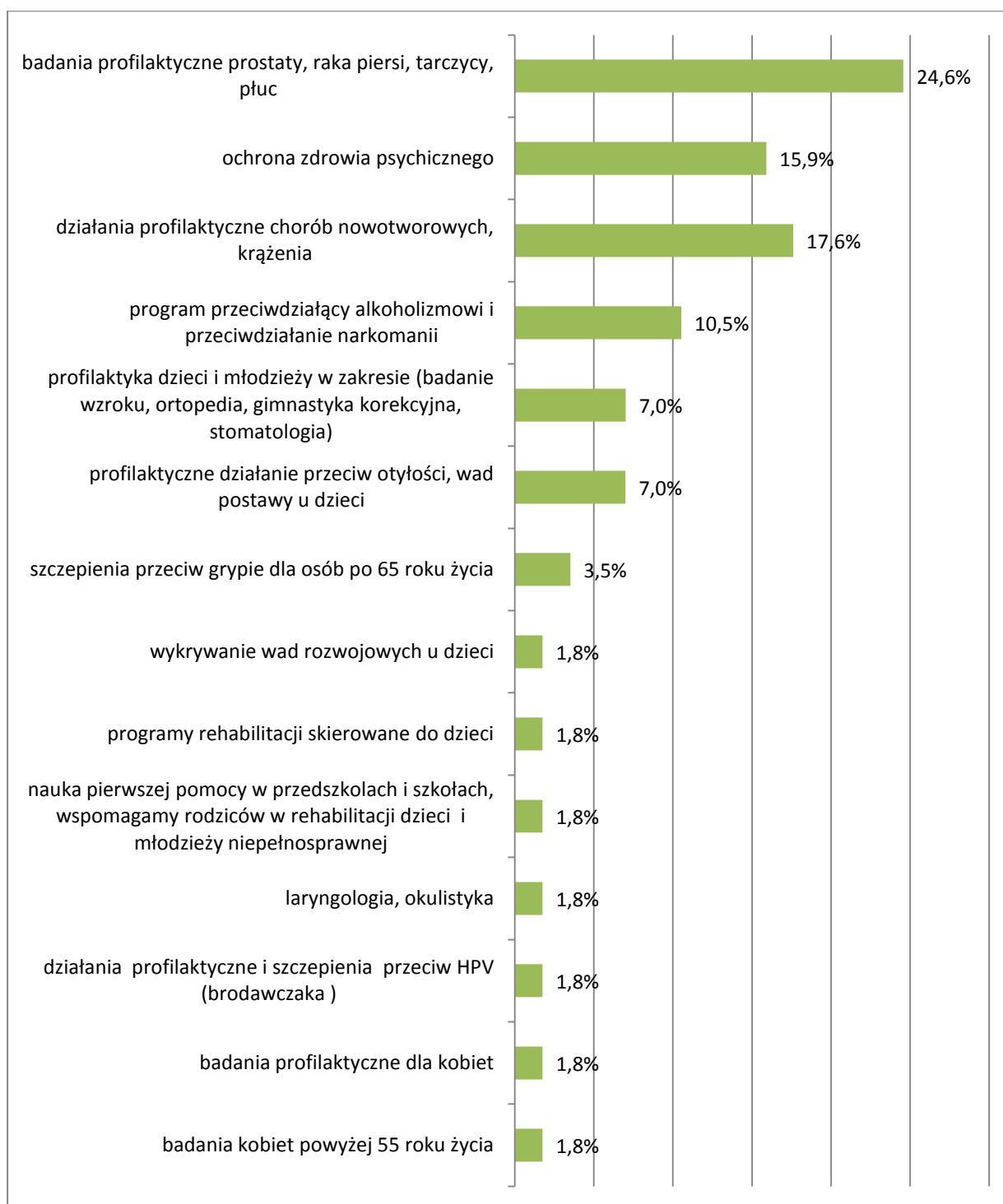
Wykres 8. Czy Państwa podmiot obecnie realizuje program polityki zdrowotnej?- podział na JST



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=127

Obecnie realizowane programy to przede wszystkim przedsięwzięcia z zakresu profilaktyki. Zakres wsparcia przedstawia poniższy wykres. Dominują programy profilaktyczne z zakresu chorób nowotworowych, krążenie i ochrona zdrowia psychicznego.

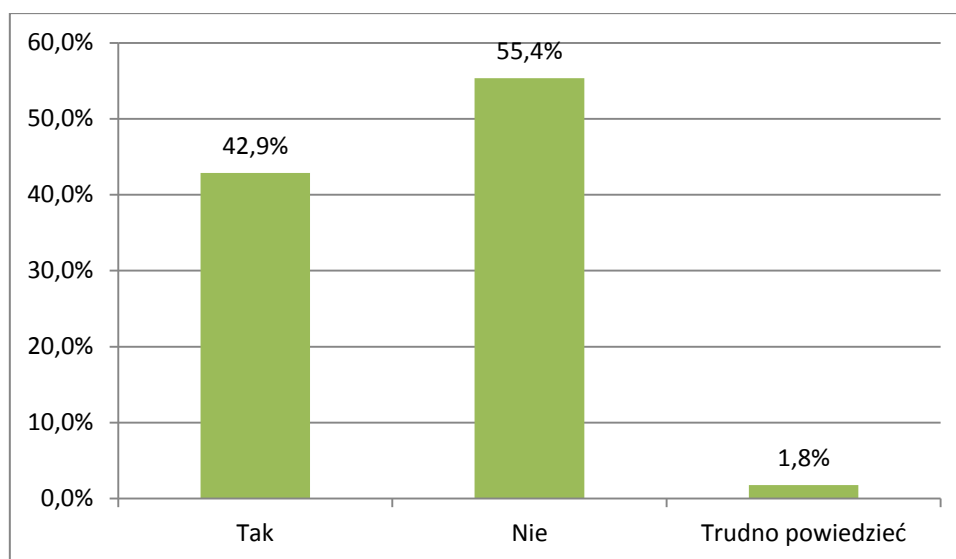
Wykres 9. Czego dotyczy realizowany program polityki zdrowotnej?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=50

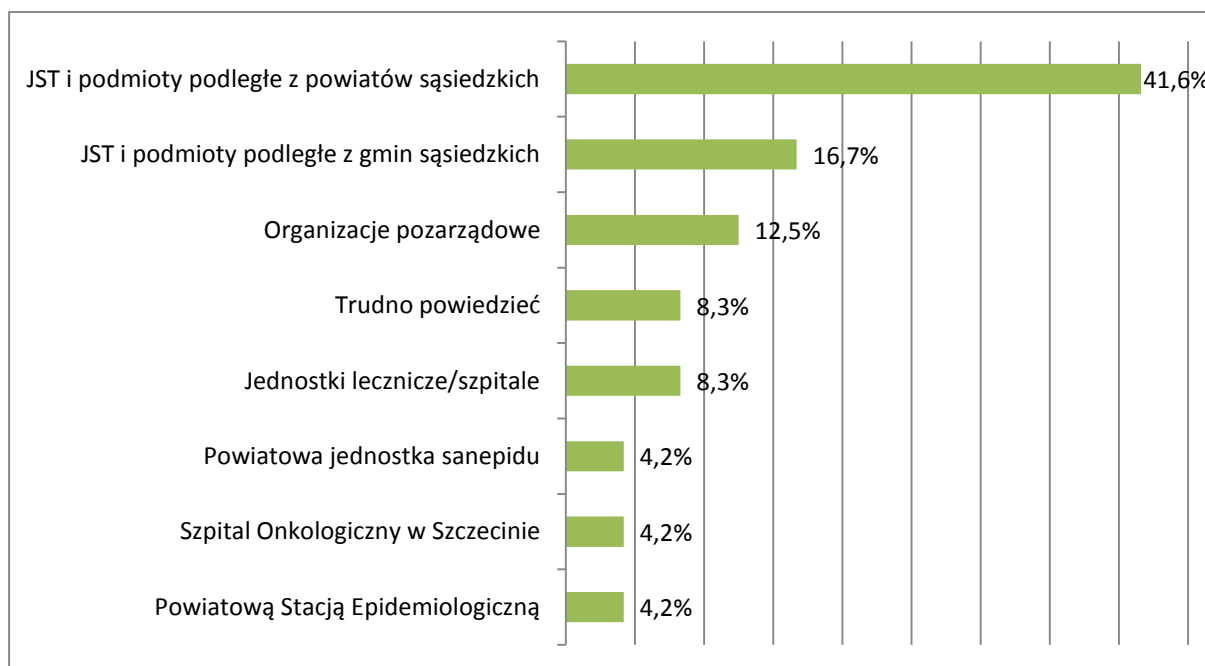
Obecnie wsparcie realizowane jest tylko w przypadku 42,9% programów w partnerstwie. Najczęściej partnerami są inne jednostki samorządowe oraz jednostki im podległe.

Wykres 10. Czy realizują Państwo jakieś programy zdrowotne w partnerstwie z innymi podmiotami?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=56

Wykres 11. Z jakim podmiotami realizują Państwo programy w partnerstwie?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=24

2.3 Programy polityki zdrowotnej zaopiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, które zostały zaopiniowane pozytywnie lub warunkowo

Zgodnie z Art. 31 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach²⁷, do zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) należy:

- realizacja zadań związanych z oceną świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:
 - wydawania rekomendacji w sprawie: – kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego, – określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego, – usuwania danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych,
 - opracowywania raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej,
 - opracowywania analiz weryfikacyjnych (o których mowa w art. 35 ustawy o refundacji);
- ustalanie taryfy świadczeń;
- opracowywanie propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów (o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31lc ust. 7);
- opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o metodologii przeprowadzania oceny technologii medycznych, technologiach medycznych opracowywanych w Rzeczypospolitej Polskiej i innych krajach oraz zasadach ustalania taryfy świadczeń;
- opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej;
- prowadzenie działalności szkoleniowej;
- realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wszystkie programy przedkładane Agencji Oceny Technologii Medycznych opiniowane są bezpłatnie.

Zaznaczyć należy, iż wydawana przez AOTM opinia nie ma charakteru wiążącego, lecz stanowi jedynie element, który musi zostać przeanalizowany przez podmiot zobowiązany do jej zasięgnięcia. Tym samym uzyskujący opinię podmiot nie jest związany treścią opinii i nie jest obowiązany do stosowania się do uwag w niej zawartych, a jedynie zobligowany do przeanalizowania i ewentualnie wzięcia wydanej opinii pod uwagę przy tworzeniu programu zdrowotnego.²⁸

Zalecenia Agencji Oceny Technologii Medycznych dotyczące dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego opracowane zostały za zaleceniami American Public Health Association²⁹. Zgodnie z nim, program zdrowotny powinien:

- być skierowany na jeden lub kilka wybranych problemów zdrowotnych, dokładnie określonych, możliwych do zmierzenia (oszacowania), którym można zapobiegać lub które

²⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późniejszymi zmianami – tekst ujednolicony opublikowany w: Dz.U. 2015 poz. 581

²⁸ Por. <http://aotm.gov.pl/www/index.php?id=211>

²⁹ Por. <http://aotm.gov.pl/www/index.php?id=212>. [American Public Health Association – Amerykańskie Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego – www.apha.org]

można modyfikować (np. ograniczać ryzyko) u członków wybranej grupy docelowej – czynników będących zagrożeniem dla stanu zdrowotnego lub jakości życia obywateli.

- uwzględniać szczególną charakterystykę, potrzeby i preferencje grupy docelowej. W szczególności proponowane świadczenia powinny być łatwo dostępne (oferowane we właściwym miejscu, porze dnia, dostępne finansowo, jeśli wymagają współpłacenia), tak aby były postrzegane jako przygotowane z myślą o końcowym odbiorcy.
- uwzględniać działania o udowodnionej skuteczności w zakresie danego problemu zdrowotnego w warunkach danej społeczności.
- uwzględniać optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów.
- od samego początku być zaplanowany, organizowany i wdrażany w takiej postaci, żeby można było ocenić jego efektywność.³⁰

Schemat, wymaganej przez AOTM struktury programu uwzględnia:

- Opis problemu zdrowotnego (w tym opis: problemu zdrowotnego, epidemiologii; populacji podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacji kwalifikująca się do włączenia do programu; obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu).
- Opis celów programu (w tym: cel główny; cele szczegółowe; oczekiwane efekty; mierniki efektywności odpowiadające celom programu).
- Opis adresatów programu - populacja programu (w tym: oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe; tryb zapraszania do programu).
- Opis organizacja programu (w tym: części składowe, etapy i działania organizacyjne; planowane interwencje; kryteria i sposób kwalifikacji uczestników; zasady udzielania świadczeń w ramach programu ; sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych; sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania; bezpieczeństwo planowanych interwencji; kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu; dowody skuteczności planowanych działań: opinie ekspertów klinicznych, zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wnioski, dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej, informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne).
- Opis planowanych kosztów (w tym: koszty jednostkowe, planowane koszty całkowite, źródła finansowania, partnerstwo, argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne).
- Opis monitorowanie i ewaluacji programu (w tym: oceny zgłaszalności do programu, oceny jakości świadczeń w programie, ocena efektywności programu).
- Okres realizacji programu.³¹

³⁰ Por. <http://aotm.gov.pl/www/index.php?id=212>.

³¹ Por.

http://aotm.gov.pl/www/assets/files/Schemat%20Programu%20Zdrowotnego/Szablon%20PZ_AnZ_JC_RK.pdf

Z informacji dostępnych na stronie AOTM, wynika iż w latach 2010-2015 Agencja Oceny Technologii Medycznych dokonała 1395 opinii samorządowych programów zdrowotnych w latach 2015-2010. Liczba opinii wydanych w kolejnych latach wynosiła odpowiednio:

- 2015- 289 opinii
- 2014 -288 opinii
- 2013 – 294 opinii
- 2012 – 270 opinii
- 2011 – 187 opinii
- 2010 – 67 opinii

Z przeprowadzonej analizy wynika, iż wśród opinii wydanych przez AOTM w latach 2015-2012³² 16 (1,4%) dotyczy programów przedłożonych przez jednostki samorządu terytorialnego z terenu województwa zachodniopomorskiego. Wśród złożonych przez zachodniopomorskie jednostki programów, 7 (43,8%) uzyskało pozytywną opinię AOTM, w tym 2 programy pod warunkiem uwzględnienia zawartych w opinii uwag. Do jednostek, których programy przedłożone zostały pod opinię AOTM należały: Gmina Mielno (4), Gmina Police (3), Gmina Miasto Szczecin (3), Miasto Koszalin (2), Gmina Nowe Warpno (2), Gmina Malechowo (1), Gmina i Miasto Sianów (1). Programy przedłożyło tym samym jedynie 7 z 114 gmin województwa zachodniopomorskiego (6,1%). Żaden z przedłożonych pod opinię AOTM programów, pomijając funkcjonujące na prawach powiatu Gminę Miasto Szczecin i Miasto Koszalin, nie został opracowany przez samorząd szczebla powiatowego. Szczegółowy wykaz zachodniopomorskich programów polityki zdrowotnej przedłożonych pod opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych prezentuje poniższa tabela 5.

Tabela 5. Wykaz programów polityki zdrowotnej przedłożonych pod opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych w latach 2015-2012 przez jednostki samorządu terytorialnego z terenu województwa zachodniopomorskiego

ROK	OCENA POZYTYWNA AOTM	NAZWA PROGRAMU	JEDNOSTKA PRZEDKŁADAJĄCA PROGRAM POD OPINIĘ AOTM
2015	TAK - WARUNKOWO	„Profilaktyka i prewencja chorób układu ruchu”	Gmina Malechowo
2014		„Program profilaktyki raka gruczołu krokowego”	Gmina Mielno
2013		„Szóstka na szóstkę – program profilaktyki zdrowotnej w zakresie stanu zdrowia jamy ustnej uczniów klas I szkół podstawowych na terenie Gminy i Miasta Sianów na lata 2013-2015”	Gmina i Miasto Sianów
2013		„Wczesne wykrywanie nowotworów płuc”	Gmina Miasto Szczecin
2013	TAK	„Program profilaktyki i promocji zdrowia na lata 2014-2020”	Gmina Mielno
2013	TAK	„Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV”	Gmina Mielno
2013		„Wczesne wykrywanie chorób i wad wrodzonych u niemowląt”	Gmina Miasto Szczecin

³² Opinie dla lat 2011-2010 dostępne na stronie aotm.gov.pl są zanonimizowane i nie pozwalają na identyfikację podmiotu opracowującego program i przedkładającego pod opinię.

2013	TAK	„Program profilaktyczny przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci po 2 r.ż. na terenie Gminy Nowe Warpno”	Gmina Nowe Warpno
2013		„Szczepienia dzieci przeciwko pneumokokom”	Gmina Mielno
2012		„Program profilaktyki – zapobieganie wadom wzroku u dzieci w wieku szkolnym”	Miasto Police
2012		„Program profilaktyki raka szyjki macicy na lata 2012-2015”	Miasto Koszalin
2012		„Zapobieganie i wykrywanie zaburzeń rozwoju somatycznego ze szczególnym uwzględnieniem nadwagi i otyłości”	Gmina Police
2012		„Program przeciwdziałania rakowi szyjki macicy w Gminie Nowe Warpno na rok 2012”	Gmina Nowe Warpno
2012	TAK	„Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie”	Gmina Miasto Szczecin
2012	TAK - WARUNKOWO	„Program profilaktyki raka szyjki macicy na lata 2012-2015”	Miasto Koszalin
2012	TAK	„Profilaktyczny program opieki psychoterapeutycznej ponadpodstawowej i ponadstandardowej kierowanej do osób uzależnionych od alkoholu, osób współuzależnionych i dorosłych dzieci alkoholików, mieszkańców gminy Police”	Gmina Police

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie: aotm.gov.pl

2.4 Stan przygotowania JST województwa zachodniopomorskiego do realizacji działań w obszarze zdrowia

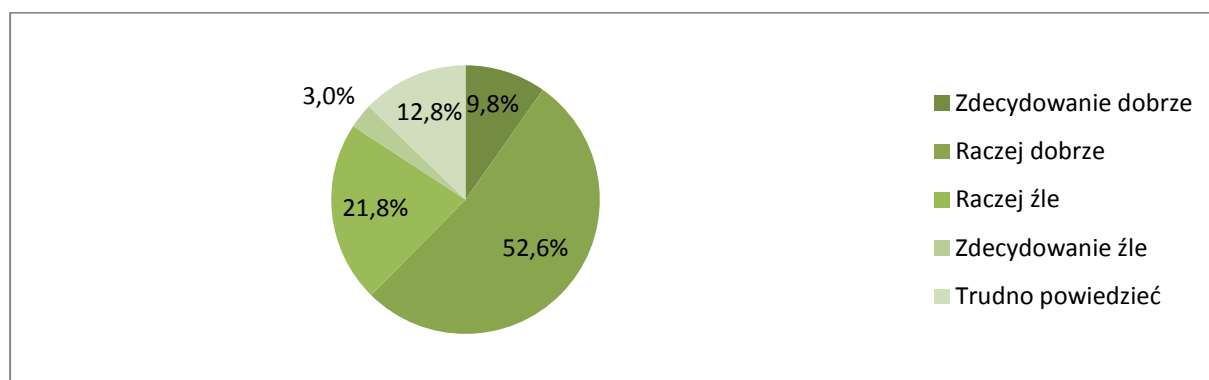
Zgodnie z informacjami zbieranymi i analizowanymi przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego, tendencje do podejmowania określonych działań przez samorządy terytorialne w obszarze ochrony zdrowia ulegały zmianom. Według wniosków formułowanych w roku 2014 obserwuje się konsekwentne, wieloletnie strategie działań, które koncentrują się przede wszystkim na zwiększaniu roli zadań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia, zaś redukcji uległy działania związane z pełnieniem funkcji organu tworzącego oraz działania związane z przekształceniami i prywatyzacją. Zbierane na poziomie regionu informacje sprawozdawcze z całego okresu realizacji Strategii sektorowej wskazują na brak komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za sprawy ochrony zdrowia w urzędach. Sytuacja ta diagnozowana jest jako jednoznacznie niekorzystna dla realizacji przyjętych celów i zamierzeń realizacji zadań samorządów w obszarze zdrowia i realizacji przyjętych celów strategii. Zebrane wnioski wskazują, iż samorządy nie podejmują w sposób wystarczający działań zmierzających do organizacji i prawidłowego funkcjonowania ochrony zdrowia na podległym terenie. Brak jest właściwego podejścia strategicznego do zarządzania obszarem zdrowia. Samorządy nie tylko nie zapoznają się ze Strategią Rozwoju Województwa i jej dokumentami operacyjnymi (w tym ochrony zdrowia), ale również w bardzo nielicznych przypadkach opracowują samodzielnie terytorialne, lokalne strategie rozwoju i zabezpieczenia opieki zdrowotnej, co jest równoznaczne z brakiem długofalowego planowania działań zmierzających do poprawy dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych oraz profilaktyki zdrowotnej, a tym samym warunków zdrowotnych mieszkańców. JST rzadko też biorą

udział w konsultacjach społecznych. Sprawy zdrowia często są traktowane jako zadanie dodatkowe do pełnienia innych ustawowych obowiązków. W gminach wyraźnie brakuje stanowisk, które w swoim zakresie kompetencji kierowałyby sprawami ochrony zdrowia (należy pamiętać, iż prywatyzacja podstawowej opieki zdrowotnej, nie zwolniła gmin z ich obowiązków ustawowych). Najczęstszym podejmowanym działaniem samorządów terytorialnych jest profilaktyka i promocja zdrowia. Co istotne, w perspektywie kolejnych lat zmniejszyła się współpraca JST z NFZ. Samorządy terytorialne nie mają jakiegokolwiek wpływu na system kontraktacji usług.³³

Wyniki prowadzonych w ramach Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego prowadzone za okres 2011-2012 wskazują, że większość powiatów i gmin nie posiadała opracowanego lokalnego programu w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.³⁴

W przeprowadzonym badaniu ilościowym, aby zdiagnozować potencjał beneficjentów perspektywy finansowej 2014-2020, spytano przedstawicieli wszystkich JST oraz wybranych celowo NGO i POZ o ocenę swojej jednostki. W przypadku urzędników z poziomu JST wynik wskazuje, że jednostki są – w ich ocenie – dobrze przygotowane do realizacji działań w obszarze usług zdrowotnych. Jedyne negatywne oceny dotyczą 32 JST z poziomu gmin i 1 JST z poziomu powiatu.

Wykres 12. Jak Pan/i ocenia ogólne przygotowanie Państwa jednostki do realizacji działań w obszarze zdrowia?

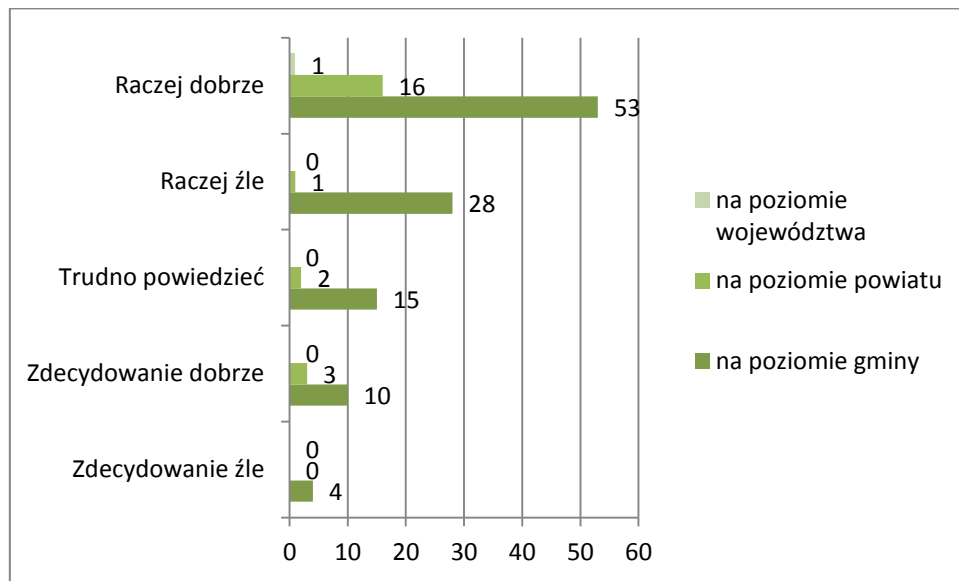


Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI N=133

³³ Por. Okresowe sprawozdanie z realizacji Strategii Sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego - rok 2014, Szczecin 2014

³⁴ Por. Okresowe sprawozdanie z realizacji Strategii Sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego - rok 2014, Szczecin 2014

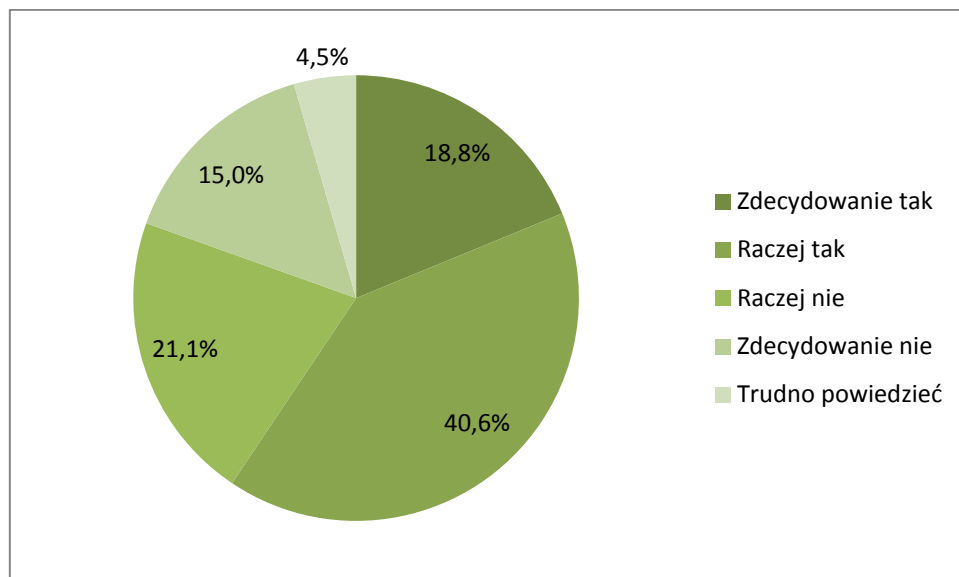
Wykres 13. Jak Pan/i ocenia ogólne przygotowanie Państwa jednostki do realizacji działań w obszarze zdrowia? – podział na rodzaj JST



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI N=133

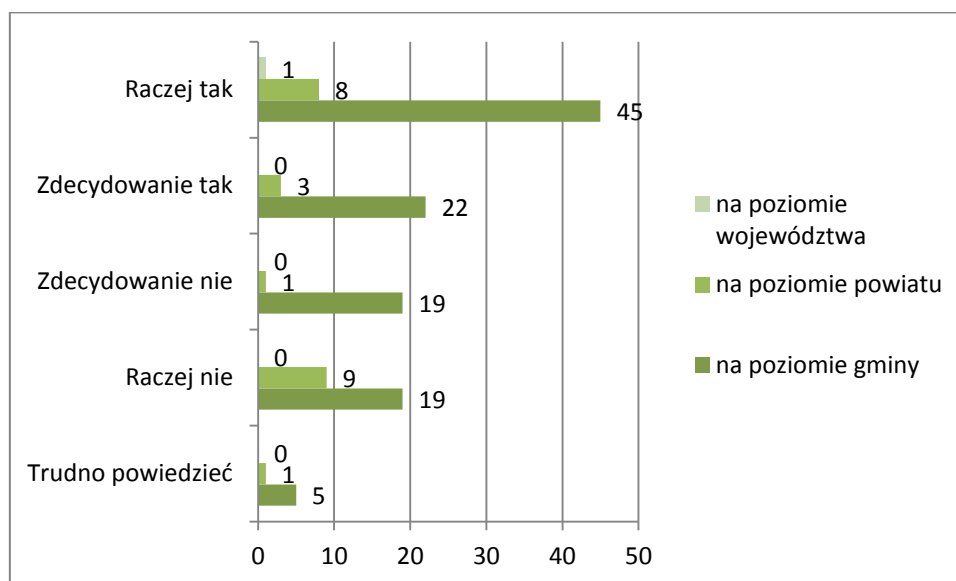
Przedstawiciele JST deklarują, że liczba pracowników do realizacji działań w obszarze zdrowia jest zdecydowanie (18,8%) lub raczej (40,6%) wystarczająca. Ten aspekt najgorzej wygląda na poziomie gmin – 38 wskazań, że liczba pracowników jest niewystarczająca.

Wykres 14. Czy liczba pracowników zaangażowanych w realizację działań w obszarze zdrowia w Państwa jednostce jest wystarczająca?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI N=133

Wykres 15. Czy liczba pracowników zaangażowanych w realizację działań w obszarze zdrowia w Państwa jednostce jest wystarczająca? – podział na rodzaj JST



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI N=133

Natomiast warto wskazać, iż w wywiadach jakościowych przedstawiciele jednostek samorządowych na poziomie gminnym niejednokrotnie podkreślali, iż jednostki nie są w pełni przygotowane do realizacji działań w obszarze zdrowia ze względu na **braki kadrowe** - tj. niewystarczającą liczbą pracowników dedykowanych do pracy w danym obszarze i zajmujących się wskazaną problematyką. Jak wynika z wywiadów, osoby zajmujące się tym obszarem niejednokrotnie są też obciążeni wieloma innymi zadaniami, co skutkuje niepełnym zaangażowaniem w realizację działań w obszarze zdrowia. Niejednokrotnie przedstawiciele jednostek samorządowych podkreślali, iż jest to **obszar traktowany marginalnie** właśnie ze względu na trudności natury organizacyjnej i liczbę innych zadań koniecznych do zrealizowania.

„To są zagadnienia dołączone do masy innych obowiązków. Myślę, że gdyby można było stworzyć, tak, jak mają w innych urzędach działy zajmujące się zdrowiem, sprawami zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. To wtedy te osoby być może mogłyby się skupić na tym, natomiast my mamy tak wiele zadań, ponieważ jest to referat spraw społecznych. Więc w naszym referacie jest i oświata i zdrowie i działalność gospodarcza i wszelkiego rodzaju zezwolenia alkoholowe, licencje, autobusy, przystanki, stypendia szkolne. Masa, masa, masa innych zadań. I to jest, jakieś utrudnienie, że jest zagadnienie trochę marginalne, ale nie wynika z braku zrozumienia. Ono wynika po prostu, z takiej możliwości organizacji. Nie ma miejsca żeby dołączyć to do jakiegokolwiek innego referatu. A też ograniczenie środków gminy, jeśli chodzi o finansowanie, jest takie, że jest tyle, a nie więcej etatów.”. [IDI_JST_GM_5]

Jak wskazują wypowiedzi respondentów, taki stan rzeczy niejednokrotnie wynika z **braku wystarczającej ilości środków finansowych**, które pozwoliłyby w pełni realizować zadania w tym obszarze i zaangażować większą liczbę pracowników do ich realizacji.

„Nie ma wyznaczonej konkretnej osoby, bo jednak wszystkie osoby zajmują się tak naprawdę priorytetowo tą edukacją. I sprawami społecznymi. Natomiast w sensie stricte zdrowie jest poniekąd koleżanka, ale no z racji tego, że z jednej strony środków nie ma, żeby ona czymś się

zajęta, To na to muszą być pieniądze, których w ogóle nie ma albo są takie śladowe”.
[IDI_JST_GM_4]

„Ja myślę, że tu przede wszystkim środki mają wpływ, chociaż nie powinno się na zdrowiu oszczędzać, zgodnie z powiedzeniem, no ale takie są realia, a nie inne”. [IDI_JST_GM_1]

Jak podkreślali niektórzy respondenci wywiadów, główny ciężar realizacji zadań w obszarze zdrowia **pozostaje w gestii powiatu**, który nadaje kierunek dla działań gmin leżących na terenie powiatu.

„Natomiast cały główny ciężar opieki zdrowotnej, w takim ogólnym zakresie u nas jest przeniesiony na powiat. Jeśli chodzi o gminę, to od czasu do czasu próbujemy, po pierwsze współpracujemy, jeżeli są jakieś organizowane akcje bądź też projekty przez inne placówki bądź też inne jednostki samorządu terytorialnego. Wówczas my współpracujemy. A poza tym, jeżeli chodzi o swoje własne działania to od czasu do czasu zdarzało się w poprzednich latach, że na przykład dofinansowywaliśmy badania dla osób obciążonych cukrzycą, czy jakimiś tam schorzeniami”. [IDI_JST_GM_5]

Warto zwrócić uwagę, iż przedstawiciele jednostek powiatowych wskazują z kolei na to, iż **inicjatywa działań w tym zakresie powinna raczej wypływać ze strony przedstawicieli jednostek na poziomie gminnym**, co jest dosyć ciekawym zjawiskiem. Taka sytuacja może wskazywać na brak porozumienia w tym zakresie pomiędzy poszczególnymi podmiotami i wzajemnego zrozumienia, określenia ról w systemie. Co ciekawe, zdaniem niektórych przedstawicieli jednostek samorządowych na poziomie powiatowym, to właśnie w gminach znajduje się większy potencjał do realizacji tego typu zadań.

„Jeżeli mówimy już o szkołach podstawowych, to musi być to gmina dlatego, że ona jest organem prowadzącym, tylko ze względu na to i na zgodę wyrażoną przez radę gminy można prowadzić takie programy. Takżeto gmina nas musi zaprosić, tak? Jako partnera, a nie my gminę, jeśli się zdecyduje realizować którykolwiek program.” [IDI_JST_POW_4]

„To powinno iść w drugą stronę, gmina powinna nas zaprosić, my nie możemy gminie narzucać. Ale jeśli chodzi o merytoryczne zabezpieczenie, do napisania projektu, potem jego ewaluacji, rozliczenia, czy wniosków o płatność i tak dalej, to w gminach jest lepszy potencjał kadrowy do tego rodzaju zadań.” [IDI_JST_POW_4]

Niejednokrotnie jednak przedstawiciele jednostek samorządowych na poziomie gminnym prezentowali pogląd, iż realizacja zadań z obszaru zdrowia nie znajduje uzasadnienia dla funkcjonowania w strukturze organizacyjnej urzędu gminy, a usytuowanie ich w zakresie zadań tych jednostek nie znajduje zrozumienia ze strony tej grupy pracowników.

„Że jeszcze tym się mamy zajmować, no nie. Po prostu wpisane jest tam to zdrowie w zakres działalności gminy, ale to jest tak trochę chyba na wyrost. Bo jak weszła ta reforma, sprywatyzowały się praktycznie wszystkie ZOZ, no to mi się wydaje, że gmina nie pasuje, kompletnie”. [IDI_JST_GM_6]

Istotnego znaczenia w tym kontekście nabiera również fakt, iż niejednokrotnie, zdaniem przedstawicieli gminnych jednostek samorządowych, **gminy nie dysponują odpowiednim zapleczem** i wystarczającą liczbą placówek realizujących działania z zakresu zdrowia na swoim terenie, a to sprawia, że zadania w tym obszarze nie mogą być w pełni wypełniane przy wykorzystaniu wyłącznie potencjału gminnego.

„Jeśli chodzi o tą opiekę zdrowotną, to aż przykro mówić. Taka duża gmina, ale na terenie gminy mamy tylko jeden ośrodek zdrowia, gdzie wynajmujemy pomieszczenia dla lekarza, który świadczy usługi pomocy medycznej, jako lekarz rodzinny. I tylko to. Tam przyjeżdżał lekarz, który świadczył usługi ze Stargardu. Razem z nim pracowała pielęgniarka i muszę panu powiedzieć, że zrezygnowali, bo po prostu zainteresowanie było niewielkie. Nie wiem z czego to wynika. Mieszkańcy, jak już uważali, że istnieje taka potrzeba, to woleli przyjechać tu do Stargardu, tu zapisać się do lekarza rodzinnego i korzystać z usług właśnie tych przychodni lekarzy, którzy są na terenie miasta. Może dlatego, że jak przyjechali, to od razu mieli możliwość wykonania badań. Nie zawsze, ale tak to wygląda na terenie gminy. Tak że tylko jeden ośrodek zdrowia, poza tym mieszkańcy korzystają tu z tych przychodni działających na terenie miasta”. [IDI_JST_GM_1]

Ocena potencjału gmin jest podobna wśród różnych grup badanych – gminy są w niskim stopniu przygotowane do realizacji programów polityki zdrowotnej. Jest to o tyle niepokojąca przesłanka, że specjaliści, lekarze, wskazują żeby wszelkie **wsparcie realizować właśnie „najbliżej”** odbiorców – czyli właśnie na poziomie gmin, a nawet szkół.

Warto poruszyć również w tym kontekście **kwestię współpracy** podejmowanej przez jednostki samorządowe z innymi podmiotami działającymi w obszarze zdrowia na terenie danego powiatu/gminy. Uwidacznia się w tym względzie fakt, iż niejednokrotnie respondenci wskazują na brak wypracowanej ścieżki działania w tym zakresie. Niejednokrotnie respondenci zwracali uwagę na fakt, iż współpraca ta nastrocza pewnych trudności, przez co istniejące możliwości i potencjał regionu nie może być w pełni wykorzystywany. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy, na który wskazują respondenci, może być **niewystarczający poziom komunikacji** i wymiany informacji pomiędzy tymi podmiotami, co znacznie utrudnia koordynację zadań w tym zakresie. Przedstawiciele jednostek samorządowych odwoływali się też do konkretnych przykładów działań, które nie zostały w pełni zrealizowane z powodu braku porozumienia i wystarczającej wymiany informacji pomiędzy podmiotami.

„To my dedykujemy zadania i mówimy, że chcemy, aby było to zrobione w taki i taki sposób, czyli konkretnie nazywamy zadanie i opisujemy jaki ma być cel. I czasami zdarza się tak, że do zadania nie zgłasza się nikt z organizacji pozarządowej. Więc to zadanie trafia do lamusa i na przyszły rok próbujemy je zrobić inaczej, inaczej opisać, ale też dowiadujemy się dlaczego to zadanie nie spotkało się z pozytywnym odbiorem. Czasami organizacje boją się sięgać po coś nowego, nie mają pomysłu, jak to zrobić albo zwyczajnie nie zadzwonią, bo gdyby zadzwoniły i zapytały, a co w ramach tego zadania i czy można to i to, to czasami po takiej rozmowie to zadanie możemy zmodyfikować i w drugim konkursie trochę inaczej je opisać i zostanie wzięte”. [IDI_JST_GM_3]

Warto również przedstawić w tym kontekście perspektywę przedstawicieli organizacji pozarządowych. Ta grupa, przyczyn takiej sytuacji, niejednokrotnie upatruje w braku dobrej woli ze strony przedstawicieli jednostek samorządowych oraz braku płaszczyzny do wspólnej dyskusji nad tymi obszarami, płaszczyzny wymiany dobrych pomysłów i idei.

„Dzisiaj brałam udział w debacie, która była związana z edukacją cukrzycową, gdzie na liście, wymienieni byli wszyscy decydenci z jednostek samorządów, dyrektorzy szpitali, naczelnicy, ludzie, którzy odpowiadają za to, żeby wdrażać dokładnie te wszystkie działania. Na sali dzisiaj spotkałam pacjentów ze stowarzyszeń zajmujących się chorobą, takich grup wsparcia.

Edukatorzy diabetologiczni, pielęgniarki, które zajmują się edukacją i pięcioro lekarzy. Nie było ani jednego decydenta, ani z poziomu lokalnego miasta, ani z poziomu lokalnego województwa. Czyli po prostu ci ludzie, którzy robią to wszystko i robią z pasją nie mieli, komu tego przekazać, żeby tamci znowu podjęli inicjatywę i powiedzieli, to my to logistycznie zorganizujemy". [IDI_NGO_ZD_1]

Jak wynika z wypowiedzi licznych respondentów wywiadów IDI, **brak sprawnego systemu przepływu informacji** pomiędzy poszczególnymi podmiotami zaangażowanymi w realizację działań w obszarze zdrowia jest jednym z poważniejszych trudności w zakresie działań w obszarze zdrowia i sprawia, że działania są często realizowane w sposób chaotyczny i nieskoordynowany. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest, zdaniem respondentów to, iż niejednokrotnie informacje istotne w kontekście takich działań nie docierają do odpowiednich odbiorców i nie są w odpowiednim wymiarze uwzględnione w planowaniu tych działań.

„Proszę zauważyć jedną rzecz. Od 2007 do 2015 był dokument, który był Ministerstwa Zdrowia - Narodowy Program Zdrowia. Według tego Narodowego Programu Zdrowia w skali makro powinny wszystkie samorządy lokalne projektować swoje programy profilaktyki zdrowotnej. A oni odwoływali się do statystyk GUS-u, ZUS-u i do wszystkich innych elementów, nie patrząc na ten dokument, który był dokumentem przewodnim. W tej chwili jest nowy Narodowy Program Zdrowia, który jest właściwie w fazie końcowej opracowania, bo powstała Ustawa o zdrowiu publicznym. Jakbym Pana teraz poprosiła, żeby Pan przeszedł do samorządów, do różnych decydentów, wydziały zdrowia, i zapytałby Pan czy istnieje ustawa o zdrowiu publicznym, to ja Panu rękę, że ¾ osób nie wiedziałoby w ogóle, że Pan prezydent podpisał tę ustawę. Nie ma tej sieci przekazu informacji choćby w systemie informatycznym, do wszystkich odpowiedzialnych jednostek, które są na poziomie gmin, że taka ustawa się pojawiła, że to jest kryterium i wytyczna do tego, żeby się opierać o Narodowy Program Zdrowia i o wytyczne ustawy". [IDI_NGO_ZD_1]

Wyniki przeprowadzonych badań fokusowych także wskazują, iż przedstawiciele JST na poziomie gmin również przeciętnie oceniają swoje możliwości dotyczące realizacji działań w obszarze ochrony zdrowia. Podyktowane jest to tym, ich zdaniem, że na terenach gmin jest mało punktów publicznej służby zdrowia, a na ich terenach przeważają niepubliczne jednostki. W odróżnieniu od gmin, uczestnicy sesji fokusowych reprezentujący JST na szczeblu powiatowym sugerowali, że są dobrze przygotowani do realizowania zadań z obszaru ochrony zdrowia.

„O3: Generalnie środków na zdrowie, jak wiemy, jest i tak mało. Akurat w gminie nie posiadamy publicznej służby zdrowia, tylko niepubliczną. Zresztą chyba w każdej gminie jest podobnie." [FGI_Koszalin_JST_GM]

„O1: Bardzo ważne są wszelkiego typu zagadnienia związane z ochroną zdrowia, powiat koszaliński przykładą dużą wagę do profilaktyki zdrowia mieszkańców." [FGI_Koszalin_JST_POW]

Gminy upatrują problem z realizacją zadań w obszarze ochrony zdrowia w niewystarczającym budżecie, jakim operują, który dodatkowo muszą dzielić pomiędzy inne strefy funkcjonowania gminy. Przy czym często stoją przed dylematem, jakie potrzeby są najpilniejsze i gdzie muszą podjąć dodatkowe działania.

„O8: To ja jeszcze może powiem z poziomu gmin, jednostek samorządu, że ja uważam, że oczywiście są niedostatecznie te zadania realizowane. Ale wynika to przede wszystkim z braku środków finansowych. (...) Jeżeli mam w budżecie zaplanowane kilka tysięcy, to ja przecież nie przeprowadzę żadnego programu szczepień, ochrony, bo mi na to nie starczy pieniędzy.

A gminy są bardzo biedne. Jest na nie zrzucane coraz więcej zadań i to zdrowie jest tak spychane gdzieś tam.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

2.5 Istniejący potencjał administracyjny, w tym zasoby ludzkie instytucji, w kontekście oceny zasobów do realizacji planowanych działań w obszarze zdrowia współfinansowanych ze środków EFS

W ramach projektu Program Strategiczny Ochrona Zdrowia zaprezentowano wyniki analizy SWOT obszaru zdrowia w regionie. W obrębie analizy słabych strony obszaru promocji i profilaktyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim wskazano:

- Zbyt małą populację mieszkańców objętych badaniami profilaktycznymi,
- Brak wystarczającej ilości środków finansowych na realizację kompleksowych projektów profilaktycznych obejmujących całe województwo,
- Nierówną dostępność do usług zdrowotnych, w tym terapii uzależnień,
- Niewystarczającą sprawność i strukturę systemów umożliwiających współpracę pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia i innymi instytucjami w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.
- Niewystarczającą diagnostykę i profilaktykę w grupach ryzyka HIV/AIDS i STD,
- Niewystarczające, mało wiarygodne narzędzia do analizy i badania zjawiska uzależnień oraz efektów przeciwdziałania im,
- Niedostateczne przystosowanie kadr medycznych do nowych możliwości w zakresie prewencji zdrowotnej.

W zakresie problemów (słabe strony) w obszarze zasobów i dostępności systemu ochrony zdrowia w analizie stwierdzono:

- Nieprawidłową strukturę łóżek leczenia krótkoterminowego, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej,
- Nierównomierne rozmieszczenie placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na terenie województwa,
- Nierównomierne rozmieszczenie aparatury wysokospecjalistycznej na terenie województwa,
- Niedostateczne wykorzystanie posiadanych zasobów szpitalnych,
- Brak placówki/oferty leczenia dzieci i młodzieży z tzw. „podwójną diagnozą” uzależnionej od substancji psychoaktywnych i zaburzeniami psychicznymi,
- Brak psychiatrycznej opieki środowiskowej,
- Brak wielospecjalistycznej placówki opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem,
- Niepełne dostosowanie pomieszczeń do wymogów techniczno-sanitarnych z powodu zabytkowych i przestarzałych budynków podmiotów leczniczych,
- Niedostatecznie przygotowanie części kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi do nowych możliwości rozwojowych,
- Brak motywacji pracowników jednostek do podnoszenia jakości usług medycznych,

- Niedostateczna dostępność kadr medycznych do kształcenia podyplomowego,
- Wewnętrzny opór pracowników szpitali przed zmianami,
- Mało zaawansowany stopień przekształceń własnościowych.³⁵

Zgodnie z zapisami SOOP RPO WZ 2014-2020, opracowanie możliwych do realizacji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej nie może być finansowane ze środków EFS. Zakres cross-finansingu w odniesieniu do Działania 6.8 i 7.7 wyznaczony został na poziomie do 10% całkowitych wydatków kwalifikowanych projektu. Dopuszczalna maksymalna wartość zakupionych środków trwałych w odniesieniu do obu Działań nie może wynosić więcej, niż 10%. System zaliczek zgodnie z SOOP uregulowany ma zostać zgodnie z wytycznymi stanowiącymi odrębny dokument.³⁶

Według stanu na 31.XII.2013 w regionie funkcjonowało:

- 48 szpitali ogólnych,
- 3 szpitale psychiatryczne,
- 3 ośrodki leczenia odwykowego,
- 6 ośrodków rehabilitacyjnych dla narkomanów,
- 17 podmiotów/oddziałów: pielęgnacyjno – opiekuńczych, opiekuńczo–lecniczych, pielęgnacyjno–opiekuńczych psychiatrycznych, opiekuńczo–lecniczych psychiatrycznych,
- 2 hospicja.

Ogólna liczba łóżek w lecznictwie stacjonarnym wynosiła 9 598, z czego 8 110 w szpitalach ogólnych, 570 w stacjonarnych podmiotach psychiatrycznych i 918 w stacjonarnych podmiotach opieki długoterminowej.³⁷

Najnowsze dane GUS ukazują, iż w 2014 funkcjonowało już tylko 50 szpitali, oferujących 8352 łóżka szpitalne. Według danych za rok 2014, w funkcjonujących na terenie regionu szpitalach leczono 351048 osób (o 2,3% więcej niż roku 2013) i 368394 pacjentów z uwzględnieniem ruchu międzyoddziałowego (o 1,5% więcej niż roku 2013).³⁸

W 2013 roku wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności dla szpitali ogólnych w województwie wynosił 47,2. Wskaźnik ten osiągał najbardziej korzystne wartości w mieście Szczecinie (83,4), powiecie choszczeńskim (77,5) i białogardzkim (66,9). Najgorsza sytuacja panowała w powiecie łobeskim (4,0), gryfińskim (9,7) i kamieńskim (20,4). Statystyki działalności oddziałów szpitali ogólnych ukazują, iż największe wykorzystanie łóżek dotyczy: oddziałów geriatrycznych (100,1%), psychiatrycznych (99,3%), rehabilitacyjnych (92,2%). Najmniejsze natomiast na oddziałów alergologicznych (5,3%), leczenia jednego dnia (15,5%) i chirurgii szczękowo-twarzowej (31,4%).

W regionie w 2013 obserwowane było znaczne zróżnicowanie wskaźnika wykorzystania łóżek w poszczególnych powiatach. Najwyższy wskaźnik stwierdzono w powiecie polickim (78,4%), kołobrzeskim (75,8%), białogardzkim (74,5%), choszczeńskim (72,6%), a najniższy w powiecie pyrzyckim (39,8%), goleniowskim (41,5%), drawskim (41,9%) i świdwińskim (43,4%). Szpitale

³⁵ Por. Projekt Program Strategiczny Ochrona Zdrowia, Szczecin 2013

³⁶ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, wersja z 2.0 – 28 września 2015 r.

³⁷ Por. Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2014

³⁸ Por. BDL, stat.gov.pl

zlokalizowane w Szczecinie gwarantowały 42,0% wszystkich rzeczywistych łóżek w regionie.³⁹ Szczegółową liczebność szpitali ogólnych w poszczególnych powiatach wraz z rzeczywistą liczbą dostępnych w nich łóżek w roku 2013 prezentuje Tabela 1.

Tabela 6 Liczba szpitali ogólnych w poszczególnych powiatach województwa zachodniopomorskiego wraz z liczbą dostępnych łóżek w roku 2013.

POWIATY	LICZBA SZPITALI	LICZBA ŁÓŻEK RZECZYWISTYCH		% ŁÓŻEK RZECZYWISTYCH W REGIONIE
		OGÓŁEM	NA 10 TYS. LUDNOŚCI	
M. KOSZALIN	5	711	65,1	8,8%
M. SZCZECIN	15	3 404	83,4	42,0%
M. ŚWINOUJŚCIE	1	117	28,3	1,4%
BIAŁOGARDZKI	2	327	66,9	4,0%
CHOSZCZEŃSKI	1	387	77,5	4,8%
DRAWSKI	2	208	35,6	2,6%
GOLENIOWSKI	2	266	32,3	3,3%
GRYFICKI	2	364	59,0	4,5%
GRYFIŃSKI	1	81	9,7	1,0%
KAMIEŃSKI	2	98	20,4	1,2%
KOŁOBRZESKI	1	425	53,4	5,2%
ŁOBESKI	1	15	4,0	0,2%
MYŚLIBORSKI	2	256	37,8	3,2%
POLICKI	1	181	24,3	2,2%
PYRZYCKI	1	120	29,6	1,5%
SŁAWIEŃSKI	1	166	28,7	2,0%
STARGARDZKI	2	307	25,4	3,8%
SZCZECINECKI	4	223	28,2	2,7%
ŚWIDWIŃSKI	1	107	22,0	1,3%
WAŁECKI	1	347	63,6	4,3%
WOJEWÓDZTWO	48	8 110	47,2	100,0%

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o. o. na podstawie: Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2014

Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego jest właścicielem 14 zakładów opieki zdrowotnej na terenie województwa, tj.:

- 11 jednostek opieki stacjonarnej, w tym:

- 8 szpitali wielospecjalistycznych:
 - Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie
 - Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie Zdrojach
 - Specjalistyczny Szpital im. Prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie Zdunowie
 - Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie
 - Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie
 - Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespól Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie
 - Samodzielny Publiczny Zespól Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach
 - Regionalny Szpital w Kołobrzegu
- 1 zakład opiekuńczo-leczniczy (SPZOZ "Leśna Ustroń" w Tucznie)

³⁹ Por. Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2014

- 1 ośrodek terapii uzależnień (SPZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie)
- 1 szpital uzdrowiskowy (Willa Fortuna SPZOZ w Kołobrzegu)

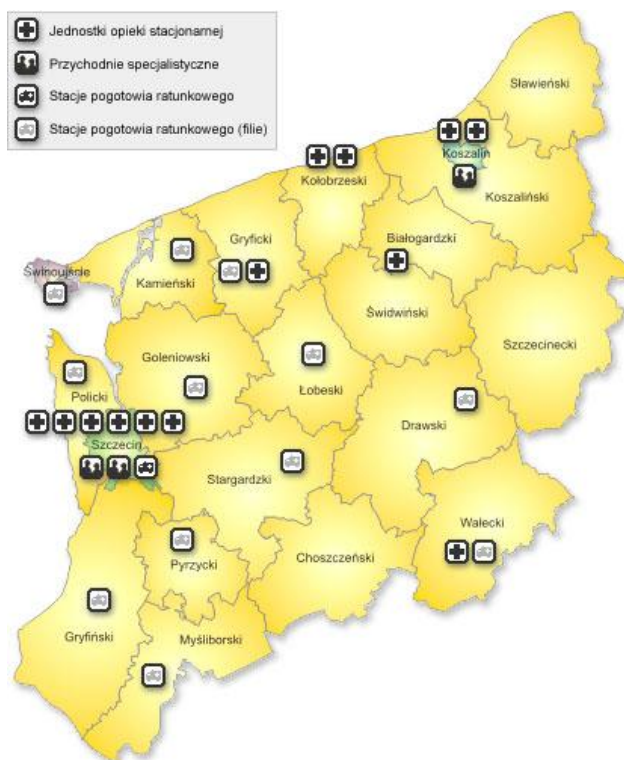
- 2 jednostek opieki ambulatoryjnej (przychodnie):

- Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy - Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie
- Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Koszalinie

- 1 stacji pogotowia ratunkowego wraz z filiami⁴⁰

Lokalizację jednostek ochrony zdrowia należących Samorządowi Województwa Zachodniopomorskiego ukazuje Mapa 5.

Mapa 5 Lokalizacja jednostek ochrony zdrowia należących do Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego



Źródło: <http://www.wz.wzp.pl/jednostki-ochrony-zdrowia-nalezace-do-samorzadu-województwa-zachodniopomorskiego>

W skali regionu obserwować można zróżnicowany dostęp do poszczególnych typów oddziałów specjalistycznych wynikający z prowadzonej przez szpitale ogólne działalności.

Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego podkreśla zróżnicowanie w dostępie pacjentów do niektórych specjalistów. Rozmieszczenie sieci niektórych poradni specjalistycznych w województwie jest nierównomierne.⁴¹

⁴⁰ Por. <http://www.wz.wzp.pl/jednostki-ochrony-zdrowia-nalezace-do-samorzadu-województwa-zachodniopomorskiego>

⁴¹ Por. Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego, Szczecin 2001

Najdłuższy czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w województwie zachodniopomorskim odnotowano w następujących obszarach leczenia szpitalnego:

- oddział chirurgii naczyniowej
- endoprotezoplastyka stawu biodrowego
- endoprotezoplastyka stawu kolanowego
- oddział rehabilitacyjny
- oddział urazowo-ortopedyczny
- zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)
- oddział leczenia oparzeń

Najwięcej osób oczekiwało na świadczenie zdrowotne w zakresie:

- zabiegów w zakresie soczewki (zaćma)
- oddziałów rehabilitacyjnych
- badań rezonansu magnetycznego
- badań endoskopowych
- endoprotezoplastyka stawu kolanowego
- badań TK
- oddział urazowo-ortopedyczny⁴²

Rehabilitacja lecznicza stacjonarna była realizowana w 2012 r. w 7 szpitalach ogólnych na terenie województwa zachodniopomorskiego, zlokalizowanych w: Szczecinie (2), Białogardzie, Choszcznie, Gryficach, Kołobrzegu, Stargardzie Szczecińskim. Ponadto, świadczenia kontraktowane były w Uzdrowisku Kamień Pomorski i Świnoujście, w Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSW w Złocięncu, Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Tucznie oraz w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Międzywodziu. W 2012 r. w województwie zachodniopomorskim było 666 łóżek w oddziałach rehabilitacji leczniczej (wskaźnik 3,9 na 10 tys. ludności), co stanowiło wynik lepszy o 233 łóżka w porównaniu do roku 2002 (do łącznej liczby łóżek rehabilitacyjnych – 666 - zaliczano ok. 100 łóżek funkcjonujących w resortowych szpitalach, które nie są wykazywane w ogólnie dostępnej statystyce województwa⁴³).⁴⁴ Według statystyk ZUW w roku 2013 w oddziałach rehabilitacyjnych było 588 łóżek. Łącznie w ciągu roku na oddziałach tych leczone były 8083 osoby. Funkcjonujące w ramach przychodni specjalistycznych ośrodki rehabilitacji dziennej oferowały na koniec 2013 roku 578 miejsc (3703 leczone osoby). Ośrodki rehabilitacji dziennej zlokalizowane były w obrębie powiatów: Miasto Szczecin, Miasto Koszalin, powiaty myśliborski, sławieński, szczecinecki. Długoterminowa opieka domowa objęła w regionie 1871 osób i realizowana była w obrębie 17 powiatów (poza powiatem: gryfickim, koszalińskim, sławieńskim i świdwińskim). W roku 2013 zmniejszyła się liczba stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej (o 6). W regionie funkcjonowały 3 stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej oferujące 550 łóżek. Statystyki stacjonarnych ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w obrębie statystyk podmiotów psychiatrycznych

⁴² Por. Okresowe sprawozdanie z realizacji Strategii Sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego - rok 2014, Szczecin 2014

⁴³ Liczba funkcjonujących miejsc świadczenia usług rehabilitacyjnych oraz liczba leczonych objętych rehabilitacją wykazywanych w statystyce medycznej Urzędu Statystycznego jest niższa od faktycznie zrealizowanych świadczeń zakontraktowanych i finansowanych ze środków publicznych przez NFZ.

⁴⁴ Por. Okresowe sprawozdanie z realizacji Strategii Sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego - rok 2014, Szczecin 2014

wykazywały w skali regionu 236 łóżek, w ramach których leczonych było w roku 761 osób. Ośrodki te zlokalizowane były w powiecie drawskim, goleniowskim, kołobrzesckim, koszalińskim i łobeskim.⁴⁵

Informacje o liczbie zawartych w roku 2015 umów przez NFZ wskazują, iż finansowane ze środków Funduszu usługi rehabilitacji medycznej realizowane są przez 93 świadczeniodawców z terenu całego regionu.⁴⁶ Szczegółowy wykaz miejscowości wraz z liczbą funkcjonujących w ich obrębie świadczeniodawców ukazuje Aneks nr 3.

Zgodnie z uwagami metodycznymi Urzędu Statystyczny w Szczecinie i Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego, skalę potencjału kadrowego personelu medycznego powinno oceniać się w oparciu o liczbę personelu pracującego w głównym miejscu pracy. Bazując na wartościach tego wskaźnika, w roku 2013 w województwie zachodniopomorskim zatrudnionych było 4049 lekarzy (w tym 3182 lekarzy posiadających specjalizację), 720 lekarzy dentyków, 7475 pielęgniarek (łącznie z pielęgniarkami z wyższym wykształceniem), oraz 839 położnych (łącznie z położnymi z wyższym wykształceniem). Wartość wskaźnika *Liczba pracujących lekarzy przypadająca na 10 tys. mieszkańców* wynosiła w regionie 23,6. Wskaźnik ten osiągał najbardziej korzystne wartości w Szczecinie (51,5), Koszalinie (33,3) oraz powiecie kołobrzesckim (24,2). Relatywnie najgorsza sytuacja z uwagi na liczbę lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców dotyczyła w roku 2013 powiatu koszalińskiego (3,5), gryfińskiego (6,9) i łobeskiego (8,4). Z grona lekarzy specjalistów, najwięcej lekarzy posiadało specjalizację z zakresu: chorób wewnętrznych (414), medycyny rodzinnej (329) oraz położnictwa i ginekologii (254).⁴⁷ Dane na temat liczby lekarzy poszczególnych specjalności oraz pozostałych specjalistów zatrudnionych w regionie ukazuje Aneks nr 2 do niniejszego raportu.

Liczba pracującego personelu medycznego wykazanego we wszystkich miejscach pracy⁴⁸ w regionie wynosiła w roku 2013: 7297 lekarzy, 1 098 lekarzy dentyków, 8 574 pielęgniarek (łącznie z pielęgniarkami z wyższym wykształceniem), 246 diagnostów laboratoryjnych, 1 011 położnych (łącznie z położnymi z wyższym wykształceniem), 176 ratowników medycznych, 639 fizjoterapeutów, 62 dietetyków, 206 psychologów, 47 terapeutów zajęciowych, 84 logopedów.

W poradniach specjalistycznych, we wszystkich miejscach pracy pracowało 2829 specjalistów oraz 982 dentyków.

Z informacji gromadzonych przez Wojewodę Zachodniopomorskiego wynika, iż opieka profilaktyczna i zdrowotna nad uczniami w szkołach w roku szkolnym 2012/2013 realizowana była łącznie przez 97 podmiotów, z czego większość (60 podmiotów; 61,9%) stanowiły podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami. Podmioty prywatne sprawowały opiekę nad uczniami na terenie każdego z powiatów województwa. W wypadku 6 powiatów (białogardzki, koszaliński, pyrzycki, sławieński, szczecinecki, Miasto Szczecin) opiekę tę sprawowały również podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami (6 podmiotów). Opieka sprawowana przez 31 indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i higienistek szkolnych realizowana była na terenie 12 powiatów. Liczba dzieci

⁴⁵ Por. Por. Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2014

⁴⁶ Por. aplikacje.nfz.gov.pl

⁴⁷ Por. Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2014

⁴⁸ Wg tej metodyki pomiaru możliwe jest wielokrotne wykazanie tej samej osoby zatrudnionej w różnych podmiotach.

i młodzieży będących pod opieką pielęgniarek i higienistek szkolnych według typu, rodzaju i lokalizacji szkoły w poszczególnych powiatach wynosiła ogółem 208776 osób, z czego grupę tą w 49,6% stanowili uczniowie szkół podstawowych, w 23,0% gimnazjów, 11,8% liceów, 10,3 techników, 3,7 szkół zawodowych i 1,6% szkół specjalnych.⁴⁹

Dostępność gabinetów profilaktycznych w szkołach w roku szkolnym 2012/2013 w skali województwa wynosiła 86,3% i różnicowała się w poszczególnych powiatach regionu. W wypadku 6 powiatów (białogardzki, gryficki, pyrzycki, stargardzki, Miasto Koszalin, Miasto Świnoujście) odsetek szkół posiadających gabinet wynosił 100%. Najmniejsza dostępność gabinetów profilaktycznych dotyczyła szkół zlokalizowanych w powiatach: kołobrzeskim (60,9%), koszalińskim (53,7%), wałeckim (48,6%). Mediana wartości wskaźnika dostępności gabinetów profilaktycznych w szkołach dla poszczególnych powiatów wynosiła 81,8%.⁵⁰

Wartość wskaźnika *Liczba uczniów przypadająca na 1 pielęgniarski etat przeliczeniowy* wynosi w skali województwa 686,8. Wskaźnik ten różni się dla szkół zlokalizowanych w poszczególnych zachodniopomorskich powiatach. Najbardziej korzystne wartości odnotowywane są w powiatach: szczecineckim (475,7), gryfińskim (503,4) i polickim (557). Najwyższe wartości tego wskaźnika dotyczą: Miasta Koszalin (906,1), powiatu stargardzkiego (863) oraz powiatu myśliborskiego (839,2).⁵¹

Jak wynika z danych zbieranych przez Wojewodę Zachodniopomorskiego, skala realizacji programów profilaktycznej opieki zdrowotnej i testów przesiewowych w szkołach przebiega w sposób niejednorodny w poszczególnych powiatach województwa. W wypadku testów przesiewowych w skali regionu badania te obejmują 98,8% uczniów (w tym 99,9% uczniów kształcących się w szkołach zlokalizowanych na terenach wiejskich). Relatywnie najmniej korzystna sytuacja obserwowana jest w powiecie polickim i białogardzkim, gdzie odsetek uczniów objętych testami przesiewowymi wynosi odpowiednio 90,2% i 96,1%. Dużo większe zróżnicowanie obserwować można w wypadku skali realizacji szkolnych programów edukacji zdrowotnej. Odsetek szkół, na terenie, których realizowane są te programy waha się w poszczególnych powiatach od 45,1% (powiat gryfiński) do 100% (powiat kamieński, koszaliński, łobeski, stargardzki, szczecinecki, świdwiński, Miasto Koszalin, Miasto Świnoujście). Mediana wartości tego wskaźnika wynosi dla poszczególnych powiatów województwa 96,4%. Wartości uśrednione dla regionu ukazują relatywnie gorszą średnią wartość tego wskaźnika dla szkół zlokalizowanych na wsi (89,1% względem 93,3% na terenach miejskich), nie mniej jednak z uwagi na znaczne zróżnicowanie tej sytuacji w poszczególnych powiatach należy w dość ostrożny sposób podchodzić do generalizowania tych uśrednionych wyników i przy wyciąganiu wniosków na temat oceny sytuacji w większym stopniu kierować się specyfiką poszczególnych powiatów, których zróżnicowanie jest, z uwagi na wartość tego wskaźnika, dość znaczne. Powyższe zróżnicowanie obserwować można również w kontekście wartości wskaźnika *odsetek uczniów objętych szkolnymi programami edukacji zdrowotnej*. Najniższe wartości tego wskaźnika dotyczą powiatów: gryfińskiego (32,5%), gryfickiego (52,0%), i pyrzyckiego (56,4%). Co istotne, nie zawsze programy, które obejmują wszystkie placówki w danym powiecie wiążą się z wysoką wartością wskaźnika dot. odsetka uczniów

⁴⁹ Por. Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2013, ZUW Szczecin 2014

⁵⁰ Por. Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2013, ZUW Szczecin 2014

⁵¹ Por. Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2013, ZUW Szczecin 2014

objętych tymi programami (w powiecie koszalińskim programami objętych jest 78,1% uczniów i tylko 58% w szkołach zlokalizowanych na terenach miejskich). Pomimo relatywnie mniejszego odsetka uczniów objętych tymi programami w szkołach zlokalizowanych na terenach wiejskich (80,6% względem 88,7% na terenach miejskich) uwagę zwraca znaczne zróżnicowanie sytuacji w poszczególnych powiatach utrudniające jednoznaczną generalizację.⁵² Charakterystyka profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej przez pielęgniarki i higienistki szkolne w poszczególnych powiatach województwa zachodniopomorskiego z uwzględnieniem szkół na terenach miejskich i wiejskich regionu prezentuje Tabela 7.

Tabela 7 Charakterystyka profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej przez pielęgniarki i higienistki szkolne (odsetek uczniów objętych testami przesiewowymi i programami edukacji zdrowotnej w szkołach zlokalizowanych w poszczególnych powiatach województwa zachodniopomorskiego z uwzględnieniem szkół na terenach miejskich i wiejskich regionu).

	TESTY PRZESIEWOWE			SZKOLNE PROGRAMY EDUKACJI ZDROWOTNEJ					
	SZKOŁY OGÓŁEM	SZKOŁY W MIEŚCIE	SZKOŁY NA WSI	SZKOŁY OGÓŁEM		SZKOŁY W MIEŚCIE		SZKOŁY NA WSI	
	ODSETEK UCZNIÓW ZBADANYCH	ODSETEK UCZNIÓW ZBADANYCH	ODSETEK UCZNIÓW ZBADANYCH	ODSETEK WSZYSTKICH SZKÓŁ	ODSETEK WSZYSTKICH UCZNIÓW	ODSETEK WSZYSTKICH SZKÓŁ	ODSETEK WSZYSTKICH UCZNIÓW	ODSETEK WSZYSTKICH SZKÓŁ	ODSETEK WSZYSTKICH UCZNIÓW
BIAŁOGARDZKI	96,1%	96,1%	96,2%	90,0%	92,5%	85,0%	92,0%	100,0%	94,3%
CHOSZCZEŃSKI	99,4%	99,6%	98,7%	91,2%	80,9%	89,5%	77,8%	93,3%	90,0%
DRAWSKI	98,8%	98,7%	100,0%	96,4%	92,0%	100,0%	95,6%	88,9%	63,7%
GOLEŃOWSKI	102,1%	99,6%	109,0%	94,9%	94,1%	90,9%	93,9%	100,0%	94,5%
GRYFICKI	98,9%	99,1%	98,4%	75,0%	52,0%	64,0%	51,1%	87,0%	53,9%
GRYFIŃSKI	99,9%	99,9%	100,0%	45,1%	32,5%	60,0%	33,3%	30,8%	31,1%
KAMIEŃSKI	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	97,5%	100,0%	99,0%	100,0%	93,6%
KOŁOBRZESKI	99,9%	99,9%	100,0%	84,8%	90,9%	95,7%	91,1%	73,9%	90,2%
KOSZALIŃSKI	99,4%	98,7%	100,0%	100,0%	78,1%	100,0%	58,0%	100,0%	92,0%
ŁOBESKI	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
MYŚLIBORSKI	99,0%	99,6%	97,0%	97,9%	95,0%	96,0%	95,2%	100,0%	94,5%
POLICKI	90,2%	87,8%	95,2%	85,3%	83,4%	72,2%	73,9%	100,0%	99,6%
PYRZYCKI	99,9%	99,9%	99,9%	83,3%	56,4%	81,0%	53,7%	86,7%	59,8%
SŁAWIEŃSKI	99,8%	99,3%	100,4%	85,1%	78,0%	100,0%	92,0%	78,8%	63,2%
STARGARDZKI	99,6%	99,6%	99,8%	100,0%	99,8%	100,0%	99,8%	100,0%	100,0%
SZCZECINECKI	98,9%	98,9%	98,9%	100,0%	94,3%	100,0%	94,6%	100,0%	93,1%
ŚWIDWIŃSKI	99,0%	98,8%	99,5%	100,0%	88,7%	100,0%	91,8%	100,0%	82,5%
WAŁECKI	100,0%	100,0%	100,0%	94,3%	93,5%	90,9%	91,7%	100,0%	100,0%
M. KOSZALIN	99,8%	99,8%	-	100,0%	97,6%	100,0%	97,6%	-	-
M. SZCZECIN	97,9%	97,9%	-	98,2%	93,2%	98,2%	93,2%	-	-
M. ŚWINOUJŚCIE	98,0%	98,0%	-	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	-	-
RAZEM WOJEWÓDZTWO	98,8%	98,6%	99,9%	91,8%	87,2%	93,3%	88,7%	89,1%	80,6%

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie: Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2013, ZUW Szczecin 2014

Badaniami bilansowymi w województwie zachodniopomorskim objęto 76718 uczniów (tj. 89,9%), z czego 89,7% uczniów szkół zlokalizowanych w mieście i 91,3% uczniów szkół zlokalizowanych na terenach wiejskich. Efektywność realizacji badań bilansowych dla poszczególnych grup wiekowych (rozumiana jako odsetek przebadanych uczniów) różnicuje się w poszczególnych powiatach i osiąga najniższe wartości w ramach badań uczniów klasy I szkoły ponadgimnazjalnej (16 lat). W skali regionu badania bilansowe zrealizowane wśród: uczniów klasy „0” – 6 lat, obejmują 93,5% uczniów (w tym 93,8% na terenach miejskich i 79,4% na terenach wiejskich); uczniów klasy III - 10 lat obejmują 92,7% uczniów (w tym 93,0% na terenach miejskich i 82,0% na terenach wiejskich); uczniów klasy I gimnazjum - 13 lat obejmują 89,3% uczniów (w tym 89,3% na terenach miejskich i 88,3% na terenach wiejskich); uczniów klasy I szkoły ponadgimnazjalnej - 16 lat obejmują 85,3% uczniów

⁵² Por. Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2013, ZUW Szczecin 2014

(w tym 85,9% na terenach miejskich i 69,1% na terenach wiejskich), uczniów ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej - 18-19 lat obejmują 89,9% uczniów (w tym 90,6% na terenach miejskich i 70,2% na terenach wiejskich)⁵³ Szczegółowy stopień realizacja badań bilansowych dla poszczególnych grup wiekowych (odsetek zbadanych uczniów) w szkołach zlokalizowanych w poszczególnych powiatach województwa zachodniopomorskiego z uwzględnieniem szkół zlokalizowanych na terenach miejskich i na wsi ukazuje Aneks nr 6 do niniejszego raportu.

W kontekście analizy potencjału jednostek i podmiotów w zakresie realizacji działań w obszarze zdrowia współfinansowanych ze środków EFS warto również odnieść się do wypowiedzi respondentów, którzy wzięli udział w wywiadach jakościowych. Należy w tym kontekście zaznaczyć, iż zarówno przedstawiciele jednostek samorządowych na poziomie gminnym, jak też powiatowym wskazywali podczas wywiadów jakościowych na istotne **deficyty kadrowe**, które umożliwiałyby w pełni realizację wyznaczonych zadań.

„No niestety ja tutaj troszkę narzekam na ilość pracowników, którzy tymi zadaniami się zajmują. Z tego względu, że tak naprawdę jest to jeden etat i kierownik. Co prawda Panie mają przygotowanie medyczne, bo jedna i druga Pani z wykształcenia jest pielęgniarką, niemniej jednak jest to niewystarczający zasób na różnorodność, obszar i wielość programów, które jeszcze przed nami. Stąd też my jako wydział samodzielnie nie piszemy programów, ponieważ ten potencjał ludzki jest niestety niewystarczający do tego, żeby przygotować projekt programu profilaktycznego”. [IDI_JST_POW_1]

Przedstawiciele jednostek samorządowych na poziomie gminnym niejednokrotnie podkreślali również w wywiadach **brak możliwości skutecznej realizacji działań przy obecnym stanie kadrowym**, ze względu na fakt, iż kompetencje, którymi dysponują pracownicy, nie zawsze są wystarczające dla efektywnej realizacji działań z obszaru zdrowia współfinansowanych ze środków EFS. Problem ten ma wymiar zarówno merytoryczny, tzn. osoby działające w tym obszarze nie posiadają w większości odpowiedniej wiedzy, przygotowania w tym zakresie, a także wymiar ilościowy – jednostki zatrudniają zbyt małą liczbę pracowników. Ewentualne działania, musiałyby, zdaniem przedstawicieli jednostek samorządowych, niejednokrotnie wiązać się z koniecznością zaangażowania dodatkowego personelu.

„Ja akurat zdrowiem się zajmuję, przy zakresie swoich zadań ja się nie podejmuję zaangażować tak, żeby pisać te wszystkie programy, żeby pilotażować i kontrolować, koordynować realizację tych programów, bo nie mam na to czasu po prostu. Albo fizycznie nie jestem w stanie,, różne mam ograniczenia. W każdym razie ja mogę mówić tylko w swoim imieniu, że przy braku zasilenia osobami innymi, które by się w to zaangażowały to myślę, że nie jesteśmy w stanie zbyt wielu zrealizować” [IDI_JST_GM_5]

Respondenci wskazywali w swoich wypowiedziach również na fakt, iż jednostki samorządowe wymagają dodatkowego wsparcia kadrowego nie tylko na etapie realizacji działań, ale także na etapie aplikowania o pozyskanie środków na realizację projektów.

„Musielibyśmy przynajmniej na czas realizacji takiego projektu zatrudnić osobę, bo zagadnieniem tym zajmuje się osoba, która również w zakresie swoich czynności ma

⁵³ Por. Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2013, ZUW Szczecin 2014

realizację, to znaczy pisanie wniosków, rozliczanie ze środków pomocowych. W związku z tym, że jest to nowy okres programowania, gmina zamierza ubiegać się o dofinansowanie na realizację różnych przedsięwzięć, jesteśmy w tym szczecińskim obszarze metropolitarnym, tam też zamierzamy złożyć wniosek o dofinansowanie realizacji inwestycji, z innych programów również. No jedna osoba po prostu, bo wiadomo, że trzeba zdiagnozować, trzeba przygotować się do realizacji takiego przedsięwzięcia, no nie wykona tego wszystkiego”.
[IDI_JST_GM_1]

W wypowiedziach respondentów, uwidaczniają się też liczne obawy przedstawicieli jednostek samorządowych, szczególnie na poziomie gminnym, związane z szerokim zakresem zadań w tym obszarze, co jest szczególnie niepokojące dla tej grupy w kontekście wspomnianego wcześniej braku wystarczających zasobów kadrowych. Pojawiały się w tym względzie również wątpliwości, czy powierzanie realizacji tego typu zadań jednostkom najniższego szczebla jest zasadne. W wypowiedziach niektórych respondentów pojawia się również sugestia dotycząca potrzeby modyfikacji istniejących struktur, co mogłoby pomóc w skutecznej realizacji tego typu działań w przyszłości.

„Przy tej ilości zadań, jakie są w gminie na urzędnikach skupione to uważam, że gmina nie jest w stanie wziąć na siebie ciężaru. Myślę, że żadna mała gmina nie jest w stanie wziąć na siebie ciężaru realizacji takich fantastycznych projektów, no bo to jest fizycznie niemożliwe. Jeżeli nie przejdą organy tego szczebla jakiejś metamorfozy, a nawet nie wiem czy to by było dobre, bo schodzenie ze wszystkimi zagadnieniami i tak naprawdę rozdzielanie do najniższego szczebla, z jednej strony ułatwia dostęp do środków, ale z drugiej strony rozdrabnia strasznie administrację i nie wiem, czy tak naprawdę o to chodzi, bo przecież ta administracja też kosztuje”. [IDI_JST_GM_5]

Przedstawiciele jednostek ochrony zdrowia, biorący udział w wywiadach jakościowych, również dość często wskazywali na **niewystarczający potencjał specjalistów** w pewnych dziedzinach.

„Oczywiście, że mamy deficyty. Deficyty mamy na przykład wśród kadry. Jest niedobór pielęgniarek, to znaczy my sobie radzimy w ten sposób, że one są, pracują po prostu w nadgodzinach i koniec. No i jest niedobór lekarzy w niektórych specjalnościach. Internistów brakuje, lekarzy medycyny ratunkowej. Anestezjologów. No i radiologów.” [IDI_ZOZ_4]

„Jeżeli chodzi o brak tej specjalizacji, to przecież wiadomo, że nie ma geriatrów. W naszym województwie jest 6, wiekowi lat typu 80 i wszystkich 6 są w Szczecinie, no to nikogo więcej nie ma. Brakuje internistów. Mamy placówkę w terenie, ogłaszamy konkursy, no i w zasadzie nikt się nie zgłosił. Brak jest pediatrów. Chcieliśmy mieć POZ, w tej chwili, też w naszej placówce z pediatrą i przez 2 lata się nie udawało. Szczęśliwie, w tej chwili lekarz z żoną z innej części kraju się przeprowadził, zdecydował się na świadczenie usług w naszej placówce, ale kłopot jest cały czas. Brak jest specjalistów przeszkolonych w zakresie zabiegów endoskopowych. To znaczy, mamy ich, ale jak chcemy, na przykład ich mieć całą dobę, to fizycznie ich nie ma”. [IDI_ZOZ_5]

Respondenci podkreślali jednak, iż problem ten nie jest specyficzny tylko dla województwa zachodniopomorskiego, ale ma wymiar szerszy, ogólnopolski.

„To są pojedyncze specjalizacje, których w całej Polsce brakuje. To jest problem ogólnopolski, że nie zgłaszają się pomimo tego, że ogłoszenia cały czas są wystawiane, że zatrudnimy.

Natomiast brakuje, w pewnych dziedzinach po prostu specjalistów. Poszczególne dziedziny jakbyśmy przeszli, to zawsze gdzieś jeszcze by się przydali dodatkowo specjaliści w tej dziedzinie". [IDI_ZOZ_1]

Innym problemem, który sygnalizowali respondenci wywiadów jakościowych, jest kwestia związana z **obawami o wystarczającą liczbę pacjentów**, odbiorców określonych działań w obszarze zdrowia w danym regionie.

„Tak, ale w tym, co widzimy, co do nas dociera, na ten najbliższy okres, kwoty są nie do spełnienia. W sensie takim, że jeżeli tam, jak słyszę mają być bardzo dużej wartości programy zdrowotne, profilaktyczne, w sensie miliony złotych na coś, to w naszej okolicy, ponieważ to jest duży szpital, ale przy tak wysoko ustawionych limitach nie jesteśmy w stanie tego spożytkować, bo nie ma tyle pacjentów na to". [IDI_ZOZ_5]

Rozważając kwestię potencjału jednostek ochrony zdrowia w zakresie realizacji działań współfinansowanych ze środków EFS, warto zaznaczyć, iż w przypadku tych jednostek, zdecydowanie uwidacznia się w wypowiedziach respondentów dotychczasowy **nacisk na działania związane z rozbudową infrastruktury placówek** i pozyskiwaniem środków na tworzenie i poszerzanie zaplecza sprzętowego niezbędnego dla funkcjonowania danych placówek.

„Akurat ze środków unijnych o profilaktykę się nigdy nie staraliśmy, ponieważ częściej chcemy pozyskiwać środki na przygotowanie bazy. To znaczy, infrastruktury budynków oraz sprzętu. I kryteria często są bardzo zaostrome, te które są wskazywane w programach. Pozyskujemy środki, jako jednostka pozyskaliśmy bardzo dużo środków. Natomiast wiąże się to z dużą ilością przygotowań dokumentacyjnych, bardzo dużo, bo potem już wiadomo. Realizacja to kwestia przestrzegania wszystkich przepisów, jest ich bardzo dużo i trzeba z tym być bardzo na bieżąco, i następnie kontrolowanie, utrzymanie tego wszystkiego, to też jest ta druga strona medalu". [IDI_ZOZ_1]

Kolejna kwestia, która warta jest zaznaczenia w kontekście tych placówek to fakt, iż, jak podkreśla znaczna część respondentów wywiadów IDI, jednostki ochrony zdrowia, w zdecydowanej większości, są **nakierowane na realizację zadań wynikających z kontraktów** zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

„Wynikają one z kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem, to jest na pierwszym miejscu. I to jest większość środków finansowych, który spływają na nas, jeśli chodzi o realizację programów profilaktyki zdrowotnej, oraz programy, które od niedawna zaczęliśmy realizować. Jakoś tak nie przechodziliśmy przez sito konkurencji, które są albo awizowane przez odpowiednie agendy samorządu terytorialnego, prezydenta miasta, urząd wojewódzki. Jedno mieliśmy, prowadziliśmy taki program profilaktyczny z Instytutem Żywności z Warszawy. No to takie, tego typu działalność prowadzimy". [IDI_ZOZ_2]

Co ciekawe, na podstawie przeprowadzonych sesji fokusowych można stwierdzić, że respondenci, zarówno przedstawiciele JST na poziomie gmin jak i powiatów przekonują, iż są bardzo zaangażowani w realizację działań z zakresu ochrony zdrowia.

„O1: Duże zaangażowanie we wszystkie zagadnienia prozdrowotne. Znając problematykę zachorowalności w powiecie na np. nowotwory, podejście jest wnikliwe, staranne i z dużą dbałością o mieszkańców." [FGI_Koszalin_JST_POW]

Zdaniem uczestników badania FGI, zarówno gminy jak i powiaty (JST) posiadają zaplecze do tego, aby realizować zadania z obszaru ochrony zdrowia. Jednak w przypadku gmin realizacja projektów wiązałaby się, ich zdaniem, z realizacją projektów w partnerstwie z innymi podmiotami z uwagi na to, że większość jednostek świadczących usługi z zakresu ochrony zdrowia to jednostki niepubliczne. Dodatkowo w opinii JST na szczeblu gminnym większe możliwości posiadają jednostki, które działają na szerszym terytorium (np. powiaty), z uwagi właśnie na większą dostępność do publicznych jak i niepublicznych jednostek ochrony zdrowia oraz dysponowany budżet.

„O3: U nas generalnie niepubliczny ZOZ funkcjonuje. Mamy gabinet rehabilitacyjny, który funkcjonuje. Mamy gabinet stomatologiczny, który funkcjonuje. Czyli ta podstawowa opieka medyczna jest zapewniona. Kwestie specjalistyczne, no to już jest kwestia dalszego leczenia.”
[FGI_Koszalin_JST_GM]

Innym ważnym czynnikiem wpływającym na potencjał jednostek administracyjnych w przypadku gmin to brak zasobów kadrowych, które posiadałyby kwalifikacje i umiejętności potrzebne do opracowywania takich programów pod kątem formalnym. Większość respondentów (JST gminy) wskazywała na to, że składali oni projekty o dofinansowanie jednak bezskutecznie. Dodatkowo respondenci (JST gminy) wskazywali na to, że brak jest rozpowszechnienia informacji o tym, o jakie dodatkowe środki mogą się oni ubiegać w zakresie realizacji działań z obszaru ochrony zdrowia.

„O3: U nas są generalnie niepubliczne jednostki. W związku z tym, oni sami pozyskują środki. Właśnie między innymi też chciałbym uczestniczyć w tym spotkaniu żeby się spytać, czy istnieje możliwość przez gminę pozyskiwania środków, które ewentualnie można by było przeznaczyć na daleko idącą profilaktykę zdrowotną mieszkańców? Czy można przeznaczyć na remonty budynków, bo budynek wiadomo jest nasz, a nie jest własnością niepublicznego ZOZ-u. I czy ewentualnie niepubliczny ZOZ może występować po środki w ramach samorządowych żeby przy wsparciu gminy mógł realizować swoje zadania?”
[FGI_Koszalin_JST_GM]

Respondenci uważają, że możliwość skorzystania z dodatkowych środków, podniosłoby stopień realizacji działań w zakresie ochrony zdrowia. Ponownie wskazywane jest przez respondentów to, że główną przyczyną w niedostatecznych działaniach w zakresie ochrony zdrowia są niewystarczające budżety, jakimi dysponują.

„O3: To jest kwestia taka, że niepubliczny ZOZ zabezpiecza to, co ma zabezpieczyć. Czyli bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców. Myśmy na to wyrazili zgodę, podpisaliśmy z nimi umowę. Oni w tej kwestii współpracują z nami. Ale my jako gmina mamy ustawowy obowiązek również dbania o zdrowie i bezpieczeństwo obywateli. W związku z tym też mamy jakieś tam środki, które przeznaczamy. Te środki nie są wystarczające. Sięgnięcie właśnie po programy, po pieniądze unijne, czy po pieniądze Narodowego Funduszu Zdrowia bardzo mocno podniosłoby poziom opieki zdrowotnej w poszczególnych samorządach.”
[FGI_Koszalin_JST_GM]

Województwo zachodniopomorskie charakteryzuje się zróżnicowanym poziomem rozwoju społeczno – gospodarczego. Obszary usytuowane wokół dwóch największych ośrodków regionu Szczecina

i Koszalin cechuje wyższy poziom rozwoju, a jednocześnie obok nich występują obszary problemowe o relatywnie niższym poziomie rozwoju, w tym o postępującej marginalizacji.⁵⁴

Narzędziem programowania interwencji instrumentów interwencji w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 jest dokument „Specjalna Strefa Włączenia na obszarze województwa zachodniopomorskiego oraz planowane kierunki działań interwencyjnych”⁵⁵. Dokument ten prezentuje metodykę delimitacji obszaru Specjalnej Strefy Włączenia, który dokonany został w oparciu o zestaw sześciu mierników syntetycznych wyznaczonych dla poszczególnych obszarów problemowych (dostępność do usług publicznych, demografia, infrastruktura techniczna, problemy miejscowości popegeerowskich, potencjał gospodarczy, ubóstwo) i w każdym z obszarów problemowych wskazano gminy z deficytem. Przy ostatecznej delimitacji SSW (obszaru o najbardziej niekorzystnych wskaźnikach rozwoju społeczno – gospodarczego) przyjęto zasadę kumulacji deficytów (w SSW znalazły się gminy, w których wystąpiły deficyty w co najmniej trzech obszarach problemowych). Szczegółowy wykaz gmin i przypisanych do nich, zdiagnozowanych deficytów prezentuje Aneks 11. Dokument ten stanowi użyteczne i aktualne narzędzie do weryfikacji zróżnicowania terytorialnego regionu i zgromadzonego w jego obrębie potencjału. Z punktu widzenia odniesienia dokonanej delimitacji do celów niniejszego badania najbardziej istotne wydaje się wskaźniki dotyczące demografii, dostępności usług społecznych, oraz ubóstwa.

Do oceny zjawisk demograficznych i wyznaczenia miernika syntetycznego przyjęto wartości następujących wskaźników (dane według stanu na koniec 2013 r.):

- saldo migracji (osoby) na 1 000 ludności,
- przyrost naturalny na 1 000 ludności,
- dynamika liczby ludności 2013/2003,
- udział ludności w wieku produkcyjnym w liczbie ludności ogółem,
- udział ludności w wieku poprodukcyjnym w liczbie ludności ogółem,
- ludność na 1 km² (gęstość zaludnienia).

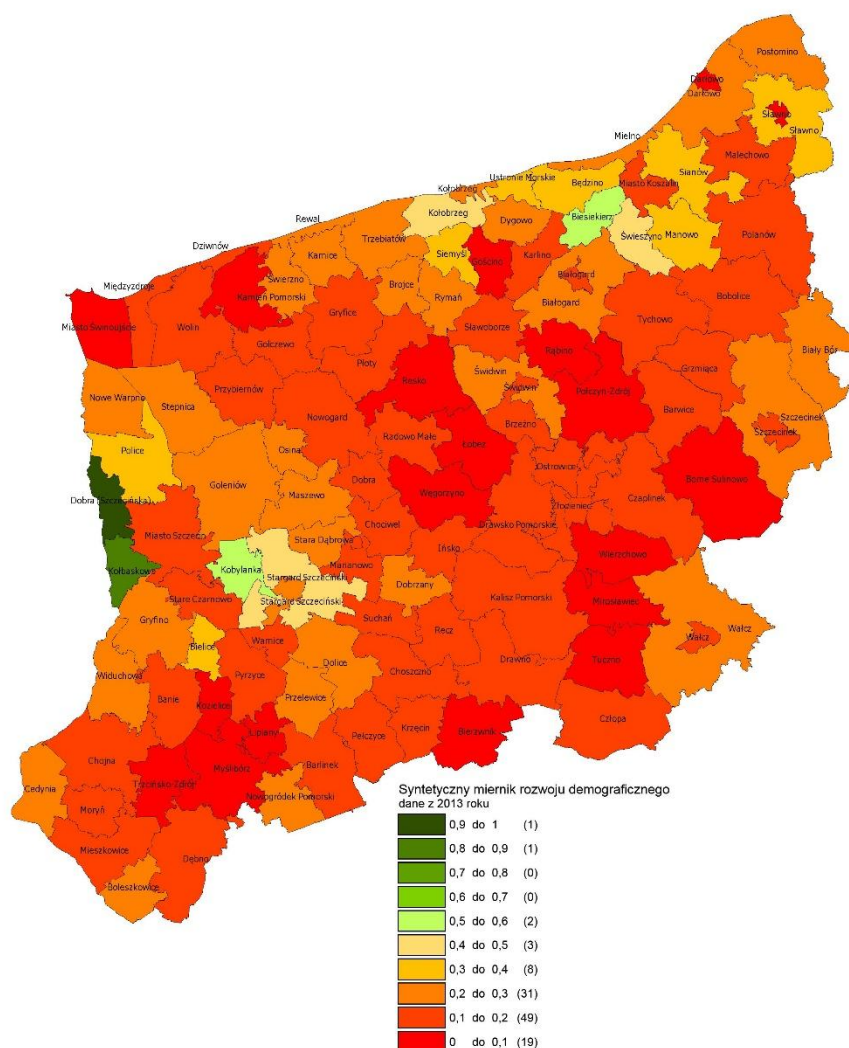
Poniższa mapa prezentuje rozkład niniejszego miernika w ujęciu regionalnym.

Jak prezentuje to Mapa 6 wymiar demograficzny regionu jest niejednorodny. decyduje o tym rzadko rozlokowana sieć osadnicza, oraz duża lesistość regionu. W wielu wypadkach czynnikami determinującymi aktualną strukturę demograficzną były uwarunkowania strukturalne regionu, w tym m.in. koncentracja w jego środkowo wschodniej części terenów, na których funkcjonowały w przeszłości Państwowe Gospodarstwa Rolne .

⁵⁴ Specjalna Strefa Włączenia na obszarze województwa zachodniopomorskiego oraz planowane kierunki działań interwencyjnych, czerwiec 2015.

⁵⁵ Specjalna Strefa Włączenia na obszarze województwa zachodniopomorskiego oraz planowane kierunki działań interwencyjnych, czerwiec 2015.

Mapa 6. Syntetyczny miernik rozwoju demograficznego



Źródło: Specjalna Strefa Włączenia na obszarze województwa zachodniopomorskiego oraz planowane kierunki działań interwencyjnych, czerwiec 2015.

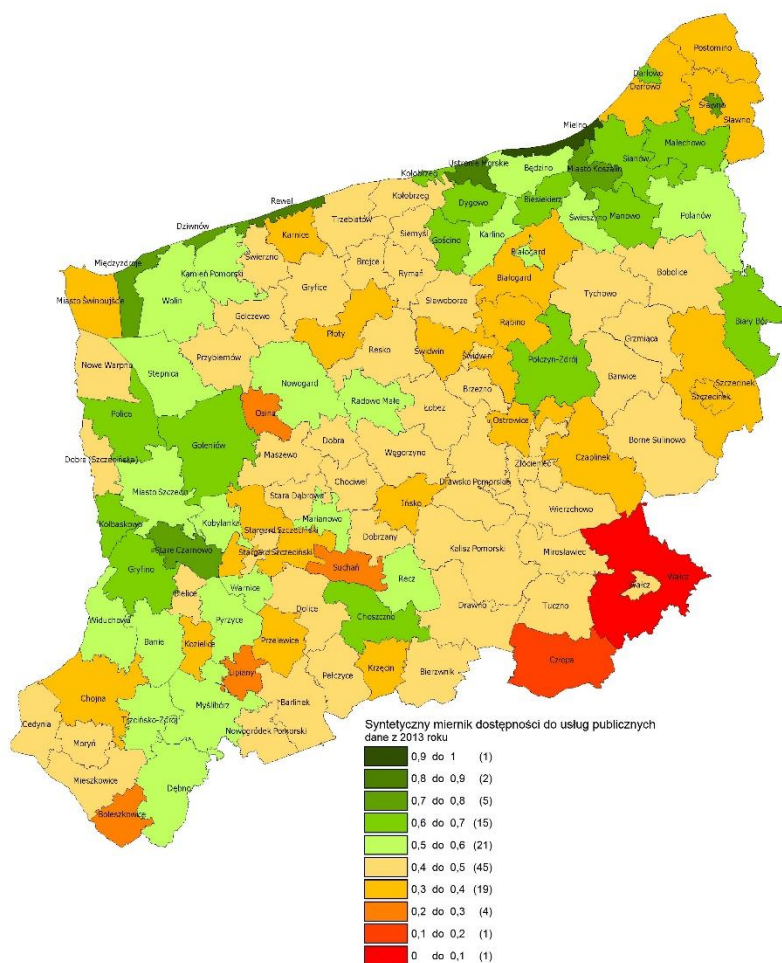
Jak pokazuje kolejna mapa, dostępność usług publicznych, w tym usług medycznych skoncentrowany jest wokół głównych ośrodków miejskich regionu Szczecina, Koszalina, i gmin pozostających w ich bezpośrednim oddziaływaniu aglomeracyjnym. Na mapie widać również relatywnie korzystniejszą sytuację terenów, na których jak pokazywano wyżej zlokalizowane są duże placówki medyczne i uzdrowiskowe. Koncentracja zaś niekorzystnych zjawisk w zakresie dostępności usług publicznych ma miejsce w południowo – wschodniej części regionu.

Do oceny dostępności do podstawowych usług publicznych i wyznaczenia miernika syntetycznego przyjęto wartości następujących wskaźników (dane według stanu na koniec 2013 r.):

- odsetek dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym dzieci w wieku 3 – 5 lat,
- uczniowie przypadający na 1 komputer z dostępem do Internetu przeznaczony do użytku uczniów (dane według stanu na koniec 2012 r.),
- liczba ludności na 1 placówkę biblioteczną,
- liczba porad lekarskich na 1 000 mieszkańców,
- liczba podmiotów gospodarczych Sekcji R (działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją) na 1 000 mieszkańców,

- dostępność transportowa (kołowa) do miasta regionalnego (na podstawie danych według stanu na koniec 2012 r.).

Mapa 7. Syntetyczny miernik dostępności do usług publicznych

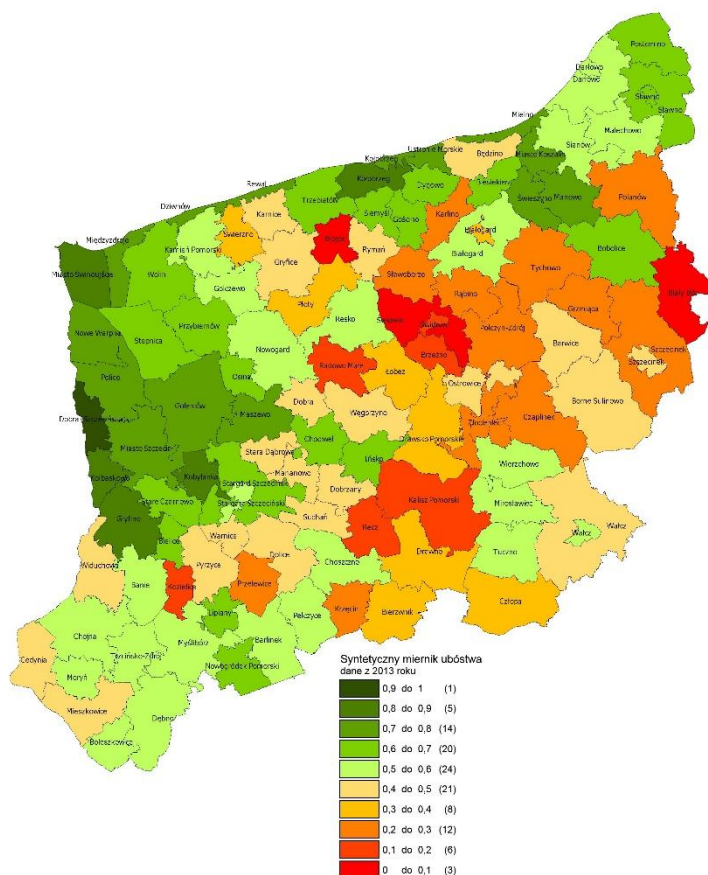


Źródło: Specjalna Strefa Włączenia na obszarze województwa zachodniopomorskiego oraz planowane kierunki działań interwencyjnych, czerwiec 2015.

Do oceny zjawiska ubóstwa i wyznaczenia miernika syntetycznego przyjęto wartości następujących wskaźników (dane według stanu na koniec 2013 r.):

- udział wydatków w rozdziale 85214 – Zasiłki i pomoc w naturze oraz składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ujęte w wydatkach gminnych ogółem,
- kwota wypłaconych dodatków mieszkaniowych per capita,
- udział dzieci w wieku do lat 17, na które rodzice otrzymują zasiłek rodzinny w ogólnej liczbie dzieci w tym wieku,
- udział osób w gospodarstwach domowych korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej w ludności ogółem.

Mapa 8. Syntetyczny miernik ubóstwa



Źródło: Specjalna Strefa Włączenia na obszarze województwa zachodniopomorskiego oraz planowane kierunki działań interwencyjnych, czerwiec 2015.

Uwzględniając cele jakim podporządkowane są działania EFS z obszaru zdrowia, w ramach RPO WZ przy ocenie zróżnicowania terytorialnego regionu uwzględnić należy również wyznaczony w ramach Specjalnej Strefy Włączenia przez syntetyczny miernik ubóstwa. Jak pokazuje to powyższa mapa zjawisko ubóstwa na terenie województwa zachodniopomorskiego, a zatem koncentracja ludności o relatywnie najgorszym dostępie do usług zdrowotnych przebiega najczęściej przez obszary wiejskie regionu, w tym tereny po byłych PGR, niekorzystnie skomunikowane i oddalone od głównych ośrodków usług medycznych regionu.

Wyznaczoną w ramach SSW delimitację regionu uznać należy za trafne narzędzie oceny koncentracji obszarów problemowych, które uwzględnione powinny być przy ocenie adekwatności proponowanych w ramach projektów interwencji w obszar zdrowia. Rozkład terytorialny gmin, na terenie których realizowane, bądź planowane były programy polityki zdrowotnej wykazuje na pierwszy rzut oka dość silną korelację z obszarem delimitacji wyznaczonym syntetycznym miernikiem dostępności do usług publicznych. Korelacja ta zmniejsza się jeśli odniesiemy się do wyznaczonego w oparciu o sześć mierników obszaru Specjalnej Strefy Włączenia. **Za problematyczne należy uznać obszary południowo-wschodnie.** Nie mniej jednak - w świetle silnego powiązania z celami społecznymi, które mają przyświecać interwencji EFS (w tym aspektów społecznych) - można rozważyć, czy nie rekomendować, aby wykorzystywać to stworzone na potrzeby RPO WZ narzędzie kierunkowania interwencji terytorialnej.

2.6 Ocena istniejącej struktury i rozwiązań organizacyjnych w ramach instytucji oraz pomiędzy nimi w kontekście zapewnienia wystarczającego systemu dla realizacji działań w obszarze zdrowia współfinansowanych z EFS

Wśród barier rozwoju w zakresie ochrony zdrowia zdefiniowanych w ramach regionalnego projektu Program Strategiczny Ochrona Zdrowia podkreślano m.in.:

- trudności w konsolidowaniu podmiotów leczniczych m.in. w zakresie zabezpieczenia usług logistycznych,
- brak systemu koordynacji i współpracy pomiędzy podmiotami realizującymi zadania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia,
- brak spójności podejmowanych działań i współpracy pomiędzy jednostkami centralnymi, regionalnymi i lokalnymi,
- zbyt wolne wprowadzanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych w jednostkach opieki zdrowotnej⁵⁶

Sposób realizacji Programu Szczepień Ochronnych na 2015r. określa Komunikat Główny Inspektora Sanitarnego z dnia 30 października 2014r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2015 (Dz. Urz. MZ. z 2014r. poz. 72) zmienionym Komunikatem GIS z dnia 13 marca 2015r. (Dz. Urz. MZ. z 2015r. poz. 14). Obowiązkowym szczepieniom przeciw:

- gruźlicy, WZW typu b, błonicy, tężcowi, krztuścowi, ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis), zakażeniom Haemophilus Influenzae typu b podlegają dzieci w 1 r. ż.;
- błonicy, tężcowi, krztuścowi, ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis), zakażeniom Haemophilus Influenzae typu b, odrze, śwince i różyczce podlegają dzieci w 2 r. ż.;
- błonicy, tężcowi, krztuścowi, ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) podlegają dzieci w 6 r. ż.;
- odrze, śwince i różyczce podlegają dzieci w 10 r. ż.;
- błonicy i tężcowi podlega młodzież w 14 r. ż.;
- błonicy i tężcowi podlega młodzież w 19 r. ż.;
- pneumokokom podlegają dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia cierpiące
- na schorzenia i wybranych grup ryzyka określone w § 3 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. Nr 182, poz. 1086 z późn.zm.);
- ospie wietrznej podlegają dzieci do ukończenia 12 roku życia z wybranych grup ryzyka zagrożonych szczególnie ciężkim przebiegiem tych zakażeń i dzieci z ich otoczenia, które dotychczas nie chorowały na ospę wietrzną oraz dzieci do ukończenia 12 roku życia narażone na zakażenie ze względów środowiskowych;
- tężcowi osoby zranione, narażone na zakażenie; wścieklicznie podlegają osoby mające styczność ze zwierzęciem chorym na wścieklicznę lub podejrzanym o zakażenie wirusem wściekliczny;

⁵⁶ Por. projekt Program Strategiczny Ochrona Zdrowia, Szczecin 2013

- WZW typu B podlegają osoby narażone w sposób szczególny na zakażenie, w tym również osoby w zaawansowanej fazie choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30ml/min oraz osoby dializowane;
- ponadto dzieci i młodzież, które nie zostały wcześniej zaszczepione zgodnie z obowiązującym programem szczepień ochronnych.

Według danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie (stan na 15 kwietnia 2015) Program Szczepień Ochronnych na terenie woj. zachodniopomorskiego realizowany był przez 351 świadczeniodawców w 469 gabinetach szczepień w tym m.in. w:

- 21 oddziałach noworodkowych;
- 23 izbach przyjęć lub Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych;
- 4 oddziałach chirurgicznych;
- 5 poradniach chirurgicznych;
- 50 gabinetach szczepień dla dzieci i młodzieży;
- 295 gabinetach szczepień wspólnych dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych;
- 48 gabinetach szczepień dla osób dorosłych;
- 3 szkołach podstawowych, gimnazjach i liceach;
- 1 uczelni wyższej;
- 3 poradniach profilaktyki wścieklizny;
- 3 stacjach dializ;
- 9 poradniach zakładowych;
- 4 innych gabinetach szczepień.

Szczepienia zalecane określone w części II PSO (szczepienia zalecane – niefinansowane ze środków znajdujących się w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia) są wykonywane przez świadczeniodawców, z którymi NFZ zawarł umowy o udzielanie tych świadczeń oraz dodatkowo w prywatnych punktach szczepień ochronnych na terenie regionu, tj.:

- Graniczna Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Świnoujściu;
- Graniczna Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie;
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Medycyny Rodzinnej w Szczecinie, ul. Chopina 22;
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej w Szczecinie, ul. Kadłubka 10 – 11;
- Spółdzielnia Pracy Lekarzy „Medicus” w Szczecinie Pl. Zwycięstwa 1;
- Przychodnia Medyczna „PRAMED” w Szczecinie ul. Wyzwolenia 7;
- Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie, ul. Bolesława Śmiałego 33;
- Ośrodek Medycyny Pracy w Kołobrzegu, ul. Kupiecka 5a / 33;
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Medycyny Rodzinnej „SALUS” Przecław;
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Koszalinie, Poradnia Medycyny Podróży w Szczecinie ul. Szpitalna 2;
- Centrum Medyczne LUXMED w Szczecinie ul. Abramowskiego 128 A;

- Przychodnia Portowa Sp. z o. o. Certyfikowany Ośrodek Medycyny Podróży w Szczecinie, ul. Energetyków 2.⁵⁷

Istniejące raporty wskazują na zjawisko uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych. Pomimo, iż sukcesywnie prowadzone są działania edukacyjne w stosunku do rodziców uchylających się od obowiązku poddania dziecka szczepieniom ochronnym w I półroczu 2015 roku wzrosła o 176 liczba osób nie poddających się temu ustawowemu obowiązkowi w stosunku do I półrocza 2014r. (łącznie 571 osób)⁵⁸. W roku 2014 od obowiązku szczepień uchylało się w regionie 900 osób. W przypadkach uporczywego uchylania się od obowiązku poddania dzieci szczepieniom ochronnym wdrażane jest postępowanie egzekucyjne, które zgodnie z właściwością kierowane jest do Wojewody Zachodniopomorskiego. Od roku 2014 sporządza się dodatkowo półroczne sprawozdanie z działań przymuszających osoby uchylające się od obowiązku szczepień, które przekazywane jest do Głównego Inspektora Sanitarnego. W okresie od 1 stycznia 2015r. pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podjęli działania przymuszające w stosunku do osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych m.in. poprzez:

- wystanie 190 upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej (za potwierdzeniem odbioru);
- wystawienie 108 tytułów wykonawczych i skierowanie 115 wniosków do Wojewody o egzekucję administracyjną.⁵⁹

Na terenie woj. zachodniopomorskiego funkcjonuje od stycznia 2015r. tylko jeden Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny (PKD) w Szczecinie wykonujący anonimowo i bezpłatnie badania w kierunku zakażenia wirusem HIV połączone z profesjonalnym poradnictwem przed i po teście. Punkt działa w systemie ciągłym od 1997r. Do końca 2014r. pracował jeszcze jeden PKD w Koszalinie, który zawiesił działalność bowiem żadna organizacja pozarządowa nie zdecydowała się na złożenie oferty w tym zakresie. W I półroczu 2015r. wykonano w PKD w Szczecinie 523 badania serologiczne (spadek o 70 badań w stosunku do I półrocza 2014r.) w kierunku zakażeń wirusem HIV. W 2014r. wykonano łącznie w Punktach 1407 badań serologicznych (spadek o 211 badań w stosunku do 2013r.) w kierunku zakażeń wirusem HIV. W I półroczu 2015r. odnotowano dalszy spadek testujących się kobiet w ciąży, kierowanych do badań przez lekarzy ginekologów. Dzięki działaniom Zespołu ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS - w 2014r. badania tylko w tej grupie w PKD w Szczecinie wykonano u 400 kobiet, natomiast w I półroczu 2015r. – zrealizowano je tylko u 29 ciężarnych.⁶⁰

⁵⁷ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego w I półroczu 2015 roku, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

⁵⁸ Wśród liczby wykazanych osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych w I półroczu 2015r. są również osoby, które były wykazane w poprzednich sprawozdaniach, a część z nich nadal nie dopełniło tego obowiązku.

⁵⁹ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego w I półroczu 2015 roku, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

⁶⁰ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego za 2014 rok, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie, Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego w I półroczu 2015 roku, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

Jak wynika z zaleceń Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, w planowanych przedsięwzięciach, dominującym kierunkiem powinno być przejście od opieki instytucjonalnej, do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności. Środki Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego nie powinny być wykorzystywane na rzecz wsparcia opieki instytucjonalnej (z dopuszczeniem sytuacji w której wsparcie to ma sprzyjać zmianie sposobu funkcjonowania instytucji i osiągnięcia przez nią warunków właściwych dla usług świadczonych w lokalnej społeczności. Interwencja RPO powinna być ukierunkowana na rzecz wzrost dostępności usług, a także powinna koncentrować się na tzw. deinstytucjonalizacji usług - szukaniu alternatywnych rozwiązań do opieki świadczonej w formach instytucjonalnych.⁶¹

Na terenie regionu, od 2010 roku funkcjonuje Forum Profilaktyki i Promocji Zdrowia (FPiPZ). Organizatorem Forum Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego. Do priorytetowych założeń FPiPZ należy:

- Wymiana doświadczeń pomiędzy różnymi podmiotami zaangażowanymi w realizację zadań profilaktyki i promocji zdrowia,
- Promocja tzw.: „dobrych praktyk”, aktywna prezentacja działań zdrowotnych,
- Stworzenie obrazu możliwości i zagrożeń w realizacji programów zdrowotnych,
- Zachęcanie do świadomego wyboru działań profilaktycznych i promocji zdrowia,
- Edukacja pracowników samorządowych, jednostek ochrony zdrowia i innych animatorów działań profilaktycznych i promocji zdrowia,
- Analiza problemów, poszukiwanie alternatywnych rozwiązań, nowych form i środków wyrazu dla działań zdrowotnych,
- Współpraca międzysektorowa i wielosektorowa, celem której jest wzmocnienie potencjału zdrowotnego oraz świadomości zdrowotnej wśród mieszkańców,
- Edukacja zdrowotna.

W ramach działań FPiPZ organizowane są konferencje, warsztaty, panele dyskusyjne, spotkania z przedstawicielami prasy oraz imprezy skierowane do mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. W spotkaniach Forum uczestniczą m.in. przedstawiciele Samorządów, Posłowie i Senatorowie, Przedstawiciele Ministerstw, Narodowego Funduszu Zdrowia, uczelni medycznych, jednostek ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych.⁶²

Wywiady jakościowe przeprowadzone z przedstawicielami poszczególnych instytucji i podmiotów wyraźnie wskazują natomiast na **problem braku systemowego działania** w obszarze zdrowia. Respondenci biorący udział w wywiadach niejednokrotnie wskazywali na kwestie pojawiających się niespójności w systemie informacji o podejmowanych działaniach w tym zakresie, co ma znaczący wpływ na obniżenie ich skuteczności. Wyraźnie zaznacza się potrzeba kompleksowego podejścia do tego typu zagadnień i konsolidacji działań podejmowanych przez różne podmioty w tym obszarze. Niekorzystny wpływ mają w tym kontekście również, zdaniem respondentów, częste zmiany, także te o charakterze politycznym, które zmieniają układ sił w tym kontekście w regionie.

„Jeśli chodzi również o regionalny program operacyjny, e kompleksowe programy zdrowotne to ja mam zawsze wątpliwość pewną, co do ich kompleksowości. Od 30 lat widzę jedną rzecz

⁶¹ Pismo Z-cy Dyrektora Departamentu Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju z dnia 02.04.2015 (DZF.I.8511.4.2015.PP.1)

⁶² Por. www.forumprofilaktyki.wzp.pl

– niespójność w systemie informacji o tym, co ludzie robią i takie mniejsze działania, mniejsze inicjatywy, które jak fajerwerki pojawiają się i znikają. W takich systemowych działaniach często brakuje tego ducha walki i takiego zaangażowania pod tytułem, jest jakiś lider i temu liderowi się zaufa i gdzieś on pociągnie za sobą lud, który stworzy dobre systemowe działania. No nie sprzyjają nam różnego rodzaju zmiany z obszaru politycznego, bo to też jest niedobrze realizowane wtedy, kiedy zmienia się władza i nagle mówi, że zupełnie, co innego planuje aniżeli było już wypracowane. Takie zagrożenia nam się tutaj pojawiają. U nas się no niestety za często dzieją się takie rzeczy”. [IDI_ZOZ_1]

Brak kompleksowego podejścia i całościowego spojrzenia na działania w obszarze zdrowia, a także **niewystarczający poziom komunikacji** i wymiany informacji pomiędzy poszczególnymi podmiotami zaangażowanymi w ich realizację jest, zdaniem wielu respondentów, głównym problemem, z którym muszą zmierzyć się osoby podejmujące inicjatywy w tym zakresie. Jak wskazują uczestnicy badania, taka sytuacja skutkuje tym, iż pewne działania są powielane, ponieważ brakuje spójnego systemu wymiany informacji w tym zakresie.

„Ludzie, pasjonaci, którzy chcieli realizować tego typu zadania i działania i przede wszystkim ludzie, którzy dostrzegają niedostatki w braku komunikacji, w braku porozumienia pomiędzy różnymi instytucjami, które robią bardzo dużo w zakresie zdrowia, natomiast brak tej komunikacji i koordynacji działań powoduje, że tworzy się luka, albo niektórzy robią powielając te zadania, w różnym obszarze, no i to jest główny problem”. [IDI_NGO_ZD_1]

Badani podczas wywiadów IDI wskazali, że brak systemowego podejścia i brak komunikacji można zniwelować opierając koordynację na liderach, czyli podmiotach, które w regionie mają największą wiedzę z zakresu problemów zdrowotnych i zarządzania projektami. Analiza wywiadów IDI i sesji FGI pozwala na wskazanie propozycji podmiotów, które o miano takiego lidera mogą się ubiegać. Mogą to być:

- Pomorski Uniwersytet Medyczny,
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny w Szczecinie,
- Szpital Wojewódzki w Szczecinie,
- WOMP w Szczecinie,
- Regionalny Szpital w Kołobrzegu,
- Szpital Wojewódzki w Koszalinie,
- powiat białogardzki,
- gmina miasto Szczecin,
- Fundacja Aktywnej Rehabilitacji,
- Fundacja ProLongaVita.

Problem braku całościowej koordynacji i wymiany informacji pomiędzy poszczególnymi instytucjami jest tym bardziej dotkliwy również w kontekście kolejnej kwestii, na którą wskazywali uczestnicy wywiadów, jaką jest to, iż w obszarze zdrowia, zdaniem respondentów, niejednokrotnie funkcjonują osoby, które nie mają odpowiedniego przygotowania merytorycznego w tym zakresie.

„Zdrowie publiczne jest w Polsce y słabo zdefiniowane. Praktycznie rzecz biorąc w całej Europie i Stanach to jest absolutnie określone, że to są ludzie, którzy albo są menagerami albo

są dobrze z prawa przygotowani, albo z informatyki, projektów unijnych, takiego consultingu w zakresie prac zdrowotnych. Ja nie mówię, żeby oni byli edukatorami zdrowotnymi, bo to nie o to chodziło, a tak w większości szkół niektórzy sobie przyjęli, że to będzie edukator zdrowotny. Nie tędy droga zupełnie. To ma być fachowiec menager, który będzie umiał zarządzać jednostką, który będzie umiał doradzić czasami w praktyce jak wygląda sprawa właśnie chociażby tego informatycznego systemu, czy i zdrowia, czy wypisywania recept, czy jakichkolwiek innych zmian, legislacyjnych i dostosowywania tego systemu. To nie zostało dobrze zdefiniowane. To nie zostało pokazane i dlatego też ci ludzie, oni absolutnie gubią się w systemie”. [IDI_NGO_ZD_1]

Zgodnie z danymi GUS za rok 2014, na terenie regionu funkcjonuje 934 przychodni świadczących ambulatoryjną opiekę zdrowotną, z czego 30% zlokalizowanych jest w obrębie administracyjnym miasta Szczecin (przychodnie w obrębie wszystkich 3 miast na prawach powiatu stanowią 38,5%). W tym gronie 60 przychodni podległych jest samorządowi. Rozkład terytorialny przychodni świadczących ambulatoryjną opiekę zdrowotną podległych samorządowi lokalnemu obejmuje granice administracyjne 15 powiatów (71,4% wszystkich powiatów). Co istotne, 41,7% z grona przychodni podległych samorządowi lokalnemu zlokalizowanych jest w obrębie trzech miast na prawach powiatu (Szczecin, Koszalin, Świnoujście). Analiza w wymiarze terytorialnym ukazuje jeszcze większą nierównomierność w tym zakresie. Przychodnie podległe samorządowi zlokalizowane są w obrębie 24 gmin (21,1% wszystkich gmin). Powyższe dane ukazują silną koncentrację podstawowej opieki zdrowotnej w rękach sektora prywatnego, a także nierównomierny jej rozkład w wymiarze terytorialnym. Jak ukazuje poniższe zestawienie, w obrębie województwa można wskazać 5 gmin (Białogard – gmina wiejska, Darłowo – gmina wiejska, Dygowo, Kozielice, Sławoborze), na terenie których nie jest zlokalizowana żadna przychodnia. Największa liczba przychodni zlokalizowana była wg stanu na koniec 2014 roku w Szczecinie (280), przy czym jak pokazuje analiza wartości wskaźnika liczba przychodni na 1 tysiąc mieszkańców⁶³, nie była to miejscowość osiągająca najbardziej korzystne w skali regionu wartości tego wskaźnika (nie mniej jednak najbardziej korzystna w grupie trzech miast na prawach powiatu). Wartość mediany wskaźnika liczba gmina na 1 tysiąc mieszkańców dla wszystkich 114 gmin wyniosła 0,40. Najbardziej korzystna wartość tego wskaźnika obserwowana jest w odniesieniu do gminy miejskiej Stargard Szczeciński (0,67), gminy Mieszkowice (0,67), oraz gminy Pyrzyce (0,66). Wśród gmin, na terenie których funkcjonują przychodnie, najbardziej niekorzystna relacja liczby przychodni do liczby mieszkańców obserwowana jest na terenie gminy wiejskiej Wałcz (0,08), gminy wiejskiej Szczecinek (0,11), oraz gminy Pełczyce (0,13).

⁶³ Stosowany przez GUS wskaźnik liczba przychodni na 10 tys. mieszkańców w wymiarze NTSS z uwagi na populacje gmin mniejsze niż 10 tys. mieszkańców osiągał wartości trudne interpretacyjnie. Z tego względu dokonano obliczenia wartości nowego wskaźnika w oparciu o dane demograficzne za rok 2014

Tabela 8 Porównanie liczby przychodni oraz wartości wskaźnik liczba przychodni na 1 tys. mieszkańców w poszczególnych gminach województwa zachodniopomorskiego (2014)

GMINA	LICZBA PRZYCHODNI	LICZBA PRZYCHODNI NA 1 TYS. MIESZKAŃCÓW
Białogard - gm. wiejska	0	0,00
Darłowo - gm. wiejska	0	0,00
Dygowo	0	0,00
Kozielice	0	0,00
Sławoborze	0	0,00
Wałcz - gm. wiejska	1	0,08
Szczecinek - gm. wiejska	1	0,11
Pełczyce	1	0,13
Biesiekierz	1	0,15
Świeszyno	1	0,15
Stargard Szczeciński - gm. wiejska	2	0,16
Trzciano-Zdrój	1	0,18
Gościno	1	0,19
Kołobrzeg - gm. wiejska	2	0,19
Kobylanka	1	0,20
Bobolice	2	0,21
Sianów	3	0,22
Suchań	1	0,23
Wierzchowo	1	0,23
Czaplinek	3	0,25
Dolice	2	0,25
Krzęcin	1	0,26
Rąbino	1	0,26
Stara Dąbrowa	1	0,27
Ustronie Morskie	1	0,27
Ińsko	1	0,28
Warnice	1	0,28
Węgorzyno	2	0,28
Manowo	2	0,29
Myślibórz	6	0,29
Nowogródek Pomorski	1	0,29
Dobra (Szczecińska)	6	0,30
Banie	2	0,31
Borne Sulinowo	3	0,31
Marianowo	1	0,31
Chociwel	2	0,33
Golczewo	2	0,33
Lipiany	2	0,33
Osina	1	0,33
Polanów	3	0,33
Sławno	3	0,33
Świdwin	2	0,33
Maszewo	3	0,34
Barlinek	7	0,35
Brzeźno	1	0,35
Recz	2	0,35
Biały Bór	2	0,37
Przelewice	2	0,37
Drawno	2	0,38
Połczyn-Zdrój	6	0,38
Goleniów	14	0,39
Mielno	2	0,39
Ostrowice	1	0,39
Świnoujście	16	0,39
Złocieniec	6	0,39
Choszczno	9	0,40
Człopa	2	0,40

Dobrzany	2	0,40
Bierzwnik	2	0,42
Karlino	4	0,43
Tychowo	3	0,43
Barwice	4	0,46
Cedynia	2	0,46
Międzyzdroje	3	0,46
Moryń	2	0,46
Kołobrzeg - gm. miejska	22	0,47
Karnice	2	0,48
Trzebiatów	8	0,48
Rymań	2	0,49
Wolin	6	0,49
Chojna	7	0,50
Gryfino	16	0,50
Stare Czarnowo	2	0,52
Police	22	0,53
Siemyśl	2	0,53
Drawsko Pomorskie	9	0,54
Kalisz Pomorski	4	0,54
Mirosławiec	3	0,54
Radowo Małe	2	0,54
Widuchowa	3	0,54
Płoty	5	0,55
Postomino	4	0,57
Będzino	5	0,58
Przybiernów	3	0,58
Koszalin	64	0,59
Tuczno	3	0,59
Nowe Warpno	1	0,60
Malechowo	4	0,61
Wałcz - gm. miejska	16	0,61
Dębno	13	0,62
Bielice	2	0,64
Świdwin	10	0,64
Pyrzyce	13	0,66
Mieszkowice	5	0,67
Stargard Szczeciński - gm. miejska	46	0,67
Nowogard	17	0,68
Boleszkowice	2	0,69
Szczecin	280	0,69
Świerzno	3	0,69
Kamień Pomorski	11	0,76
Szczecinek - gm. miejska	31	0,76
Białogard - gm. miejska	19	0,77
Łobez	11	0,77
Brojce	3	0,78
Grzmiąca	4	0,80
Gryfice	20	0,83
Darłowo - gm. miejska	12	0,85
Sławno	11	0,86
Dobra	4	0,89
Kołbaskowo	11	0,93
Resko	8	0,98
Stepnica	5	1,01
Dziwnów	6	1,50
Rewal	7	1,82

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Według danych gromadzonych przez Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w regionie w roku 2013 funkcjonowało 48 szpitali ogólnych, 12 stacjonarnych podmiotów psychiatrycznych i 19 stacjonarnych podmiotów opieki długoterminowej. Według danych ZUW placówki szpitalne zlokalizowane są w obrębie niemal wszystkich powiatów (z wyjątkiem terenu powiatu koszalińskiego), przy czym analiza terytorialna ukazuje największą koncentrację liczby placówek w obrębie miasta Szczecin (31,3 liczby wszystkich szpitali w regionie).

Analizując zebrane dane dot. koncentracji placówek medycznych, należy uwzględnić również nierównomierność terytorialną dostępności usług specjalistycznych, które świadczone są przez uwzględnione w zestawieniach placówki. Analiza dostępności łóżek na poszczególnych oddziałach ukazuje jednoznaczną koncentrację specjalistycznej opieki medycznej w obrębie Szczecina i Koszalina (ze wskazaniem na potencjał zgromadzony w ramach placówek zlokalizowanych w mieście Szczecin).

Mając na uwadze zakres potencjalnych beneficjentów programu należy odnieść się do potencjału instytucjonalnego zgromadzonego w obrębie III sektora. Baza ngo.pl prowadzona przez Stowarzyszenie Klon/Jawor wskazuje, iż na terenie regionu działalność w obszarze ochrony i promocji zdrowia prowadzi 516 organizacji, co stanowi według rejestrów tej bazy 7,6% wszystkich podmiotów III sektora prowadzących działalność w obrębie regionu. Interpretując ten wynik należy pamiętać, iż baza ma charakter otwarty (pomijać może niektóre organizacje, oraz uwzględniać nieaktualne wpisy), jak również fakt, iż nie ukazuje ona realnego potencjału organizacyjnego tych podmiotów. Istniejące opracowania i diagnozy III sektora podkreślają nierównomierny potencjał organizacyjny, kadrowy i finansowy, jakim dysponują poszczególne organizacje. W tym względzie obserwowana jest koncentracja najsilniejszych pod względem organizacyjnym podmiotów w obrębie Szczecina i Koszalina. Zestawienie danych z bazy ngo.pl i z informacjami zbieranymi przez Biuro ds. Organizacji Pozarządowych Miasta Szczecin, jednoznacznie wskazuje na skupienie w obrębie Szczecinie większości organizacji działających w obszarze ochrony i promocji zdrowia (w Szczecinie działalność w tym zakresie prowadzi 310 zarejestrowanych organizacji, co stanowi 60,1% organizacji wykazywanych w kontekście całego regionu).

2.7 Zdolności absorpcyjne dla środków EFS potencjalnych beneficjentów programu i jakie czynniki wpływają na te zdolności

Według danych GUS, wydatki na ochronę zdrowia w budżetach zachodniopomorskich samorządów terytorialnych w roku 2013 wyniosły 184 416 000 zł, co lokowało region na 10 miejscu w kraju (średnie wydatki województw w skali kraju: 240 901 040 zł). W województwie zachodniopomorskim największe wydatki na ochronę zdrowia pochodziły z budżetów powiatów: 8295790 zł (34,4%), w dalszej kolejności miast na prawach powiatu: 66137180 zł (27,5%), województw: 57959070 zł (24,1%) i gmin 33846860 zł (14,1%).⁶⁴

Ogólnopolskie dane GUS pozwalają prześledzić strukturę wydatków samorządów na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w roku 2013. Fundusze na ochronę zdrowia w relatywnie największym udziale procentowym rezerwowane są w budżetach powiatów (5,8%). W niewiele mniejszym udziale procentowym środki na ochronę zdrowia zarezerwowane są w budżetach powiatów (5,6%), a w dalszej kolejności miast na prawach powiatu (1,6%) i gmin (0,7%).

⁶⁴ Por. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r., GUS, Warszawa 2014

Struktura wydatków na ochronę zdrowia różnicuje się z uwagi na poszczególne szczeble jednostek samorządowych. Wydatki na funkcjonowanie szpitali dominują w budżetach województw (57,4%) i miast na prawach powiatu (30,5). W wypadku powiatów, dominująca część nakładów budżetowych (76,8%) przeznaczana jest na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Gminy największą pulę środków w dziale 'Ochrona zdrowia' przeznaczają na działania przeciwdziałania alkoholizmowi (72,2%). Środki na finansowanie programów polityki zdrowotnej w wymiarze bezwzględnym w największej wartości zarezerwowane były w budżetach miast na prawach powiatu (43882 tys. zł), w dalszej kolejności zaś budżetów gmin (8776 tys. zł), województw (5208 tys. zł) i powiatów (2949 tys. zł).⁶⁵ Szczegółową strukturę procentowego rozdziału wydatków budżetów samorządów terytorialnych przeznaczonych na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w 2013 r. prezentuje Tabela 9.

Tabela 9 Struktura procentowa wydatków budżetów samorządów terytorialnych przeznaczonych na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w 2013 r. [dane dla Polski]

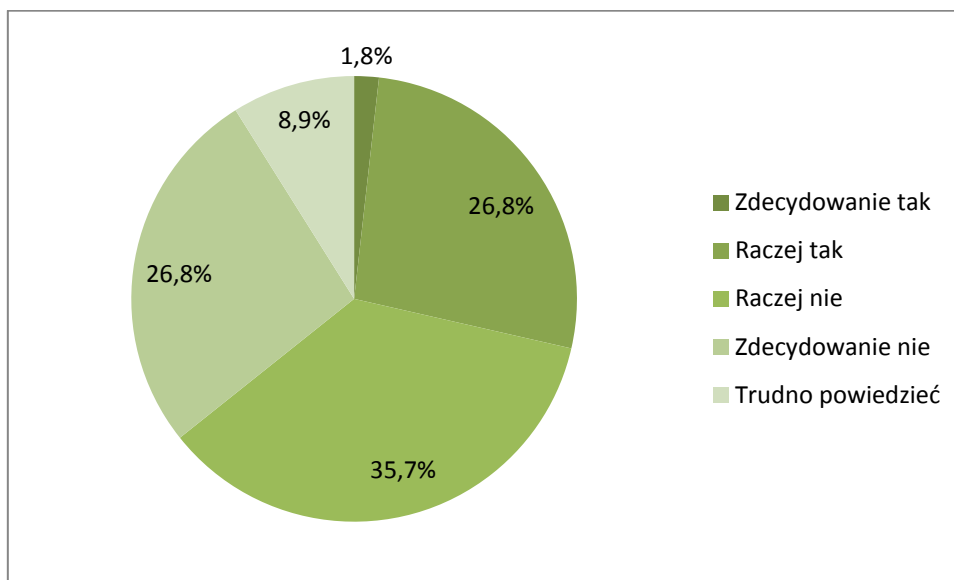
	GMINY	POWIATY	MIASTA NA PRAWACH POWIATU	WOJEWÓDZTWA
SZPITALA OGÓLNE	5,0%	17,3%	30,5%	57,4%
ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE I PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE	0,2%	0,1%	1,5%	0,0%
LECZNICTWO PSYCHIATRYCZNE	1,0%	0,002%	0,001%	5,4%
LECZNICTWO AMBULATORYJNE	5,7%	0,2%	0,9%	2,3%
RATOWNICTWO MEDYCZNE	0,1%	0,3%	0,1%	0,5%
KOLUMNY TRANSPORTU SANITARNEGO	-	-	-	-
MEDYCYNA PRACY	-	0,002%	-	9,3%
PROGRAMY POLITYKI ZDROWOTNEJ	1,6%	0,2%	4,1%	0,6%
ZWALCZANIE NARKOMANII	3,9%	0,01%	1,5%	0,6%
PRZECIWDZIAŁANIE ALKOHOLOWI	72,2%	0,04%	23,3%	2,9%
SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE ORAZ ŚWIADCZENIA DLA OSÓB NIE OBJĘTYCH OBOWIĄZKIEM UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	0,002%	76,8%	30,5%	0,05%
STAŻE I SPECJALIZACJE MEDYCZNE	-	-	-	-
IZBY WYTRZEŻWIENIA	0,5%	0,01%	3,8%	-

Źródło: Obliczenia własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r., GUS, Warszawa 2014 [Uwaga metodyczna: z uwagi na wartość bezwzględne w tys. zł, oraz przyjęty wybór rozdziałów budżetowych podane przez GUS wartości nie sumują się do 100%]

⁶⁵ Por. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r., GUS, Warszawa 2014

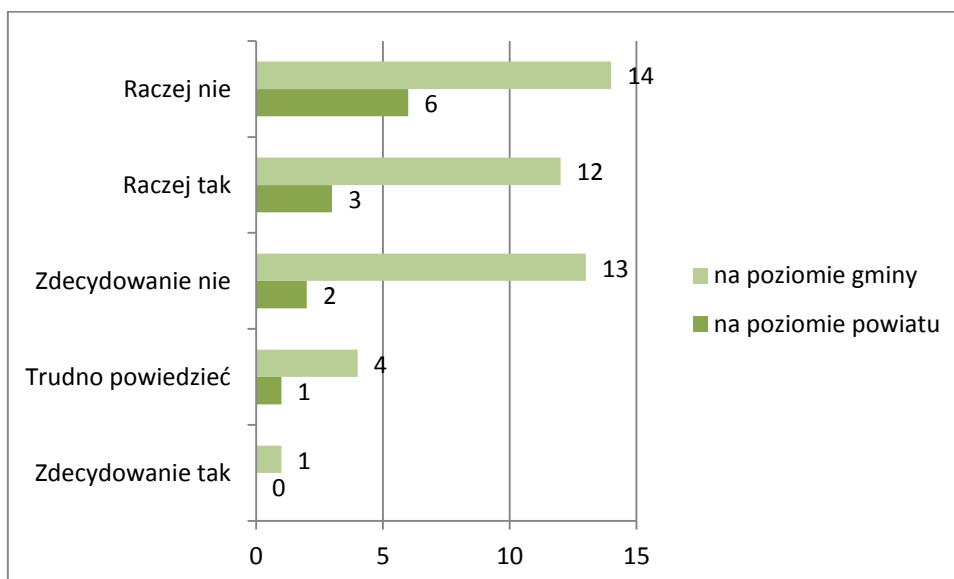
Analizując potrzeby beneficjentów podczas przeprowadzonych wywiadów poproszono respondentów o określenie, czy obecne działania ich podmiotów zaspokajają potrzeby mieszkańców regionu, pacjentów. Blisko 30% respondentów JST wskazuje, że tak lub raczej tak. Wyniki te nie różnicują się istotnie w podziale na poziom JST.

Wykres 16. Czy realizowane przez Państwa (i planowane do realizacji) programy zdrowotne są wystarczające w stosunku do potrzeb i problemów zdrowotnych mieszkańców regionu?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=56

Wykres 17. Czy realizowane przez Państwa (i planowane do realizacji) programy zdrowotne są wystarczające w stosunku do potrzeb i problemów zdrowotnych mieszkańców regionu?

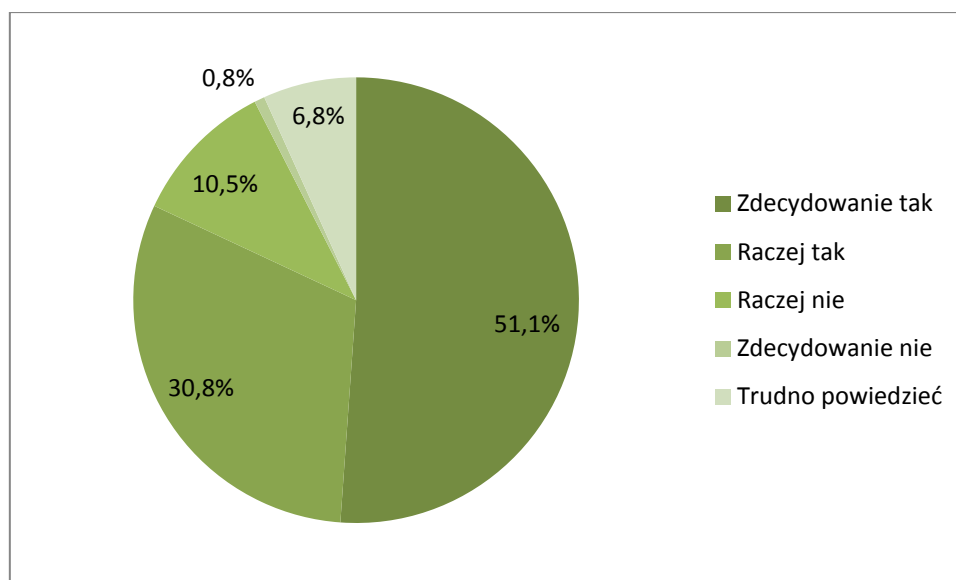


Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=56

Respondenci z sektora NGO, wskazywali, że ich działania zdecydowanie nie zaspokajają potrzeb mieszkańców regionu. W przypadku sektora POZ 56,5% badanych deklaruje, że ich usługi są wystarczające w stosunku do potrzeb.

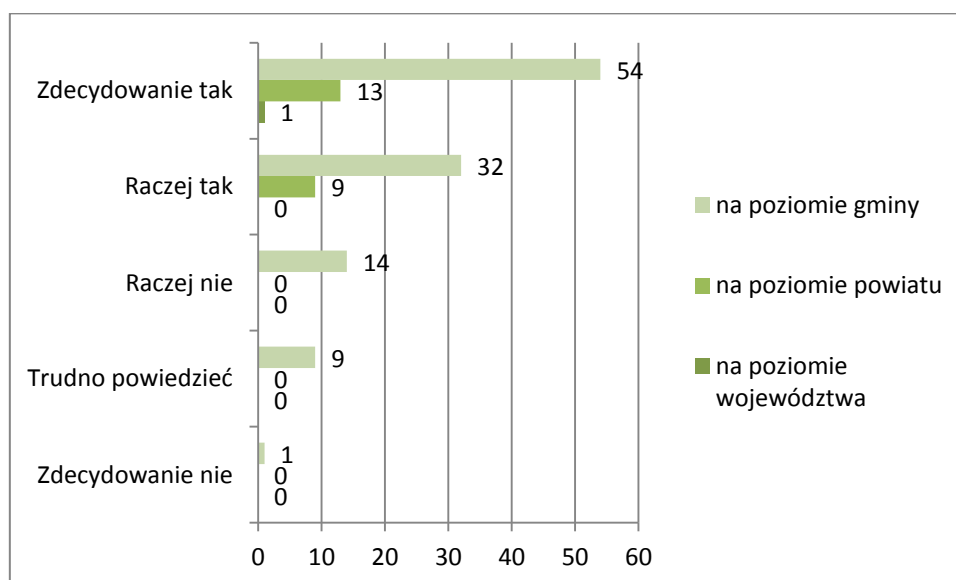
Sektor JST, obok sektora pozarządowego, w największym stopniu zainteresowany jest środkami finansowymi z EFS. O ile w przypadku NGO, jest to czasami kwestia „być albo nie być” na rynku, o tyle w przypadku JST środki EFS to jeden z wielu funduszy w nowej perspektywie, w którym może aplikować o środki. Tylko na poziomie 1 gminy padła deklaracja, że podmiot zdecydowanie nie jest zainteresowany środkami, a w przypadku 9 gmin padła deklaracja, że raczej nie są zainteresowani.

Wykres: Czy byliby Państwo zainteresowani pozyskaniem wsparcia na świadczenie usług zdrowotnych ze środków EFS



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=133

Wykres: Czy byliby Państwo zainteresowani pozyskaniem wsparcia na świadczenie usług zdrowotnych ze środków EFS – podział na JST



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=133

Badani z grupy NGO, to grupa respondentów, która w największym stopniu zainteresowana jest pozyskaniem środków EFS na realizację działań w obszarze zdrowia – 35 na 36 odpowiedzi. W największym stopniu sektor pozarządowy zainteresowany byłby programami w zakresie profilaktyki i rehabilitacji. W przypadku POZ zainteresowanie pozyskaniem środków EFS, a co za tym

idzie realizacją programów, jest znacznie mniejsze – 72,2% wskazań. Jednostki POZ niezainteresowane środkami deklarują, że:

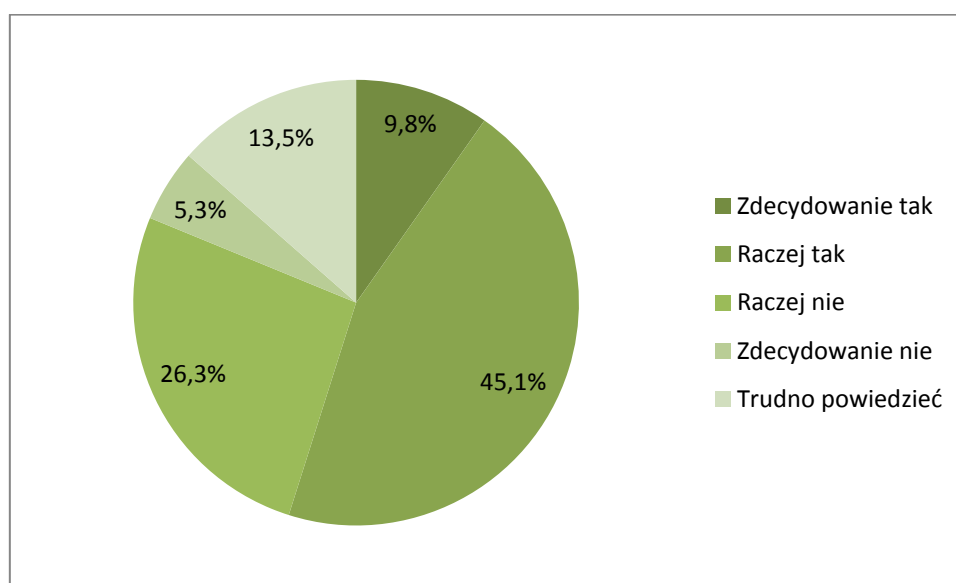
- Próbowaliśmy wcześniej ubiegać się o środki unijne, nigdy nic z tego nie wyszło – 11,8%;
- Jesteśmy małą placówką, sami byśmy nie napisali takiego wniosku, a ponadto zaplecze finansowe jest małe – 11,8%;
- Organizujemy prace z własnych środków w zakresie naszych potrzeb, nie są nam potrzebne środki unijne – 23,5%.

Wśród jednostek leczniczych, które zadeklarowały chęć ubiegania się o środki, wymieniane jest zapotrzebowanie na wszystkie typy programów: profilaktyki (75,9%), rehabilitacji (56,5%) oraz wykrywania wad rozwojowych (57,4%).

Wśród jednostek, które deklarują, że nie są zainteresowane wsparciem, powodem są przede wszystkim: brak środków na wkład własny (13,3%), brak wiedzy o potrzebach pacjentów i mieszkańców regionu (26,7%), czy brak jednostek zdrowotnych podlegających poszczególnym jednostkom (13,3%).

Przedstawiciele reprezentujący JST wskazują, że w ich jednostce jest zapotrzebowanie na programy z zakresu profilaktyki (81,2%), rehabilitacyjne (60,2%) oraz wykrywania wad rozwojowych (77,4%).

Wykres 18. Czy dostrzegają Państwo jakieś bariery, które mogłyby utrudniać ubieganie się o tego typu wsparcie?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=133

W przypadku sektora samorządowego, ponad 60% badanych wskazuje, że mogą wystąpić bariery podczas ubiegania się o środki unijne. Wśród wymienionych barier dominują poniższe obszary:

- Bariera finansowa – 68,8%;
- Brak zaplecza lokalowego i kadrowego – 9,7%;
- Bardzo wysokie sformalizowanie dokumentacji – 5,6%;
- Brak doświadczenia w zakresie ubiegania się o środki unijne – 5,6%.

Zapytani o bariery, reprezentanci NGO, wskazywali przede wszystkim na:

- Bariery finansową (wkład własny)– 8 na 27 odpowiedzi;
- Brak zaplecza lokalowego i kadrowego – 9 na 27 odpowiedzi;
- Bardzo wysokie sformalizowanie dokumentacji – 6 na 27 odpowiedzi.

Na istniejące bariery w bieganiu się o środki EFS wskazuje 55,5% osób z tej grupy. Wymieniają oni:

- Bardzo wysokie sformalizowanie dokumentacji – 14,8%;
- Bariery finansową (wkład własny)– 11,1%;
- Brak spójnej informacji, że POZ mogą ubiegać się o takie wsparcie – 7,4%.

Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów jakościowych, zdaniem przedstawicieli Instytucji Zarządzającej RPO WZ, zdecydowanie **większe doświadczenie w aplikowaniu o środki unijne posiadają jednostki samorządowe**, dzięki czemu dla tego typu jednostek procedura aplikacyjna może być nieco łatwiejsza. Natomiast, grupą beneficjentów, którym, zdaniem przedstawicieli Instytucji Zarządzającej RPO WZ, proces ubiegania się o środki w ramach EFS może nastęrczać większych trudności mogą zaliczać się m.in. jednostki opieki zdrowotnej ze względu na ich mniejsze doświadczenie w zakresie aplikowania o wsparcie i rozliczanie projektów.

„Ten typ beneficjenta [JST] ma większe doświadczenie w aplikowaniu i w rozliczaniu projektów, więc może z tego tytułu mogło być im łatwiej. Szpitale nie mają po pierwsze takiego doświadczenia w aplikowaniu o środki unijne, nie mają też kadry, która jednak na tym specyficznym języku musi się znać, a chyba nie ma takiej jednostki samorządu, która by nie sięgnęła po te środki, ma po prostu większe doświadczenie. Więc o tyle mogłoby być łatwiej”.

[IDI_IZRPO_1]

Przedstawiciele jednostek samorządowych biorący udział w wywiadach jakościowych, faktycznie wyrażają zainteresowanie skorzystaniem ze wsparcia ze środków EFS, szczególnie w odniesieniu do zadań, które nie zostały uwzględnione w budżetach tych jednostek.

„Są zadania priorytetowe i one będą miały swoje finansowanie w budżecie miasta, ale oczywiście jeżeli pojawią się możliwości znalezienia źródła zewnętrznego, to my jak najbardziej będziemy chcieli o takie środki aplikować. Te, które nie są może zapisane w tej chwili jako priorytety są dla nas też istotne, ale z punktu widzenia budżetowego miasta, na ten moment nie znajdują swojego finansowania”. [IDI_JST_POW_1]

Warto też zaznaczyć, iż w wypowiedziach respondentów pojawiają się również sugestie, iż szczególnie w mniejszych ośrodkach może pojawiać się duże zapotrzebowanie na środki z EFS, ze względu na fakt, iż jak wskazują respondenci, dotychczas w aplikowaniu o tego typu wsparcie dominowały duże ośrodki zlokalizowane w przeważającej większości na obszarach miejskich.

„Jeżeli dobrze pamiętam, dwa bądź trzy, ale raczej dwa konkursy ogłoszone gdzieś w 2009 roku na wnioskodawców, czyli te szpitale powiatowe i tak dalej. Jednak większość tych środków została skonsumowana przez te duże projekty. Więc to był Szczecin, Koszalin, więc zapotrzebowanie myślę wśród tych małych [jednostek leczniczych, NGO], przede wszystkim ciągle jest”. [IDI_IZRPO_1]

Jednocześnie w kontekście dużego zapotrzebowania na wsparcie działań w obszarze zdrowia, w wypowiedziach respondentów sygnalizowane było również ewentualne **zagrożenie dużej ilości wniosków**, które mogłyby pojawić się w odpowiedzi na tego konkursy umożliwiające aplikowanie o wsparcie w ramach EFS.

„Jak oni sobie to rozpiszą, te konkursy wszystkie, jak ktoś usłyszy, że są tam pieniądze, te kryteria, to wszystko będzie przygotowane, efekt końcowy będzie taki, że naprawdę przyjdzie tysiąc wniosków. Bo każdy, kto wpadnie na pomysł, wystarczy indywidualna praktyka lekarska, grupowa, weźmy dalej mały ZOZ niepubliczny, większy ZOZ niepubliczny, tysiące lekarzy rodzinnych, przecież w ten sposób i potem, od maluchów do gigantów, to ja im współczuję, jak oni będą musieli to faktycznie obrabiać. [IDI_IZRPO_1]

W kontekście tak zdefiniowanego zagrożenia niezwykle istotnego znaczenia nabiera, zdaniem respondentów, kwestia tego, czy beneficjenci aplikujący o tego typu środki **są w stanie zapewnić gwarancję wykonania zakładanych zadań**. Ważne jest, zdaniem badanych to, czy zakładane w projektach działania są faktycznie możliwe do realizacji biorąc pod uwagę potencjał i możliwości danych jednostek. Weryfikacja tego czynnika jest, zdaniem przedstawicieli jednostek samorządowych, niezwykle istotnym czynnikiem warunkującym dystrybucji środków EFS wśród potencjalnych beneficjentów.

„Ciągle podkreślam rzetelność i tę gwarancję realizacji, bo wybór realizatorów może być przeogromny. Możemy, naprawdę wiele osób angażować do tego, tylko pytanie jest zawsze jakich osób, jakie podmioty, jakie instytucje. Ja znam swoje gminy i powiaty od tej strony. Poprzez monitorowanie, wiele rozmów z burmistrzami, wójtami. Pieniądz powinien być dystrybuowany do kogoś, kto jest tym gwarantem rzetelnego wykonania zadania. Oczywiście można pytać, czy ma pan doświadczenie w zakresie realizacji projektów unijnych. Jak się przyłożą, to rozpiszą takie rzeczy, że w gruncie się okaże, że są wspaniałymi realizatorami. W praniu wychodzi co innego”. [IDI_JST_WOJ_1]

Warto również wskazać na różnego typu ograniczenia, wskazywane przez respondentów wywiadów jakościowych, które mogą pojawić się, ich zdaniem, w odniesieniu do potencjalnych beneficjentów programu.

„Proszę zauważyć, że jeżeli mówimy o typach projektów związanych z wdrożeniem programów rehabilitacji, ułatwiających powroty do pracy, to jest jakby od razu już dedykowane urzędowi we współpracy ewentualnie z jakąś organizacją, która zajmuje się readaptacją społeczną czy zawodową osób. Ale jeżeli mówimy o kompleksowych programach profilaktycznych to te kompleksowe programy profilaktyczne już wymagają odpowiedniego zaplecza. Odpowiednim zapleczem dysponują jednostki albo marszałka, albo szpitale kliniczne. Pytanie czy szpitale kliniczne są zainteresowane. Nie. Szpitale kliniczne są zainteresowane realizacją kontraktów. W chwili obecnej kontrakty nie obejmują tematyki profilaktycznej w takim zakresie. Jeśli program profilaktyczny, to on jest dziś realizowany we wsparciu Ministra Zdrowia na przykład z mechanizmu norweskiego, bo tam jest łatwiej o dofinansowanie. Czy uczelnie medyczną, właściciela szpitali klinicznych stać na to, żeby ewentualnie wkład własny tutaj zabezpieczył i zajmował się tą profilaktyką, czy promocją zdrowia. Z doświadczenia wynika, że nie, bo nie jest to tak zwany logistycznie obszar, który jest w obszarze zainteresowania finansowego nawet osób, które chciałyby w to wejść”. [IDI_NGO_ZD_1]

Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów, dość poważną barierę dla przedstawicieli organizacji pozarządowych w aplikowania ośrodki EFS może stanowić **niewystarczające zaplecze infrastrukturalne** tych podmiotów.

„W samych warunkach tych konkursów są wskazania infrastrukturalne, które trzeba spełnić. Żadna organizacja pozarządowa nie jest w stanie spełnić tych wymagań infrastrukturalnych jeśli nie jest organizacją osadzoną i opartą o tak zwane współfinansowanie ze środków publicznych. Czyli generalnie rzecz biorąc tutaj te elementy, które są, choćby profilaktyka nowotworowa i tak dalej, tu wyraźnie widzimy, że tu chodzi o centrum onkologii na przykład i to jest taki partner, który ewentualnie może w to wejść, bo kompleksowo te elementy spełni. Wiec dlatego powiedziałam, że jest trudno”. [IDI_NGO_ZD_1]

„Czyli tutaj te trudności one nie wynikają bezpośrednio tylko i wyłącznie z zapisów, tylko od razu jakby patrząc na to widzimy, że takie organizacje pozarządowe, które bardzo często posiadają jedno pomieszczenie, jedno biuro i w tym biurze zamykają swój obszar działania, ewentualnie wychodzą poza ten obszar internetowo, czy komunikują się ze swoimi członkami w sposób wirtualny, komputerowy. To nie są partnerzy do tego, żeby w rozumieniu dobrym organizacji pozarządowych tak jak to jest w Unii Europejskiej, czy w Ameryce, żeby to był taki partner mocny, który ma swoje infrastrukturalne zaplecze, zbierane latami, doświadczenie zbierane latami”. [IDI_NGO_ZD_1]

Warto wskazać, iż w tym kontekście zarysowuje się **przestrzeń współpracy pomiędzy podmiotami**, w tym między jednostkami samorządu terytorialnego, które wykazują zainteresowanie aplikowaniem o wsparcie z EFS, a przedstawicielami organizacji pozarządowych działających w tym obszarze i dysponujących większą wiedzą merytoryczną w tym zakresie nabytą w toku doświadczeń.

„Gdyby to było coś takiego, że na przykład, organizacje pozarządowe mogłyby mieć utworzoną bazę informacji na temat obszarów działania i zainteresowań, coś jak poszukiwanie partnera, tak jak jest w Brukseli w programie Horyzont 2020. My robimy to i to, czyli takie CV organizacji. Ja sobie klikam, mam dostęp, ja widzę, że jak ja chcę coś zrobić, a jestem sama niewyposażona infrastrukturalnie tak, jakbym chciała, poszukujemy partnera i we współpracy możemy coś zrobić. Dwie organizacje, trzy organizacje, czy jakaś instytucja, czy partner biznesowy, co to by było najlepiej, gdyby partner biznesowy chciał nam zaufać i w tym momencie wsparcie było z tej strony w postaci wkładu własnego chociażby, to wtedy by było zupełnie inaczej. A tak jak mówię, to ja odnoszę cały czas wrażenie, że każdy robi wielkie rzeczy, bo ludzie robią naprawdę wspaniałe, fantastyczne rzeczy, ale każdy robi je to w oderwaniu i okazuje się, że nawet na terenie Szczecina jest przynajmniej 4-5 instytucji takich pozarządowych organizacji, które robią dokładnie to samo”. [IDI_NGO_ZD_1]

Należy podkreślić jednak, że mechanizm partnerstwa nie zagwarantuje zniwelowania efektu rozdrobnienia środków, bądź niwelowania kosztów administracyjnych. To może zagwarantować realizacja większych projektów - obejmujących większe obszary terytorialne, bądź większe populacje. Konieczne jest uwzględnienie dodatkowo dwóch ważnych kwestii na poziomie wniosków. Większość szpitali kierując się rachunkiem ekonomicznym „nie dołoży do projektów”, często nie założy środków finansowych nie dlatego, że nie chce, tylko nie może z uwagi na rachunek ekonomiczny placówki. **W tym kontekście istotne okazuje się partnerstwo międzysektorowe.** Druga kwestia to sugestia, że powiat albo zrealizuje projekt na teren wszystkich gmin, ale nie zrobi projektu samodzielnie na terenie gmin wybranych. Może tego dokonać, tylko jeśli gminy wejdą w partnerstwo i wyłożą środki. Natomiast istnieją gminy zadłużone, w wypadku których wyłożenie wkładu własnego może być z przyczyn dyscypliny finansów publicznych niemożliwe w tym sensie często szersze partnerstwo,

bądź zaangażowanie powiatu lub innego partnera (bądź po prostu projekt zewnętrzny) może być jedyną możliwością objęcia mieszkańców wsparciem w tym zakresie.

Rozpatrując możliwości absorpcyjne dla środków EFS grupy beneficjentów, jaką stanowią przedstawiciele jednostek ochrony zdrowia warto wskazać również na pewne istotne kwestie, które uwypuklają się w wypowiedziach respondentów należących do tej grupy. Dość znaczącą barierą dla przedstawicieli jednostek ochrony zdrowia może być **wymóg wkładu własnego**. Spełnienie tego wymogu, wiąże się, w opinii respondentów, z długotrwałą procedurą jego zatwierdzenia.

„Tak, ale to już jest proceduralność postępowania. To jest bardzo skomplikowane, bo to musi być rada społeczna na wydatkowanie, to musi być umieszczone w programie budżetu na następny rok, zatwierdzone, potem przez radę społeczną zatwierdzone przez Urząd Marszałkowski no i to tak”. [IDI_ZOZ_2]

„My żeby się przygotować też musimy mieć tak zwany wkład własny, bo musimy na przykład mieć projekt albo musimy mieć jakąś infrastrukturę, różne rzeczy musimy mieć, których najczęściej nie mamy”. [IDI_ZOZ_4]

Wypowiedzi respondentów tej grupy w zdecydowanej większości potwierdzają też tezę o **braku przygotowania tego typu jednostek do opracowywania założeń programowych** w tym zakresie ze względu na deficyty wiedzy merytorycznej dotyczącej m.in. samego procesu przygotowania wniosku, jego rozliczenia i opisanie w wymagany sposób problemów, których dotyczy.

„Na razie nie musieliśmy skorzystać z tego, ale czasami byłoby potrzebne, bo kwestia powiedzmy sobie przygotowania prawnego, albo organizacyjnego, bo no właściwe pisanie programu to spoczywa na kilku ludziach. No to trzeba trochę mieć żyłki do pisania, mieć orientację, to nie jest tak, że każdy napisze program. To jest tak jak w systemie jakości”. [IDI_ZOZ_2]

Problemem dla tej grupy jest również kwestia związana z licznymi **wymogami proceduralnymi** i biurokratycznymi, które towarzyszą procesowi aplikowania o wsparcie tego typu.

„Barierą jest straszna biurokracja. Ten okropny sposób rozliczania tego wszystkiego. Konieczność wkładu własnego albo na przykład zrobienie programu, czy przynajmniej części za własne pieniądze i dopiero potem możliwość uzyskania środków. Oczywiście, że jest przeszkodą, bo skąd mamy te środki wziąć własne?”. [IDI_ZOZ_4]

Warto podkreślić, iż zdaniem licznych respondentów wywiadów jakościowych, **szpitale nie są przygotowane** do tego typu przedsięwzięć, jakim jest aplikowanie o środki EFS.

„Szpitale nie są przystosowane do załatwiania tego typu spraw, no, bo to nigdy się tym nie zajmowaliśmy wcześniej. Jeżeli to jest mały projekt, to nie ma problemu, jak jest większy, to biurokracja jest taka, że muszą być dodatkowi ludzie, żeby to wdrożyć i rozliczyć”. [IDI_ZOZ_4]

Warto zaznaczyć również, iż w wypowiedziach respondentów pojawia się wskazanie na możliwe wystąpienie **problemów natury organizacyjnej** w zakresie świadczenia usług ze środków EFS oraz innych źródeł w jednostkach ochrony zdrowia.

„Znaczący ja powiem w ten sposób, jeżeli by miało być to dokładnie to samo, co my wykonujemy w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, finansowane przez NFZ, jeżeli miało być drugie

źródło finansowania tych samych usług, to by organizacyjnie musiało być i prawnie ustalone kiedy, kto, w jaką kolejną, z jakich środków finansowane. Musiałoby to być bardzo czytelne, tym bardziej, że płatnik też nas kontroluje, czy nie daj Boże ta sama usługa nie jest finansowana przez kogoś innego”. [IDI_ZOZ_1]

„Weszlibyśmy w dodatkowy program, jeszcze poza Narodowym Funduszem Zdrowia i teraz pytanie, którą pacjentkę w ramach Narodowego Programu przyjmą, a którą pacjentkę przyjmą w ramach programu na przykład ze środków unijnych”. [IDI_ZOZ_1]

Potencjalni beneficjenci, którzy wzięli udział w badaniach FGI, również wyrażali zainteresowanie ubieganiem się o dodatkowe środki na działania z zakresu ochrony zdrowia. Przykładem może być tutaj Zachodniopomorskie Centrum Onkologii, które wstępnie wyraziło zainteresowanie ubieganiem się o środki na profilaktykę. Pozostali respondenci też wyrażali chęć w ubieganiu się o takie środki. Badani, jako główny powód zainteresowania takim wsparciem wskazywali brak wystarczającego finansowania w stosunku do potrzeb, jakie występują. Dlatego otrzymanie dodatkowego wsparcia, obojętnie w jakiej postaci i wielkości, będzie postrzegane jako pozytywne działanie.

„O3: Tu Zachodniopomorskie Centrum Onkologii to na pewno starałoby się o takie środki pod kątem profilaktyki, od samego początku, od tej prewencji, o której tutaj doktor Holicki mówił, bo takie działania prowadzimy jak kontakty z młodymi ludźmi, wykłady są też w szkołach i w tego rodzaju placówkach i profilaktyka dalsza, (...)” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

„O4: Prawda jest taka, że nasza służba zdrowia jest w tej chwili w takiej kondycji, że jakkolwiek zastrzyk, z którejkolwiek strony będzie mile widziany, bo nie ma chyba w tej chwili jakiegось takiego obszaru, który byłby nasycony.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_II]

Jeden z respondentów dostrzegał również ryzyko związane z finansowaniem usług, których źródłem byłyby zarówno pieniądze pochodzące z funduszy unijnych, jak też z innych źródeł np. z NFZ.

„O4: Natomiast to jest jedno niebezpieczeństwo i to jest ten problem,, że nie można tego samego robić z różnych źródeł finansowania. Cross-financing jest niedozwolony, czyli strzelam mammografia dla kobiet 50-70, tak jak jest w programie rządowym nie może być finansowana również ze środków samorządowych.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

Innym czynnikiem, jaki warunkuje chęć ubiegania się o dodatkowe wsparcie jest wiedza merytoryczna przy pisaniu wniosków, której brakuje niektórym potencjalnym beneficjentom. W badaniach fokusowych wskazywali oni na potrzebę doszkalania bądź dodatkowego wsparcia właśnie podczas przygotowywania takiego wniosku.

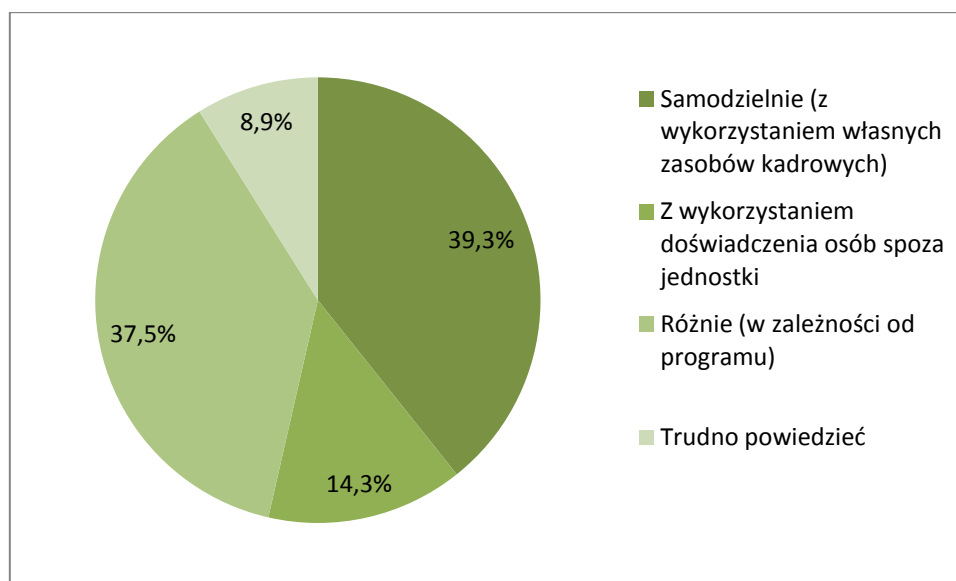
„O5: Oczywiście, że skorzystalibyśmy, ale my potrzebujemy wsparcia merytorycznego przy pisaniu projektów. Nie posiadamy warsztatu, nie umiemy tego robić.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_II]

2.8 Główne bariery dotyczące możliwości tworzenia programów polityki zdrowotnej na poszczególnych poziomach JST

W przypadku programów polityki zdrowotnej realizowanych lub planowanych przez JST wyniki badania ilościowego wskazują, że programy tworzone są w blisko 40% samodzielnie przez jednostkę,

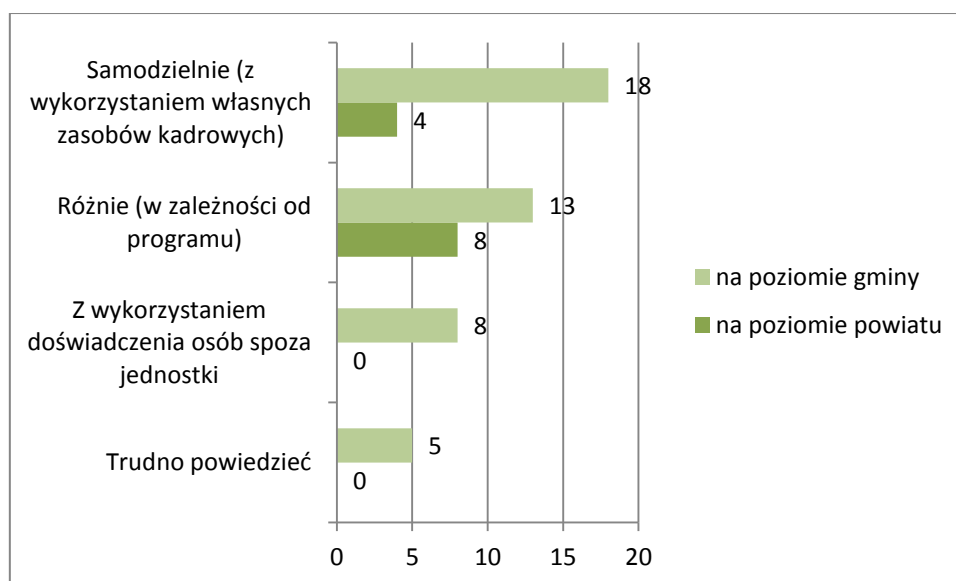
natomiast w blisko 38% w partnerstwie z innymi podmiotami. Odpowiedzi na to pytanie nie różnicują się ze względu na poziom JST.

Wykres 19. W jaki sposób Państwa jednostka opracowuje projekty programów polityki zdrowotnej?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=56

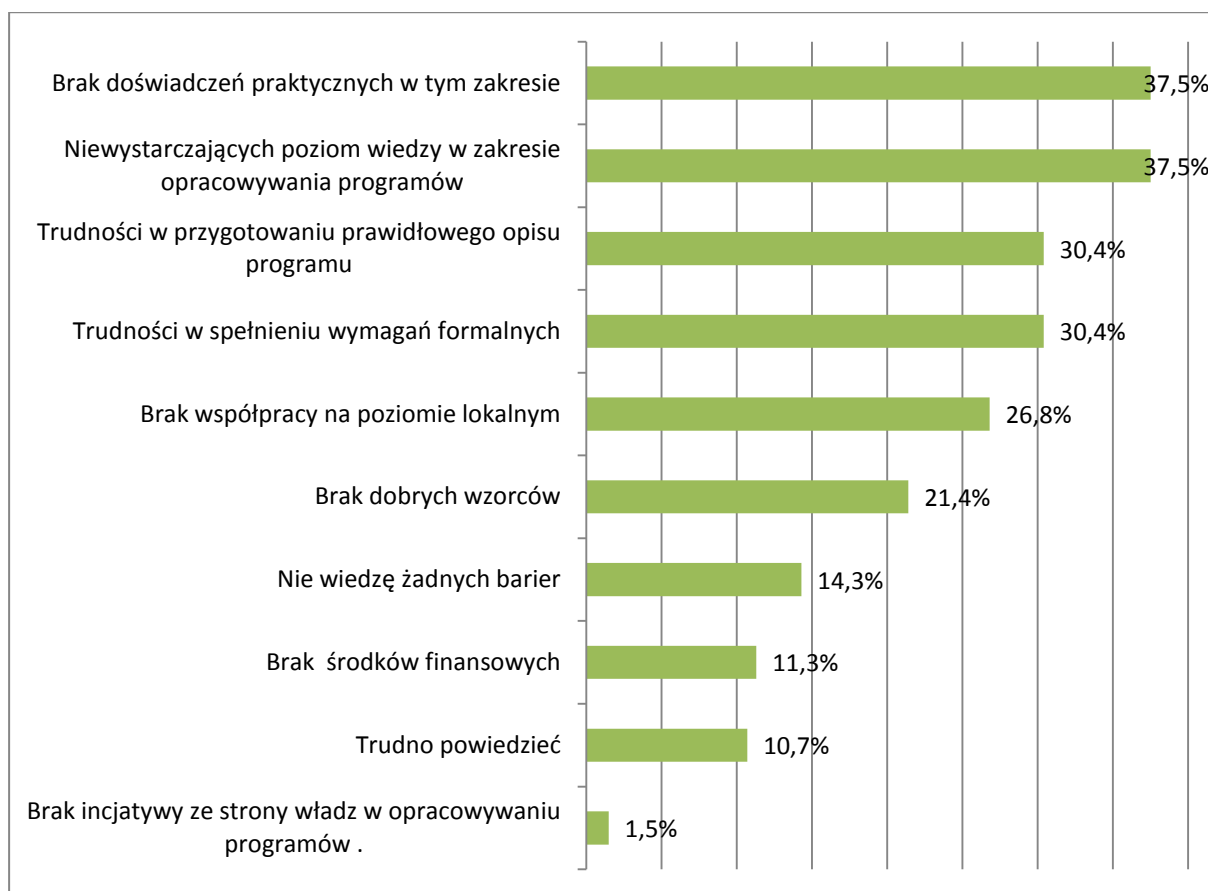
Wykres 20. W jaki sposób Państwa jednostka opracowuje projekty programów polityki zdrowotnej? – podział w JST



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=56

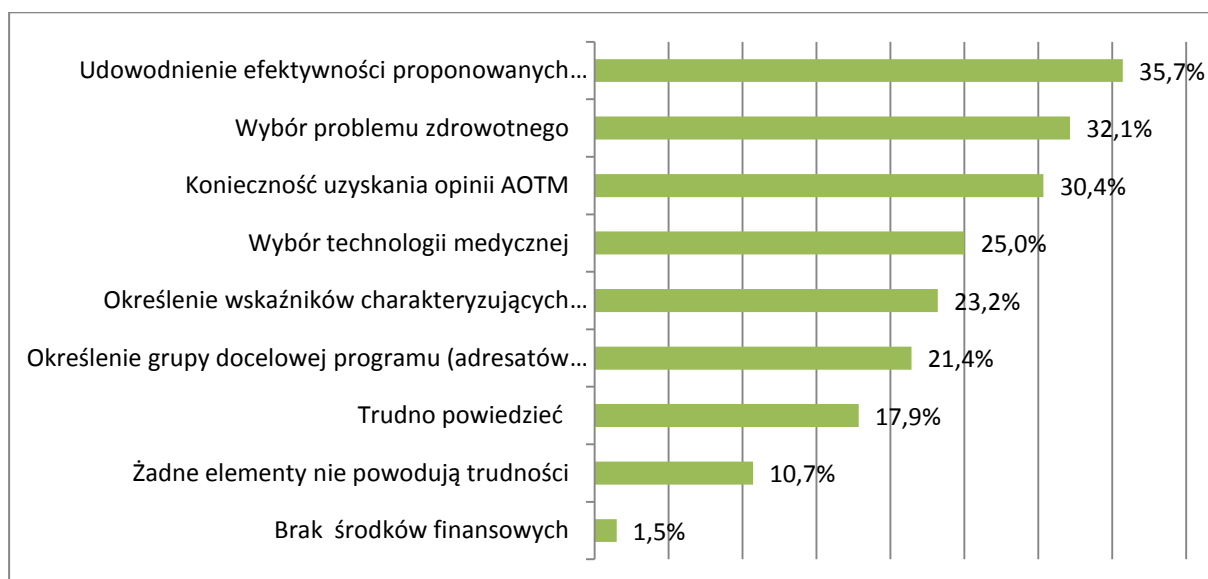
Wśród głównych barier dotyczących tworzenia programów polityki zdrowotnej urzędnicy z JST wymienili brak doświadczenia w tworzeniu programów, brak przygotowania merytorycznego oraz brak wsparcia od innych podmiotów lokalnych lub władz. Wśród zdefiniowanych trudności przy tworzeniu opisu i celów programów podają sami wybór problemu zdrowotnego, diagnozę potrzeb czy analizę efektywności zaproponowanej formy wsparcia.

Wykres 21. Jakie są Pana/i zdaniem główne bariery dotyczące możliwości tworzenia programów polityki zdrowotnej przez Państwa jednostkę?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=125

Wykres 22. Które ze wskazanych elementy opisu programu zdrowotnego, powodują, Pana/i zdaniem, największe trudności na etapie opracowywania projektów programów zdrowotnych?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=112

W wypowiedziach respondentów wywiadów jakościowych, wśród najczęściej pojawiających się trudności w zakresie opracowywania programów polityki zdrowotnej, zdecydowanie dominowała kwestia związana z **przygotowaniem diagnozy wybranego problemu**. Zagadnienie to uwidacznia się zarówno w wypowiedziach przedstawicieli jednostek samorządowych na poziomie gminnym, jak też powiatowym, co może dowodzi wskazanej bariery w tym zakresie.

„Zebranie danych epidemiologicznych o wymaga sporo i czasu i umiejętności poruszania się po różnych instytucjach, w których takie dane można uzyskać i takiego zredagowania tego programu. To znaczy opisanie go w taki sposób, bo nie wiem czy Pan kiedyś widział jak wygląda wnioski do AOTM do zaopiniowania programu. Tutaj oprócz danych epidemiologicznych, literatury j, jest szereg szczegółowych informacji, które na poziomie pracowników wydziału są już zbyt trudnymi, żeby oni to byli w stanie zrobić”.
[IDI_JST_POW_1]

Problem z dostępnością do odpowiednich danych w tym zakresie sygnalizowali również liczni przedstawiciele jednostek samorządowych na poziomie gminnym.

„Nie mamy żadnych danych, do których można byłoby się odnieść, nie mamy wglądu do najczęstszych zachorowań. Jeżeli już jakos tam podstawową bazę informacji się zgromadziło, zdobyło, czy to z rozmów, czy z jakichś obserwacji, to napisanie programu zdrowotnego ze wskaźnikami, bo przecież wiemy jaki chcemy cel osiągnąć, to nie jest raczej problemem. Problemem jest tylko zdobycie precyzyjnych i wystarczających informacji, na bazie których można ten program stworzyć”. [IDI_JST_GM_3]

„Mi się wydaje, że trzeba by było wyjść od zbadania w ogóle potrzeb, czego my też nie mamy, bo nie mamy żadnej diagnozy, stanu zdrowia naszych mieszkańców. My możemy się posilić o strukturę demograficzną, takie dane mamy, ale nie mamy na co chorują, co by potrzebowali. Od tego by trzeba było wyjść.”. [IDI_JST_GM_4]

Wypowiedzi uczestników wywiadów jakościowych wskazują, iż respondenci próbują pozyskiwać niezbędne dane z wykorzystaniem różnych źródeł i kanałów informacji.

„Badań własnych nie było. Próbowalam korzystać przy opracowywaniu programu z danych ze starostwa i powiem szczerze, że tam też nie było żadnych wyników badań, żadnych analiz, akurat w tej dziedzinie. Były bardzo ogólne dane, więc na dobrą sprawę na ten moment nie było się na czym oprzeć”. [IDI_JST_GM_5]

„Ja robiłam takie spotkania z lekarzami, u nas ta podstawowa opieka zdrowotna jest w rękach prywatnych, trochę trudno się rozmawia z lekarzami na ten temat. No oni nie muszą poza tą statystyką, którą raz na jakiś czas przysyłają do zwierzchnich urzędów, dzielić się z nami, a nawet bardzo często nie mogą.. Natomiast my to wiemy poprzez współpracę z tymi organizacjami pozarządowymi, które mają rozeznanie w tym, co do tej pory było tutaj na naszym rynku, jakie zapotrzebowanie na profilaktykę, w jakim zakresie pojawiają się nowe trendy i my od organizacji pozarządowych praktycznie wiemy o tych istotnych rzeczach”.
[IDI_JST_GM_3]

Wśród pomysłów na rozwiązanie tego problemu pojawia się w wypowiedziach respondentów wskazanie m.in. na potrzebę zacieśniania współpracy z instytucjami/ośrodkami, które mogłyby takich danych dostarczać.

„To, co zauważyłam, jak jeździłam, na jakieś konferencje, to na przykład, jak jest w danym mieście, czy uniwersytet medyczny, czy takie zaplecze kadry wysoko wykształconej, to na pewno to dużo daje, bo tak naprawdę, jak piszemy program, to posiłkujemy się wiedzą z Internetu. Natomiast, jak widziałam w innych miastach, to występowali do katedry na uniwersytecie, występowali o opinie, konsultacje, o jakieś wyniki badań, więc to była ogromna wiedza i doświadczenie, które można włożyć w ten program wtedy. I tego mi tutaj brakuje, bo my tutaj nie mamy do kogo się zwrócić. No, gdzie napiszę? Do Gdańska, do Szczecina? Pewnie może i bym mogła do konsultanta. Natomiast wie Pan, inaczej jak to jest miasto, współpraca to dla jednych i dla drugich jest zawsze owocna. Tego mi brakuje”.
[IDI_JST_POW_2]

Innym pomysłem, który został zasugerowany w wypowiedziach respondentów, jest **zlecenie wykonania takiej diagnozy** firmom zewnętrznym. W tym zakresie, pojawia się jednak bariera natury finansowej, a także kwestia związana z dostępnością niektórych danych wrażliwych, co może, zdaniem respondentów, utrudniać pozyskanie niezbędnych danych w tym zakresie w taki sposób.

„Ten brak informacji, o którym mówię i dlatego chętniej badanie diagnostyczne przekazałabym jakiejś firmie. Chociaż nie wiem, czy firmy mają dostęp do danych. Proszę uznać za fakt, że dane dotyczące zdrowia człowieka, to są zawsze dane wrażliwe”.
[IDI_JST_GM_3]

Kolejna istotna bariera, która wielokrotnie pojawiała się w wypowiedziach respondentów wywiadów jakościowych, to kwestia związana z **deficytami w zakresie kadry**, która byłaby merytorycznie przygotowana do opracowywania tego typu programów i posiadała niezbędną wiedzę w tym zakresie. Warto podkreślić, że problem ten zarysowuje się na wszystkich szczeblach samorządowych, począwszy pod szczebla wojewódzkiego, powiatowego, a także gminnego.

„My tutaj jesteśmy zespołem, który do takich bieżących działań jest przygotowany, do zadań wynikających z regulaminu urzędu. Natomiast to jest dodatkowe działanie, dodatkowa praca i nie jestem do końca pewna, czy byśmy podotali temu, żeby opracować na takim dobrym poziomie programy, które by były bez problemu zatwierdzane przez kolejne instytucje”.
[IDI_JST_WOJ_2]

„No u nas ochrona zdrowia jest tak przyklepiona do tego naszego referatu oświaty i spraw społecznych. Nie ma w referacie osoby, która by czuła sens merytorycznie co należy zrobić w zakresie zdrowia”. [IDI_JST_GM_4]

Przedstawiciele jednostek samorządowych wskazują również, iż niejednokrotnie opracowanie założeń programu wiąże się z koniecznością zaangażowania dodatkowych osób w postaci ekspertów, co stanowi znaczne obciążenie finansowe dla tych jednostek.

„Samodzielne przygotowanie projektu programu do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych to tak naprawdę powoduje, że my dwukrotnie musimy ogłaszać konkurs i, cały ten proces wydłuża się w czasie. Wydatkujemy dodatkowe środki, ponieważ trzeba za tą część przygotowania programu komuś zapłacić i to na etapie, kiedy on przygotowuje nam projekt programu i na etapie, kiedy ten program uzyskuje pozytywną ocenę, bo my warunkujemy, że ktoś nam przygotowuje, jakąś kwotę mu za to płacimy, bo ktoś się napracował, ale w tym momencie my jeszcze nie wiemy czy ten program uzyska pozytywną ocenę. Więc dopiero wysyłamy go, po uzyskaniu oceny kończymy umowę, wypłacamy”. [IDI_JST_POW_1]

Bariera finansowa to kolejna kwestia dość często poruszana w wypowiedziach respondentów biorących udział w wywiadach.

„Może rzeczywiście ten brak diagnozy, brak środków, ograniczone możliwości z kadrą. Ja uważam, że gdyby były pieniądze to i kadra by się znalazła”. [IDI_JST_POW_3]

„Pieniądze. Bo pomysłów i możliwości realizacji jest dużo, natomiast główna bariera to pieniądze. Chociaż wiem, że do tej pory na profilaktykę nie było i z tego, co słyszę dalej ma nie być. No, największa bariera, to finansowa”. [IDI_JST_POW_2]

Z wypowiedzi badanych można wysnuć wniosek, że pojawiają się pomysły i chęć współpracy z otoczeniem, tj. szpitale, które według przedstawicieli JST mają największy potencjał ze względu na bazę sprzętową i specjalistów, ale przedsięwzięcia nie są podejmowane ze względu na finanse.

„Zawsze barierą jest bariera finansowa dlatego, że my jesteśmy jednak jednostką powiatową. Nie możemy się skupić na wąskiej grupie osób, które będą objęte tym programem, musielibyśmy objąć cały powiat, nie tylko iść do jednej gminy, bo dlaczego akurat do tej. To są, naprawdę zawsze pieniądze, bo ich tak dużo nie ma”. [IDI_JST_POW_5]

„Tak i to jest, jakaś tam bariera dla nas. Co z tego, że na zeszły rok mieliśmy plany, rozmawialiśmy z dwoma szpitalami, mniej więcej, jakby wyglądała możliwość, ewentualnie napisania programu, byśmy sobie napisali ten program. Nawet, jak byśmy, tak już mówiąc nieoficjalnie nie dostali akceptacji, byśmy tak realizowali program, tylko wiązało się to z kosztami. Myśleliśmy, że może nasza rada gminy znajdzie pieniądze, nie znalazła na to”. [IDI_JST_GM_2]

Należy również wspomnieć o barierze, jaką stanowi **procedura akceptacji programów przez AOTM**. Z wypowiedzi uczestników wywiadów wynika, iż jest ona problematyczna dla przedstawicieli wszystkich trzech szczebli tj. wojewódzkiego, powiatowego, jak też gminnego przede wszystkim ze względu na długi czas jej realizacji, a także trudności w spełnianiu określonych wymagań.

„To wiemy, że te projekty muszą przejść ścieżkę. Czyli muszą być zatwierdzone wstępnie przez Ministerstwo Zdrowia, nawet Komitet Sterujący. Potem muszą być opracowane już w takiej pełnej formie i przedstawione Agencji Oceny Technologii Medycznych. I tutaj widzę ryzyko, bo [to jest zbyt długi] czas, i na opracowanie, i na przedstawienie opiniowania, i potem na rozwinięcie tego projektu, skonkretyzowanie i poczekanie na tą opinię..’ [IDI_JST_WOJ_2]

„Czas. Wiem, jak wysyłał do ATOM-u jest napisane, że bym nie skłamała, kiedyś było 3 miesiące, teraz chyba jest pół roku. No, że oni, po prostu się nie wyrabiają i jest dłużej”. [IDI_JST_POW_2]

Ponadto przedstawiciele JST wskazują, że nie mają wiedzy o procedurze oceny programów i wymogach stawianych projektodawcom.

„Wysłał go do opinii do Agencji i chyba w październiku przyszła negatywna odpowiedź, po prostu był zbyt ogólnikowy. Nie zawierał szczegółowych rozwiązań, szczegółowych danych, szczegółowych wyliczeń, także jeśli chodzi o finansowanie. Natomiast właśnie jednym z zarzutów tej Agencji było to, że brak bardziej szczegółowych wyliczeń finansowych, że nie mamy tego rozpisanego, jakie to będą faktycznie koszty”. [IDI_JST_GM_5]

„Powiem Panu tak, kiedyś dawno temu nasz pracownik pisał program zdrowotny. Pamiętam, wysłaliśmy ten program do tego ATOM i z tą instytucją był problem. Nie wiem, czy oni nie zaakceptowali, czy oni, w ogóle odpisali, że oni się tym nie zajmują. Na tym etapie utknęliśmy. Program potem nigdy dalej nie poszedł w ruch. Nigdy to nie wyszło dalej. Potem, po latach próbowaliśmy znowu i cały czas znowu wiązało się z tym, że trzeba mieć akceptację tego instytutu”. [IDI_JST_GM_2]

Potencjalni beneficjenci, którzy wzięli udział w badaniach FGI (zarówno gminy jak i powiaty) wskazywali dwie główne bariery, które dotyczą możliwości tworzenia przez nich programów polityki zdrowotnej. Przede wszystkim są to wcześniej wspomniane braki kadrowe dotyczące specjalistów, którzy od merytorycznej, jak i formalnej strony mogliby zająć się przygotowaniem takich programów.

„O5: Na pewno w urzędzie miasta nie ma specjalistów, aż tak wysokiej klasy, którzy by się znali, właśnie na okulistyce, na stomatologii. Czyli osób, które mogłyby podjąć się napisania takiego programu.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

„O5: Natomiast ja też mam świadomość tego, że żaden z lekarzy, czy też innych zawodów medycznych, którzy są predysponowani do napisania takich programów, którzy mogliby napisać taki program profilaktyczny jakikolwiek, no nikt za darmo tego nam nie robi charytatywnie.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

Kolejna bariera wskazywana przez potencjalnych beneficjentów łączy się bezpośrednio z pierwszą, ponieważ nie posiadając odpowiednich specjalistów w swoich strukturach, którzy mogliby się zająć przygotowaniem takich programów, muszą oni zlecać je firmą zewnętrzną, co się wiąże z wydatkami, na jakie nie pozwala posiadany przez nich budżet.

„O1: Niestety wniosek, żeby złożyć na drogi, to musiałam zatrudnić firmę zewnętrzną, bo nikt nie przejdzie, nie robi tych tabel. Nie da rady.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_II]

Potencjalni beneficjenci wskazywali również na to, że uproszczenie procedury znacznie ułatwiłoby im ubieganie się o tego typu wsparcie.

„O5: Jeżeli chodzi o samo aplikowanie, jaka formuła aplikowania ma być do RPO, tudzież do innych takich funduszy, to na pewno uprościłoby to sprawę, gdyby to było w formie dotacji.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

JST na poziomie gmin również dostrzega bariery związane z ograniczonym budżetem, co bezpośrednio przekłada się na brak możliwości zlecenia przygotowania takiego programu odpowiednim specjalistom. W przypadku jednego z respondentów badania FGI rozwiązano to na zasadzie „prac społecznych”, gdzie pracownicy sami zobowiązali się do przygotowania takiego programu, poza swoimi godzinami pracy, aby odciążyć budżet, a jednocześnie stworzyć nowe możliwości dla potencjalnych pacjentów/mieszkańców.

„O5: Znaczą tak jak powiedział, że w ogóle stworzenie tego programu. Są wymogi, że trzeba ten program napisać, jeszcze w odpowiednim schemacie. A skąd z kolei wziąć na napisanie tego programu pieniądze? Praktycznie robiliśmy to wszystko w pracach społecznych. Nikt za to nie wziął żadnych pieniędzy, za napisanie tego programu.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

JST (powiaty) wskazują na to, że potrzeby, powinny być sprawdzone przez odpowiednie instytucje przed przystąpieniem do tworzenia programu. Również podmioty powinny uczestniczyć w procesie tworzenia programów we wczesnym ich stadium wdrażania/rozpisywania.

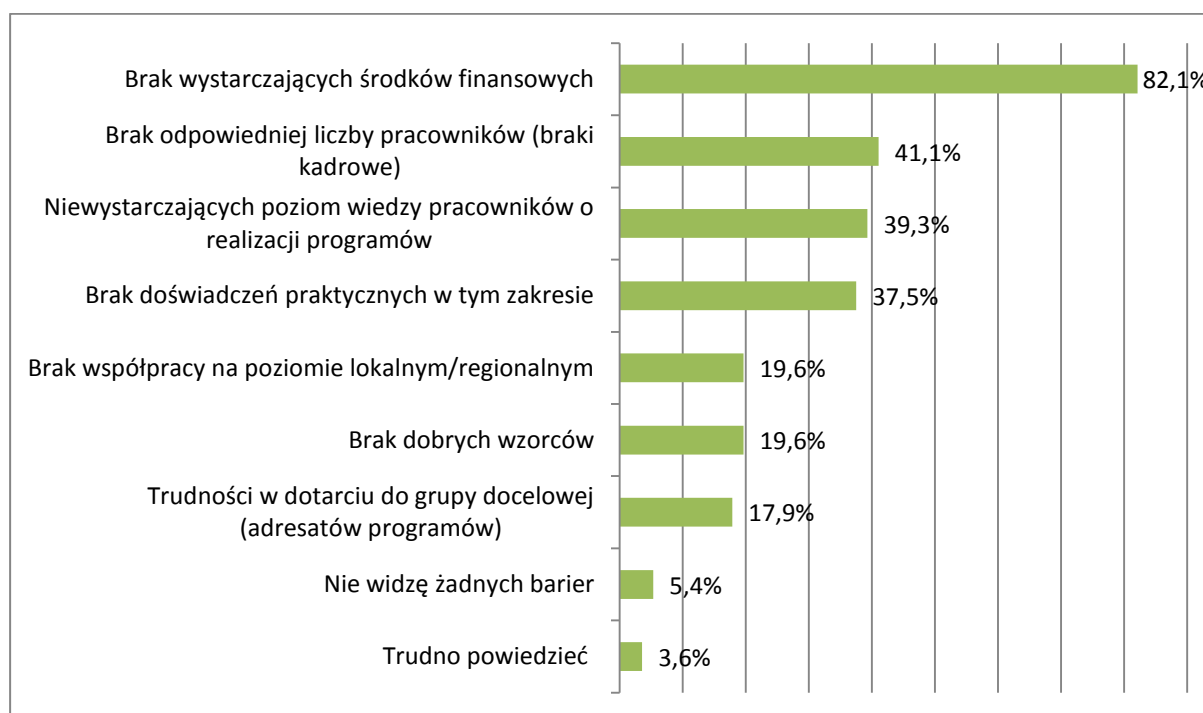
„O1: Przed przystąpieniem do tworzenia programów, jednostki do których kierowana jest dana tematyka powinny mieć możliwość np. poprzez ankietę, wywiad uszczegółwić i doprecyzować swoje wymagania, oczekiwania itp.” [FGI_Koszalin_JST_POW]

„O1: Uczestnictwo podmiotów w procesie tworzenia programów we wczesnym ich stadium wdrażania/rozpisywania.” [FGI_Koszalin_JST_POW]

2.9 Jakie są główne bariery dotyczące możliwości realizacji/wdrażania programów polityki zdrowotnej na poszczególnych poziomach JST

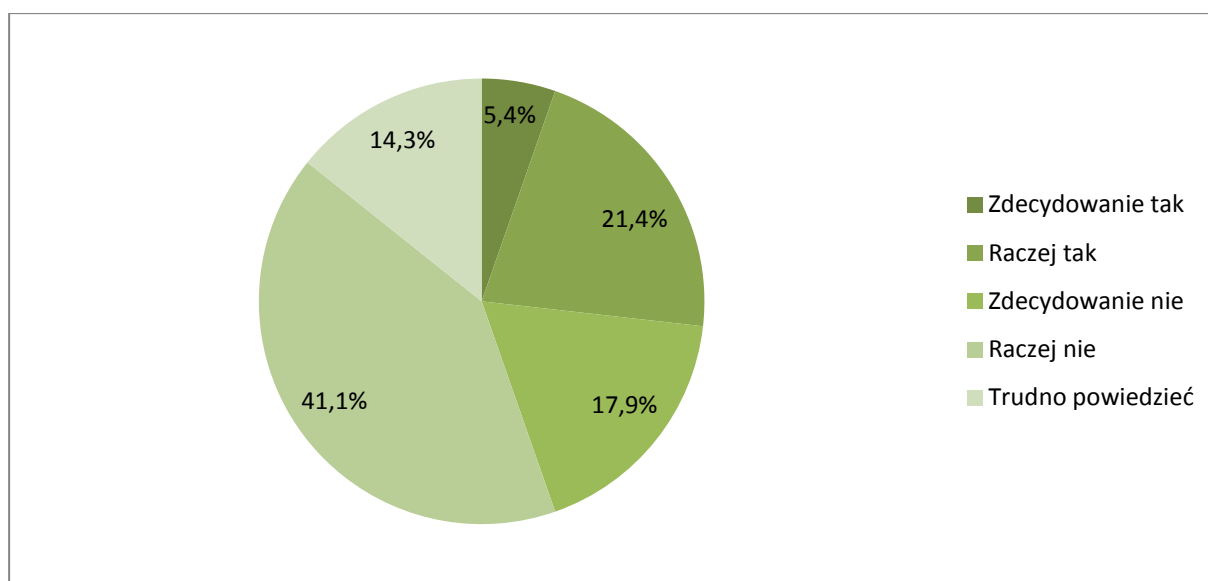
Na podstawie przeprowadzonych badań ilościowych można stwierdzić, iż w przypadku samej realizacji programów barierą okazuje się brak środków finansowych, brak wystarczającej ilości pracowników oraz brak przygotowania kadry jednostki (zarówno merytorycznego jak i praktycznego).

Wykres 23. Jakie są Pana/i zdaniem główne bariery dotyczące możliwości realizacji/wdrażania programów polityki zdrowotnej przez Państwa jednostkę?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=133

Wykres 24. Czy w zakresie realizowanych programów pojawiają się problemy w osiągnięciu założonych efektów programów?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=56

Blisko 40% respondentów z JST podaje, że pojawiają się problemy z osiągnięciem efektów (wskaźników) programów polityki zdrowotnej. Wśród nich najczęściej badani reprezentujący JST wskazywali:

- Brak beneficjentów stawiających się na badania kontrolne/profilaktyczne;
- Brak zainteresowania uczestniczenia osób (pacjentów) w programie;
- Dotarcie do adresatów tego programu (pacjentów).

Respondenci wywiadów jakościowych, zapytani o główne bariery dotyczące możliwości wdrażania programów polityki zdrowotnej, wskazywali niejednokrotnie na **problemy w zakresie wyboru realizatora** takich programów. Przedstawiciele jednostek samorządowych przyznawali, iż nierzadko zdarza się, że znalezienie realizatora dysponującego odpowiednim zapleczem umożliwiającym wdrożenie danego programu jest znacznie utrudnione ze względu na potencjał, jakim dysponuje dany region/ jednostka.

„Proszę sobie wyobrazić, że czasami to jest tak, że my mamy świetny pomysł, uważamy, że program powinien być realizowany, ale okazuje się, że na przykład zasób realizatora programu na to nie pozwala. Bo nie ma zasobu kadrowego wystarczającego, czy nie ma zasobu sprzętowego wystarczającego. Taką sytuację mamy na przykład z programem przeciwdziałania otyłości, gdzie nasze wymagania są dosyć duże i nie mamy na dzisiaj takiej gwarancji, że będzie podmiot, który będzie w stanie nam to zrealizować, chyba, że to będzie grupa podmiotów, bo to wtedy rzeczywiście będzie możliwe i dlatego my w tym konkursie nie wykluczamy jakby takiego konsorcjum podmiotów, które będzie realizowało program. To są takie zagrożenia, które się pojawiają, w zależności od tego jak rozległy jest program i do jakiej grupy jest kierowany”. [IDI_JST_POW_1]

Problem braku wystarczającego potencjału w zakresie jednostek, które mogłyby pełnić rolę realizatorów takich programów, sygnalizowany był przede wszystkim w wypowiedziach

przedstawicieli jednostek samorządowych o mniejszym zasięgu, obejmujących terytorialnie mniejszy obszar.

„Na pewno mamy mniejszą liczbę organizacji pozarządowych niż miasto Szczecin. Bo u nas do konkursu na przykład zgłasza się jedna organizacja, góra dwie, albo w ogóle się nie zgłoszą, albo muszą się zgłaszać organizacje z centrum Polski. Różnie to wygląda. Natomiast nie mamy problemów jak już współpracujemy z organizacjami, nie ma problemów, z samymi organizacjami. Układy, relacje są poprawne”. [IDI_JST_POW_3]

Przedstawiciele jednostek samorządowych niejednokrotnie wskazywali również na brak wystarczającej liczby odpowiednich specjalistów w danym obszarze, co w znacznym stopniu utrudnia realizację programów w szerszym zakresie.

„Tak naprawdę to też brakuje u nas kadry medycznej. Specjalistów. Przyjeżdżają tutaj na przykład ze Szczecina. Ale myślę, że gdyby były środki odpowiednie, które by zachęciły specjalistów do przyjazdu do Świnoujścia, wówczas programy zdrowotne byłyby realizowane w większym zakresie. [IDI_JST_POW_3]

Nie bez znaczenia pozostaje w tym przypadku fakt, iż w wielu przypadkach jednostki, szczególnie na poziomie gminnym, nie posiadają własnych, podlegających im jednostek ochrony zdrowia ze względu na fakt, iż znaczna ich część została sprywatyzowana. Siła oddziaływania przedstawicieli jednostek samorządowych na taką grupę jest więc niejednokrotnie znacznie osłabiona.

„I my poprzez to, że u nas podstawowa opieka zdrowotna jest sprywatyzowana, mamy bardzo małe przełożenie na tę sferę i dla nas to jest problem. Bo gdyby to były jednostki podlegające powiatowi, to my byśmy sobie umieli poradzić. Natomiast tutaj jest problem, bo mogę liczyć tylko na to, że ktoś przyjmie zaproszenie i zechce. A to są bardzo zapracowani ludzie ci lekarze.. A więc tu mi brakuje tego”. [IDI_JST_GM_3]

„No na przykład nieznażenie specjalistów. Mamy program, chcemy, nawet to dofinansowanie, a nie znajdziemy żadnego chirurga, który by chciał na przykład u nas być”. [IDI_JST_GM_4]

Wśród istotnych problemów, na jakie wskazują przedstawiciele jednostek samorządowych, jest też znaczne obciążenie dla pracowników realizacją takich programów i związane z nimi zadania. Bariera ta nabiera szczególnego znaczenia w kontekście **braków kadrowych** i odpowiednich pracowników realizujących zadania związane z obszarem zdrowia na terenie gmin i powiatów.

„Wsparcie jak najbardziej, ale oprócz tego jeśli chodzi o fizycznie wykonanie danych czynności, musielibyśmy na czas realizacji takiego projektu dodatkowo zatrudnić osobę, która by jak gdyby koordynowała, która by się typowo tym zagadnieniem zajęła. Jeszcze dopowiem, że właśnie ta osoba również współpracuje z organizacjami pozarządowymi, tymi nieformalnymi grupami i te nieformalne grupy nie miały możliwości aplikowania o środki zewnętrzne, wobec czego beneficjentem jak gdyby wnioskodawcą była gmina i realizowała projekt na rzecz lokalnych społeczności. W związku z czym całość tych zadań spoczywała na pracowniku. Jest to tylko jeden pracownik i naprawdę zagadnień ma wiele”. [IDI_JST_GM_1]

Jak wynika z wypowiedzi niektórych przedstawicieli jednostek samorządowych, **zniechęcenie budzą też złożone i skomplikowane procedury** w odniesieniu do realizacji założonych programów

towarzyszące ich wdrażaniu, które niejednokrotnie nie są w pełni zrozumiałe dla potencjalnych beneficjentów.

„Ja zostałam dosyć skutecznie zniechęcona przez dwa programy, które realizowałam w ramach RPO w obszarze zdrowia. Przez to skomplikowanie całej procedury, która kosztowała nas tu dosyć sporo czasu, pracy i energii. I później jeszcze kontrole, które przychodziły, oczywiście nie mam nic przeciwko kontrolom, ale to bardzo szczegółowe kontrole. Wszystko, rozmiary tabliczek, naklejek z centymetrem. Mieliśmy taki przypadek, że było 0,5mm za mało i trzeba było zamawiać od nowa wszystkie oznakowania, bo było 0,5mm za mało. To są tego typu rzeczy, bo one gdzieś tam utrudniają, zniechęcają i ja wielokrotnie gdzieś tutaj słyszę od swoich pracowników do tej pory, jak mówię tylko o projektach, to oni się usztywniają, bo przeszli tutaj taki dosyć ostry chrzest bojowy”. [IDI_JST_POW_1]

Innym utrudnieniem, na które wskazywali przedstawiciele jednostek samorządowych, jest też skuteczne **dotarcie do odbiorców** takiego programu.

„A więc nie dysponujemy własną bazą zakładów opieki zdrowotnej, którą moglibyśmy wykorzystać, czy to do przekazania informacji do potencjalnych odbiorców programu, czy też jako realizatorów programu. Bardziej współpraca właśnie z oświatą, gdzie przekazywana jest ta informacja do szkół i są to dzieciaki i młodzież z tych szkół. Miejski ośrodek pomocy rodzinie, jeżeli chodzi o osoby, które mają mniejsze umiejętności i zaradność życiową, żeby się o pewnych rzeczach dowiedzieć”. [IDI_JST_POW_1]

Przedstawiciele jednostek samorządowych przyznają, iż z powodu niewielkiego zainteresowania udziałem w programach ze strony odbiorców czasami zdarza im się rezygnować z realizacji danego programu.

„Ale potrafią też z punktu widzenia pacjenta, czy tego, kto chce takiemu programowi się poddać, umieć dotrzeć do tych ludzi, do których kierowany jest program i zarobić takie pierwsze dobre wrażenie, żeby zachęcić. Bo zawsze te nowe programy, nowe przedsięwzięcia są tak traktowane z ostrożnością wielką i czasami musimy z nich rezygnować”. [IDI_JST_GM_3]

Jednym z powodów takiej sytuacji mogą być, zdaniem respondentów, **kwestie związane z dojazdem** wiążącym się w wielu przypadkach z udziałem w tego typu programach, szczególnie ludności z mniejszych miejscowości.

„Jeżeli chodzi o te młodsze, bo te starsze, to są, widzi Pan emerytki, całą listę mam emerytek, które mają pojechać. Na badania przeważnie. Panie te, które się kwalifikują, niektóre muszą wziąć wolne, żeby pojechać, to jest poświęcenie całego dnia. Ten wyjazd jest o 8 rano do 17:00. To jest cały dzień poza domem”. [IDI_JST_GM_2]

Potencjalni beneficjenci, którzy wzięli udział w badaniu FGI również wskazywali na kilka barier dotyczących ich możliwości realizacji/wdrażania programów polityki zdrowotnej. Przede wszystkim barierą w realizacji mogą być samemu sobie postawione wskaźniki do realizacji, które są często przeszacowane na etapie przygotowania projektu, a w późniejszym etapie trudne do realizacji. Trudnością tutaj nie jest tylko zbyt duża liczba np. wskazanych usług do realizacji czy przebadanych pacjentów, ale w stosunku do tego niedostateczna liczba specjalistów, którzy te usługi mogliby zrealizować.

„O4: Przeszacowanie projektów. Z tym się borykają, w tej chwili samorzady w naszym województwie. (...) Tam był program kardiologiczny i podobny kardiologiczny był w Gryficach. Prosta sprawa, brak ludzi do realizacji. Lekarzy i specjalistów. To jest problem.”
[FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

Inną barierą jest brak chęci współpracy potencjalnych partnerów projektu przy realizacji takich działań. Jedne z respondentów podał przykład gdzie firma poproszona o udział w pewnym działaniu uzależniła go od gratyfikacji finansowych.

„O4: Bardzo proste, niechęć potencjalnych kontrahentów do uczestnictwa w programach.”
[FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

„O3: To znaczy powiem Pani, że jedna z przychodni prywatnych, gdzie wystąpiliśmy z propozycją przeprowadzenia takiej akcji, powiedziała, że byśmy zapłaciły za czas używania przychodni. Ja nie wiedziałam co powiedzieć, naprawdę.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_II]

Pozostałe bariery wskazywane przez potencjalnych beneficjentów podczas sesji FGI to zbyt krótki czas na realizację projektu oraz wymóg realizowania programów finansowanych ze środków zewnętrznych poza godzinami pracy na rzecz NFZ.

„O6: Tu problem jeszcze tkwi w tym, że te programy profilaktyczne finansowane ze środków zewnętrznych muszą być realizowane poza godzinami pracy na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

„O3: Jest za krótki czas na realizację zadania i też to jest jeden z powodów, że nie zdąży się tych środków, które chciałoby się pozyskać wydać.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

Według JST, zarówno na szczeblu powiatowym, jak też gminnym, głównymi barierami wpływającymi na sposób realizacji działań z zakresu ochrony zdrowia podczas prowadzenia projektów to bariery finansowe. Chodzi tutaj o wymaganie dotyczące wkładu własnego, które przerastają czasami możliwości danych jednostek.

„O1: Finansowe, zabezpieczenie w budżecie czasami dość dużego wkładu własnego na rozpoczęcie działania i dalszą jego prawidłowość w realizacji. Dotyczy to wszystkich projektów, nie tylko zdrowotnych.” [FGI_Koszalin_JST_POW]

Przedstawiciele gmin wskazywali na problemy pojawiające się w sytuacji przeszacowania pewnych działań np. ilości przebadanych osób., czyli jest to problem w wypełnieniu zapisanych w projekcie wskaźników. Według gmin problemy te pojawiają się nie tylko dlatego, że może brakować specjalistów, którzy takie usługi by wykonywali, ale również z niechęci wśród społeczeństwa do udziału w badaniach np. profilaktycznych.

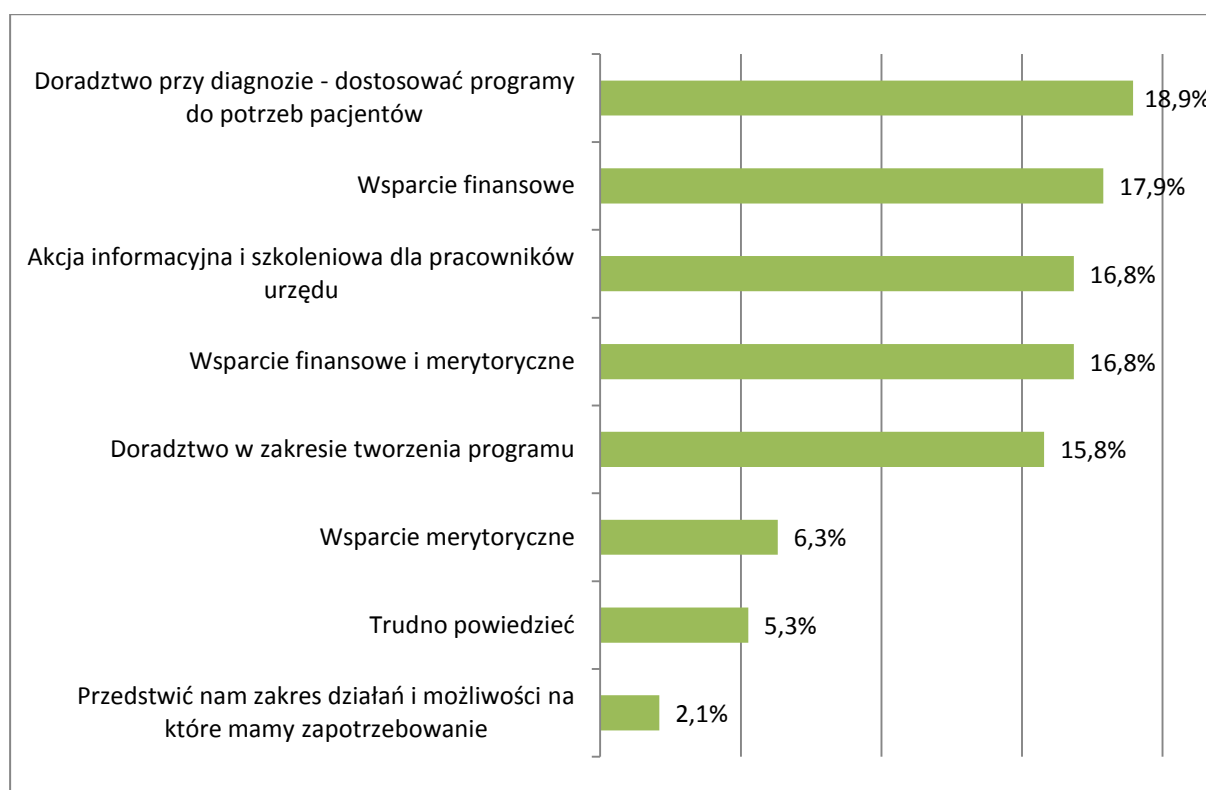
„O8: Ja myślę, że też chodzi o to, że my jesteśmy małymi gminami. I jeżeli jakiś program dostaniemy na 100 tysięcy, będziemy musieli przebadać 200 osób, ciężko nam będzie znaleźć w naszych gminach 200 osób z danym problemem. Pewnie bym znalazła kilkoro dzieci czy kilkanaścioro.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

Według JST (powiaty) w celu zminimalizowania problemów dotyczących wkładu własnego odpowiednie jednostki powinny zrezygnować z wymagań dotyczących wkładu własnego, zniesienia 70% rozliczenia kwartalnego uzyskanej dotacji, przyspieszyć transfer zaliczek oraz skrócić proces weryfikacji wniosków o płatność i aplikacyjnych.

2.10 Działania szkoleniowo - doradcze, które należy podjąć w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych grup docelowych, beneficjentów

Wyniki przeprowadzonych badań ilościowych wskazują, iż wśród potrzeb dotyczących możliwości realizowania programów polityki zdrowotnej realizowanych z EFS badani z JST wymieniają: pomoc przy diagnozie potrzeb pacjentów (18,9%) oraz wsparcie finansowe (17,9%). Sektor NGO deklaruje w ankietach, że potrzebuje wsparcia przy tworzeniu programów. Dotyczy to wsparcia merytorycznego, organizacyjnego, dla wolontariuszy i pracowników sektora oraz wsparcia przy tworzeniu wniosku o dofinansowanie. Natomiast sektor POZ w 60,2% deklaruje, że potrzebuje wsparcia przy tworzeniu programów polityki zdrowotnej. W szczególności w zakresie merytorycznym.

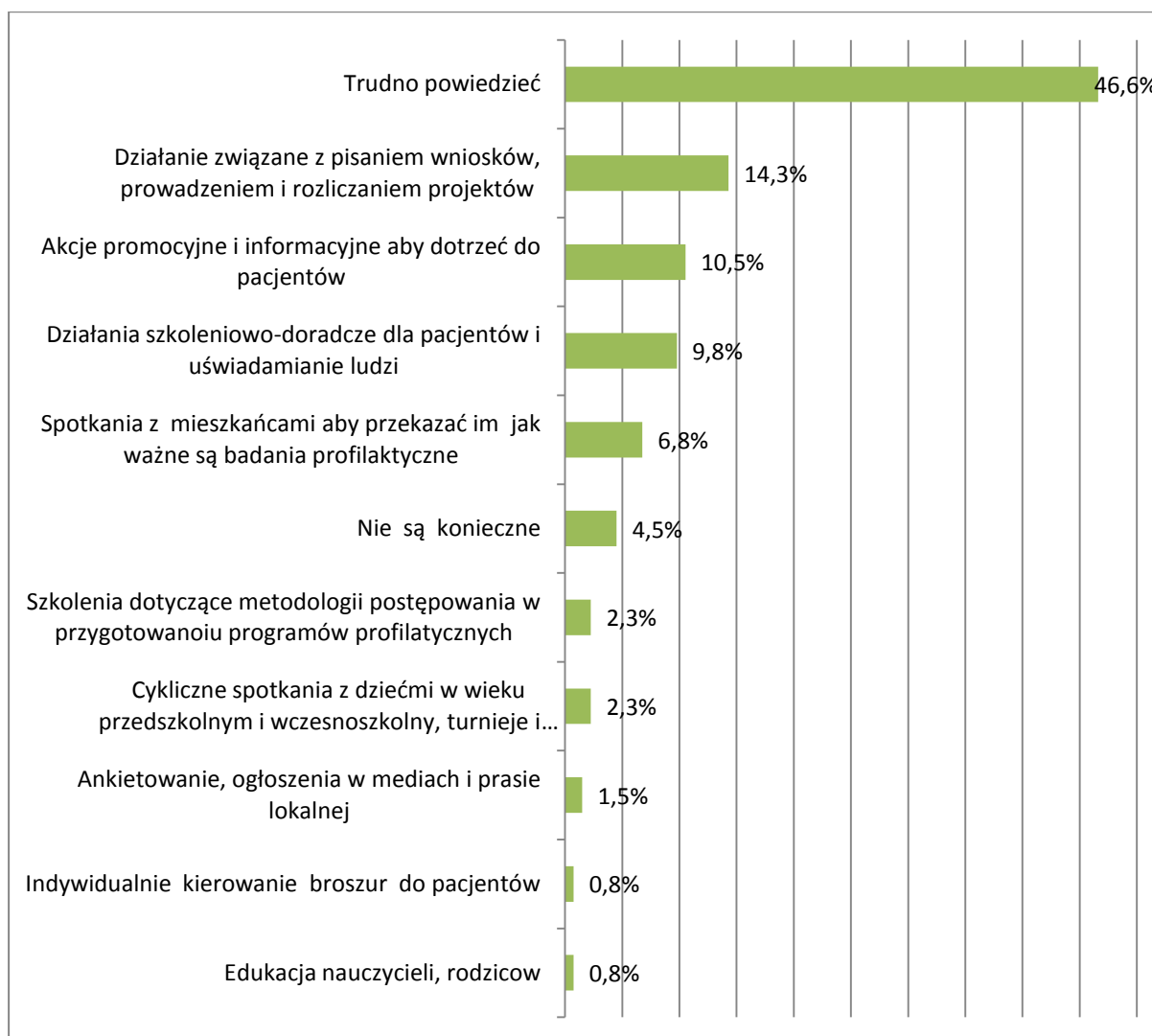
Wykres 25. Jakiego rodzaju wsparcia Państwo oczekują w zakresie tworzenia programów polityki zdrowotnej w ramach EFS?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=95

Wśród działań szkoleniowo-doradczych, które powinny być podjęte w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych odbiorców, adresatów usług zdrowotnych, przedstawiciele JST wymieniali przede wszystkim: szkolenia z zakresu pisania i rozliczania wniosków oraz akcje promocyjno-informacyjne mające na celu dotarcie z informacją o programach do potencjalnych pacjentów. Ponadto, podkreślali oni, że sposobem informowania pacjentów powinny być spotkania z mieszkańcami regionu i bezpośrednie informacje przekazywane w podmiotach leczniczych oraz bezpośrednio w gabinetach lekarskich.

Wykres 26. Jakie działania szkoleniowo-doradcze byłyby, Pana/i zdaniem pożądane, w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych odbiorców/adresatów usług zdrowotnych?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=133

Reprezentanci sektora NGO wśród działań szkoleniowo-doradczych wymieniali szkolenia z zakresu pozyskiwania i rozliczania projektów unijnych. Deklarowali oni, że nie mają problemów z dotarciem do potencjalnych odbiorców wsparcia, pacjentów. W zakresie działań promocyjnych wymieniają szeroko zakrojone kampanie medialne w mediach lokalnych oraz ulotki i broszury w jednostkach opieki zdrowotnej. W przypadku sektora POZ wśród działań szkoleniowo-doradczych pojawiły się: szkolenia merytoryczne oraz dotyczące przyszłości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, systemu ubezpieczeniowego (21,3%), szkolenia z zakresu pisania wniosków, wykonania i rozliczenia projektu (12%). Blisko 30% badanych z tego sektora nie potrafiło wskazać, jakie działania byłyby wymagane, pożądane. W ramach działań informacyjno-promocyjnych osoby z podmiotów leczniczych wymieniły w znacznej większości akcje w lokalnych mediach i Internecie.

W zakresie potrzeb związanych z realizacją działań szkoleniowo-doradczych w odniesieniu do beneficjentów programu, przedstawiciele jednostek samorządowych, biorący udział w wywiadach jakościowych, wskazywali przede wszystkim na **potrzebę wsparcia w zakresie diagnozowania problemów**.

„Myślę, że bardziej jest takie zapotrzebowanie w takim ukierunkowaniu na problemy zdrowotne, na obszary [które można wesprzeć]”. [IDI_JST_POW_5]

„Duże miasta mają uniwersytety. No, my tego nie mamy, mieć nie będziemy. Tak, oni by wtedy wsparli w jakimś ankiecie, w jakiejś pomocy, diagnozę jakąś zrobić. My tego nie mamy. No, po prostu sami musimy sobie tutaj radzić”. [IDI_JST_POW_2]

Wśród wypowiedzi przedstawicieli jednostek samorządowych na poziomie gminnym pojawiły się również sugestie, iż bardzo dobre efekty mogłaby przynieść **wymiana dobrych praktyk** pomiędzy poszczególnymi podmiotami/instytucjami zaangażowanymi w tego typu działania.

„Wymiana dobrych praktyk. Ja bym chciała usłyszeć od różnych jednostek w ramach takiej pomocy jak im się udało jakiś ciekawy program zrealizować i on był bardzo skuteczny i trafił do, nie wiem, więcej niż do 50 % odbiorców, do których był dedykowany. Chociaż taką rzecz można zrobić nawet na portalu jakimś, gdzie jest wymiana dobrych praktyk. Czasami instytucje nie wiedzą o sobie, jakie usługi świadczą i co mogą świadczyć, co muszą. Ja bym takiego prawnego doradztwa chciała, że gdy zadzwonię i zapytam, co może być, a co musi być. Taka informacja szybka, pewna, bez odsyłania na później, czyli taki serwis informacyjny na telefon, jeżeli nawet nie dedykowane, bo my możemy wypisać w jakich zakresach, co nas interesuje”. [IDI_JST_GM_3]

Beneficjenci wskazywali również na potrzebę kontaktu drogą mailową, który byłby trafnym uzupełnieniem dla realizowanych szkoleń i doradztwa w tym zakresie.

„[Kontakt] mailowy, ale wcześniej bym widział właśnie to, że spotykamy się na jakimś tam gruncie 1-2-dniowym i tam sobie, że tak powiemy, pakujemy, w jaki sposób się przygotowujemy. Natomiast sama informacja byłaby później tylko uzupełnieniem albo dopełnieniem tego, co byśmy po takim szkoleniu wynieśli. Już takie sprawy bardziej techniczne by były w takich informacjach”. [IDI_JST_GM_4].

W wypowiedziach respondentów ujawniła się również potrzeba szerszej **debaty z udziałem ekspertów**, podczas której mogłyby zostać zarysowane główne kierunki działań w obszarze zdrowia.

„Wydaje mi się, że właściwie to dla takiej instytucji, które zajmują się określonym sektorem, to powinno się przygotować takie szkolenia, które będą z udziałem ekspertów z ochrony zdrowia, tak, żebyśmy nawet mogli przeprowadzić dialog, debatę, okrągły stół, cokolwiek innego, zanim się stworzy te kryteria oceny. Tak jak Pan ten wywiad zbiera, to by było fantastycznie, gdyby można było zebrać grupę ludzi, którzy przede wszystkim wiedzą gdzie, co w trawie piszczy i potem instytucję, która przygotowuje pod to pewne kryteria. By naświetlić ludziom niejednokrotnie te czarne, niezapalone lampki, to by było po prostu super. To wtedy ta współpraca zaczyna się zawiązywać”. [IDI_NGO_ZD_1]

Przedstawiciele jednostek ochrony zdrowia biorący udział w wywiadach jakościowych, w największym stopniu zwracali natomiast uwagę na potrzebę **wsparcia w postaci szkoleń w zakresie pozyskiwania i rozliczania środków** unijnych, co tylko dowodzi tezy o słabszym przygotowaniu tej grupy respondentów do działań w tym zakresie, w porównaniu do jednostek samorządowych.

„Ja myślę, że głównie w zakresie szkolenia kadry w występowaniu, pozyskiwaniu funduszy na projekty i rozliczanie. To na pewno by się przydało. Taka obsługa projektów” [IDI_ZOZ_4]

Przedstawiciele jednostek ochrony zdrowia niejednokrotnie wskazywali w swoich wypowiedziach na **potrzebę doradztwa** w zakresie przygotowywania projektów w aspekcie technicznym, ze względu na skomplikowane procedury przygotowywania wniosków i niewielkie doświadczenie tej grupy beneficjentów w aplikowaniu o środki unijne w takim zakresie.

„Ja ogólnie lubię pisać projekty, bo to jest oczywiście rozwojowa rzecz. Natomiast fajnie jak jest jakiś taki guru nad projektem, który umie doradzić, umie wskazać. Nie na wszystkie rzeczy jestem w stanie zwrócić uwagę, natomiast też nie ukrywam, że czasami te dyrektywy, opisy do projektów, do konkursów są mocno skomplikowane, więc trzeba, że tak powiem usiąść i nieźle poczytać po ustawach, żeby dojść”. [IDI_ZOZ_3]

Ważny jest, zdaniem respondentów również aspekt dostępności do osób, które mogą zapewnić wsparcie w zakresie przygotowywania projektów. Jak wskazują respondenci, wcześniejsze doświadczenia badanych wskazują, iż niejednokrotnie wsparcie, które otrzymywali w tym zakresie nie było wystarczające do potrzeb.

„Natomiast chyba największym problemem z punktu praktycznego pisania jest często brak takiej konkretnej odpowiedzi na pytania i brak osoby, do której można się zgłosić o pomoc. Jak wcześniej były takie [projekty] robione i tak dalej, tam byli owszem, konsultanci, tylko oni byli dostępni w tak dziwnych godzinach, że normalnie osoba, która no ma inne jeszcze obowiązki. Ani razu mi się nie udało do nich dotrzeć, bo albo byłam za wcześnie, albo byłam za późno”. [IDI_ZOZ_3]

Przedstawiciele instytucji zarządzające WZ RPO , podkreślali, iż szkolenia są nieodzownym elementem wsparcia, które powinno objąć szczególnie te grupy beneficjentów, które nie mają szerokiego doświadczenia w zakresie aplikowania o tego typu środki, albo ich doświadczenie w tym zakresie jest bardzo niewielkie.

„Do każdego potencjalnego wnioskodawcy, ale tutaj dla tych, które do tej pory po te środki unijne nie sięgały, to przede wszystkim. Tutaj bez takiego szkolenia się nie obejdzie, no i też, jeżeli chodzi o te gminy, szczególnie większe. One mają osoby, które tylko i wyłącznie, tą tematyką się zajmują .A nie wiem jak, jeżeli chodzi o strukturę i organizację w tych podmiotach, o których Pan mówił, czy będą wyodrębnione komórki, ale to jest tak naprawdę żeby aplikować, zdarzają się takie projekty trzeba mieć bardzo dużą wiedzę i nie wiem, na ile te podmioty będą taką dysponowały. Takie mam wątpliwości, bo też te parę lat temu takie obserwacje miałam, że te szpitale, które aplikowały same, jednak tam było więcej błędów, tam było więcej projektów odrzuconych, nawet ze względów formalnych” [IDI_IZRPO_1]

Natomiast podczas realizacji badań FGI, potencjalni beneficjenci podchodzili do działań szkoleniowo-doradczych w dwojaki sposób. Z jednej strony beneficjenci byli zdania, że każda jednostka realizująca swoje działania powinna na tyle znać skalę problemu, jakim chce się zająć i grupy docelowe, do których chce dotrzeć, że działania szkoleniowo-doradcze w tym zakresie nie powinny być im potrzebne.

„O2: Nawet nie wiem, czy takie szkolenie jest potrzebne, mówiąc szczerze, bo każdy, kto realizuje program, to zna swoją grupę docelową i wie, jak do niej [dotrzeć].” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_1]

Z drugiej strony dostrzegają oni potrzebę prowadzenia działań szkoleniowo-doradczych na etapie przygotowywania projektów w zakresie wsparcia merytorycznego, czy też działań typowo marketingowych przekazujących potencjalnym beneficjentom informacje, w ramach jakich priorytetów mogą ubiegać się o wsparcie.

„O4: Ja bym może odwrócić inaczej ten problem. Przed aplikacjami, przed rozpisaniem aplikacji konkursowej, instytucja wdrażająca powinna przeprowadzić szeroki marketing tego programu, chociaż to jest 8 milionów, to pikuś, oni na większych pieniądzach obracają, ale również postarać się, żeby mowa była o jakości wydatkowanych pieniędzy, to oni też mają przecież taką listę preferencyjną, na pewno każdy wydział zdrowia ma przeprowadzić szkolenie na temat tych środków, żeby projekty trzymały się ziemi.”
[FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

Potrzebę prowadzenia działań szkoleniowo-doradczych dostrzegali natomiast przedstawiciele JST (zarówno powiaty jak i gminy). Według przedstawicieli gmin jak i powiatów, każde dodatkowe szkolenia wpływające na rozszerzenie i wskazanie nowych narzędzi w docieraniu do potencjalnych grup docelowych będzie cenne. W szczególności, że sami dostrzegają oni potrzebę podnoszenia swoich umiejętności w tym zakresie.

„O3: Nie ma możliwości poinformowania. Gminy nie posiadają ludzi. Każde szkolenie kosztuje, żeby wziąć osobę, specjalistę, który by przeszkolił.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

„O1: Brak szkoleń, konferencji, spotkań jest na naszym rynku widoczny co znacząco wpływa na skuteczność w dotarciu do potencjalnych odbiorców.” [FGI_Koszalin_JST_POW]

Lekarze, podobnie jak potencjalni beneficjenci, wskazywali, że podmioty realizujące działania w zakresie ochrony zdrowia powinny wiedzieć, w jaki sposób dotrzeć do potencjalnych grup docelowych. Według lekarzy, jeżeli podmiot realizujący jakiś projekt ma określoną grupę docelową, która charakteryzuje się daną jednostką chorobową, to w pierwszej kolejności powinni nawiązać współpracę z jednostkami, które zajmują się właśnie leczeniem tych schorzeń. W opinii lekarzy dobrym przekąźnikiem w dotarciu do potencjalnej grupy docelowej są lekarze pierwszego kontaktu.

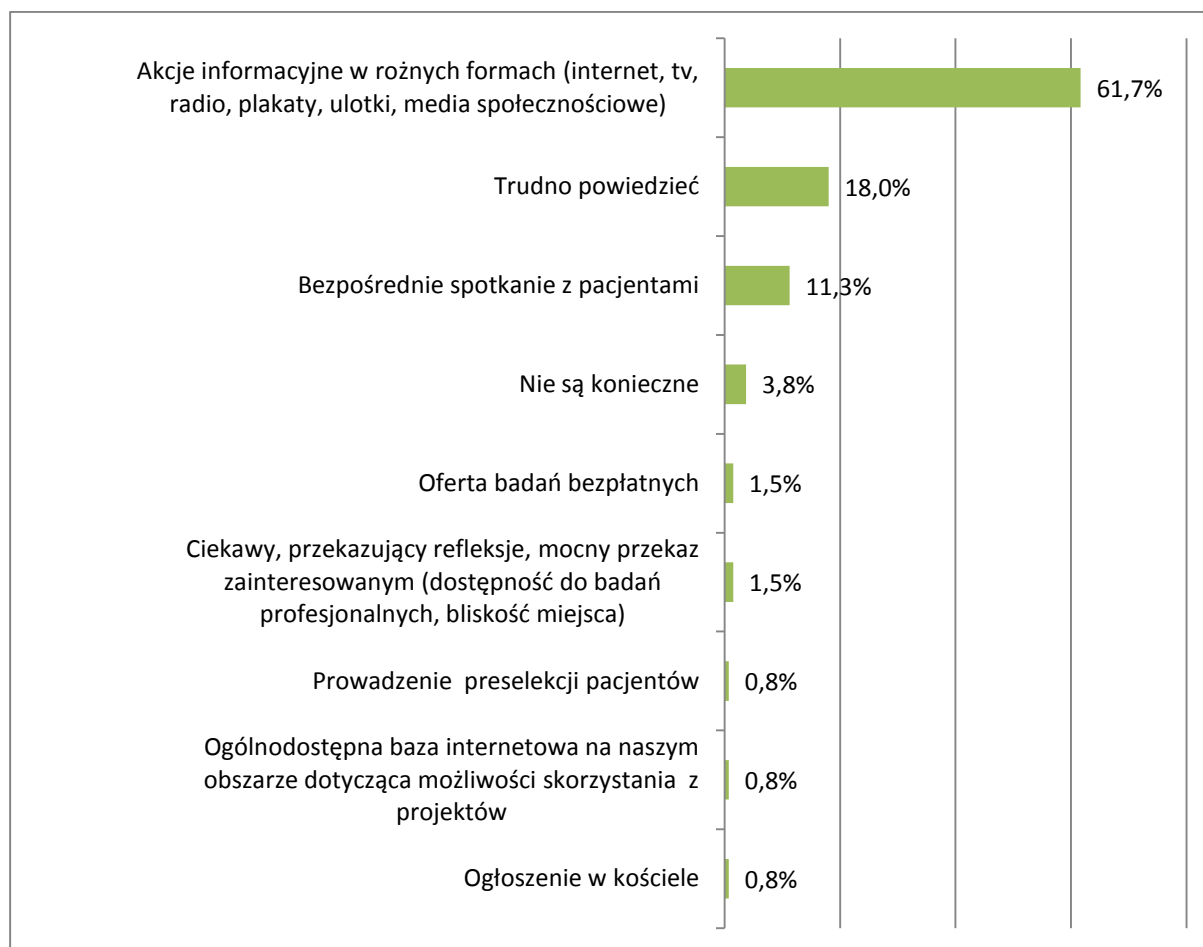
„O4: Jeżeli będzie jakaś grupa działająca, będzie już jakiś program funkcjonował, to oni będą wiedzieli kto jest odbiorcą i gdzie mają ewentualnie tych potencjalnych klientów szukać. Czyli jeżeli będę prowadziła program dla ludzi po przeszczepach wątroby, to jest jasną rzeczą, że wejdę w kooperację z ludźmi, którzy pracują na oddziale po przeszczepach wątroby lub w poradniach takich hepatologicznych.” [FGI_Szczecin_lekarze]

„O5: A propos jeszcze tego lekarza, lekarzy rodzinnych, przede wszystkim to trzeba wyjść niestety do nich. Raz, że rozbudować ten cały koszyk diagnostyczny, który mogą dla nich poszerzyć. Druga rzecz, to niestety dofinansowanie pacjenta i jak oni niechętnie będą to robili, to lekarz rodzinny na dzień dzisiejszy to jest firma, która chce kasę za jakieś tam rzeczy. Były te profilaktyki w zeszłym roku robione, właśnie te nowotworowe u lekarzy rodzinnych, sutka, jelita grubego i prostaty, właśnie. No ale oni od tego to generalnie odeszli, bo roboty mieli full, pełno rzeczy, że tak powiem nie mogli zrobić.” [FGI_Koszalin_lekarze]

2.11 Działania informacyjno-promocyjne, które należy podjąć w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych grup docelowych, beneficjentów

Przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego, którzy wzięli udział w wywiadach ilościowych, wskazywali na następujące działania informacyjno-promocyjne, które należy podjąć w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych grup docelowych.

Wykres 27. Jakie działania informacyjno-promocyjne byłyby, Pana/i zdaniem pożądane, w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych odbiorców/adresatów usług zdrowotnych?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=133

Przedstawiciele jednostek samorządowych biorący udział w wywiadach jakościowych, przyznawali natomiast, iż czasami w procesie realizacji programów w obszarze zdrowia pojawiają się **problemy z dotarciem do odpowiednich grup odbiorców** i zachęcenia ich do udziału w badaniach. Zdaniem części z nich problem ten wynika m.in. z mentalności ludzi, którzy częstokroć nie przywiązują uwagi do kwestii zdrowotnych w wystarczającym zakresie i wykazują niski poziom zainteresowania wykorzystywaniem oferty badań, która jest do nich kierowana.

„No wiem, że mieszkańcy nie korzystają w pełni z tej oferty, która jest realizowana, jeśli chodzi o te populacyjne programy. Myślę to [wynika]z takiej ludzkiej mentalności, że, raz, za bardzo nie chcą wiedzieć, co się w tym organizmie dzieje, ze strachu. Dwa, życie biegnie, są

zabiegani, trochę lekceważą sobie, tak to wygląda, bo dostępność [usług] jest. Na przykład do mammografii jest, bo mamy mammobus, który jeździ po powiatach, gminach, więc dostępność jest”. [IDI_JST_POW_2]

Część respondentów sugerowała, iż w niektórych przypadkach brak zainteresowania odbiorców może również być spowodowany faktem, iż w sytuacji, kiedy pewne rzeczy są oferowane za darmo, bez dodatkowych opłat, to takie działanie, traktowane jest wówczas jako mniej wartościowe dla odbiorców, mniejszym stopniu cenią oni możliwość skorzystania z takiej oferty.

„Z jednej strony tak myślę sobie, że może jeżeli ktoś uważa, że ma coś za darmo dostać, to znaczy, że to nie jest warte tego, tak?” [IDI_ZOZ_3]

Wywiady wskazują jednak, że beneficjenci starają się podejmować zróżnicowane działania służące zachęceniu potencjalnych odbiorców do skorzystania z oferowanych możliwości. Przedstawiciele jednostek samorządowych, wśród działań wykorzystywanych w celu przekazywania informacji i promocji wybranych programów wymieniali m.in. **współpracę z lokalnymi liderami** i instytucjami działającymi na danym terenie.

„Powiem szczerze, jeżeli chodzi komunikację społeczną i dotarcie do informacji nie ma żadnego problemu, z tego powodu, że funkcjonują u nas i bardzo często odwiedzane są strony lokalnych portali, poza tym wiem, że akcja promocyjna jest prowadzona z pomocą urzędów gmin i do sołtysów docierają te informacje, którzy mają tam rozpropagować, po prostu całą akcję, angażowanie lokalnych liderów, przedstawicieli. Absolutnie, to konieczne jest do tego, żeby ta informacja została w pełni przekazana i dotarła faktycznie”. [IDI_JST_POW_4]

„Tutaj chyba nic odkrywczego nie powiem, jak to jest w małych społecznościach. to musi być lekarz, ksiądz, szkoła. Stąd są te informacje i to jest najbardziej dla nich wiarygodne źródło”. [IDI_JST_POW_4]

Inni badani podkreślali, że informacje powinny wychodzić przede wszystkim z jednostek leczniczych i od lekarzy pierwszego kontaktu. Sugerują oni, że lekarze mają największy autorytet u pacjentów.

„Tylko i wyłącznie pod lekarza pierwszego kontaktu w POZ-ach, taka informacja, informacja o potrzebie wykonywania takich badań jest najbardziej skuteczna”. [IDI_JST_POW_4]

Respondenci, za jedno z bardziej skutecznych narzędzi informacji i promocji programów niejednokrotnie wskazywali środki masowego przekazu, w szczególności **lokalne rozgłośnie radiowe** podkreślając ich efektywność w zakresie dotarcia do szerokiego grona odbiorców w stosunkowo krótkim czasie.

„Ja muszę powiedzieć, że świetnym przerośnikiem teraz, odkąd mamy, od półtora roku jest Radio Stargard. To jest coś, ludzie słuchają tego radia i przede wszystkim powiem, ilekroć są wcześniej rozmowy i promocja jakiegoś, nie wiem no, dajmy na to Dnia Dawcy Szpiku. No, to była rewelacja. Ponad 500 osób się zarejestrowało, a po prostu były tłumy, także że to wszystko”. [IDI_JST_POW_5]

Do ciekawych pomysłów na skuteczne działania informacyjno-promocyjne skierowane do potencjalnych odbiorców należy również wskazanie respondentów na zasadność **zaangażowania ambasadorów programu**. Osoba pełniąca taką rolę powinna, zdaniem respondentów, cieszyć się uznaniem i autorytetem w społecznościach lokalnych, co pozwoli jej na skutecznie wzbudzić zainteresowanie i pozyskać zaufanie wśród potencjalnych odbiorców.

„Ja myślę, że fajnie, że w ramach programu byłoby coś takiego, że faktycznie, tak jak Pan wspomniał w cudzysłowie, taki ambasador tego programu, który by, robimy coś na terenie powiatu. I on jest osobą taką, która przed wdrożeniem tego programu jedzie do konkretnej gminy. Do konkretnej nie wiem świetlicy wiejskiej, gdzie się spotykają panie gospodyń wiejskich. Teraz to jest taki najlepszy przekaz, jedna drugiej powiedziała, czyli taki pantoflowy. Jak przyjedzie taka osoba, musiałaby być to osoba oczywiście wiarygodna, która przyjechała i mówi: słuchajcie, możecie skorzystać”. [IDI_JST_POW_5]

Respondenci podkreślali również znaczną skuteczność **kampanii medialnych** prowadzonych za pośrednictwem środków masowego przekazu. Wskazywali również na efektywność akcji społecznościowych i wykorzystywanie nowoczesnych środków przekazu (np. w formie komunikatorów). Opisując tego typu działania informacyjno-promocyjne, respondenci niejednokrotnie odwoływali się w tym zakresie do ciekawych przykładów akcji/kampanii zrealizowanych w ten sposób.

„Proszę zauważyć jakie nieraz banalne ruchy można wykonać, żeby poszła w świat pewna inicjatywa, czy idea. Nasi urolodzy, nie wiem, czy Pan śledził w pewnym momencie w Szczecinie my mamy klinikę urologii klinicznej i zrobili na portalu społecznościowym akcje profilaktyczną, po prostu wyszli wszyscy lekarze, złapali się za jądra, robi sobie zdjęcie. I poszło do kroniki. Poszło na facebook’u, w ogóle na całym portalu. Poszło do tysięcy ludzi. To się spotkało z oddźwiękiem społecznym”. [IDI_NGO_ZD_1]

Warto jednak zwrócić uwagę na pewien aspekt realizacji kampanii medialnych, na który wskazuje część respondentów wywiadów w postaci **niechęci części lekarzy** do zaangażowania się w tego typu kampanie i wypowiedania się na forum publicznym.

„Z własnego doświadczenia powiem, że przede wszystkim bariera podstawowa to niechęć zaistnienia publicznego. Lekarze nagminnie uciekają od zaistnienia publicznego, czyli nie chcą występować przed przedstawicielem mediów czy dziennikarzy.” [IDI_ZOZ_2]

Przedstawiciele podmiotów, biorący udział w wywiadach jakościowych, raczej zgodni byli w kwestii tego, że promocja prowadzona w oparciu o materiały papierowe (ulotki, plakaty itp.) okazuje się w wielu przypadkach zdecydowanie mniej skuteczna.

„Zawsze produkuje się tony papieru i różnych innych spraw związanych z jakimiś kampaniami, które w pewnym momencie pokazują się i znikają. Układanie ulotek w przychodni lekarza rodzinnego, czy gdziekolwiek indziej to jest wyrzucony pieniądz w błoto, bo ludzie nie czytają tego”. [IDI_NGO_ZD_1]

Respondenci wskazywali również na różnego typu utrudnienia, z którymi należy się liczyć w przypadku realizacji działań informacyjno-promocyjnych w tym zakresie. Jednym ze wskazywanych aspektów była **kwestia współpracy z rodzicami**. Niejednokrotnie respondenci musieli zmierzyć się z sytuacją, w której udział dziecka w wybranym programie warunkowany był zgodą rodziców, a ci częstokroć nie byli zainteresowani tym, aby takiej zgody udzielić. Jest to, zdaniem respondentów, dość znaczący problem, z którym trzeba się zmierzyć w zakresie realizacji działań w obszarze zdrowia.

„Pierwszą podstawową barierą to nieutrudnianie nam pracy przez rodziców. Doszło do paranoicznej sytuacji, ponieważ, żeby program był realizowany musi być merytorycznie dobrze wykonany, a potem dobrze sprzedany, w sensie sprawozdania. A część rodziców

odmówiła podawania numeru PESEL dziecka. Jest dzisiaj ta ustawa o ochronie danych osobowych, wielu wyobrażało sobie, że my Bóg wie czego dokonamy na podstawie PESEL-u tego dziecka. No to jakieś musi być zrozumienie, że to jest bariera. Bywało że 1/3 klasy rodzice odmówili. No to myśmy odmówili realizacji programu”. [IDI_ZOZ_2]

W wielu wypadkach istotna jest zgoda rodziców stąd projekty muszą przewidywać działania informacyjno-motywuujące do tej grupy, np. komponent promocyjno-edukacyjny skierowany do dorosłych, ale realizowany w ich otoczeniu (tutaj też kwestia lokalnych liderów, aby ich włączyć w ten proces). Najważniejszy, w opinii lekarzy i konsultantów, wydaje się aspekt motywacyjny, bo w zależności od profilaktyki, czy rehabilitacji, **kluczowa jest systematyczność**. Często w środowiskach „trudnych” ta systematyka może się obniżyć z czasem – a jak np. w wypadku szczepionek HPV – szczepienia są w cyklach. Wiele dziewczynek nie pojawiało się w ostatnich doszczepianiach, przez co cały proces stawał się nieefektywny. Tutaj projektodawcy muszą przewidzieć to na poziomie działań zaplanowanych w programie.

Istotna jest również, zdaniem respondentów, kwestia uświadomienia rodzicom wagi podejmowanych działań w obszarze zdrowia i znaczenia udziału w nim w sposób konsekwentny.

„Kwestia jakby dotarcia do świadomości rodziców, że jeżeli decydujemy się już, bo odrębną kwestią jest zachęcenie do wzięcia udziału w programie, a odrębną kwestią jest kontynuacja tego programu, jeżeli on jest rozłożony w czasie. Więc rodzice muszą mieć świadomość tego, że jeżeli do tego programu przystępują, a więc podejmują decyzję o tym, żeby poprzez to szczepienie ochronić swoje dzieci przed konkretną chorobą, no to z pełną konsekwencją”. [IDI_JST_POW_1]

Inną kategorię problemów stanowi zachęcenie odbiorców do udziału w badaniach, które mogą być nieprzyjemne, bolesne dla pacjentów. Takie problemy sygnalizują szczególnie przedstawiciele jednostek ochrony zdrowia (szpitale, zakłady opieki zdrowotnej).

„My możemy sobie zaplanować, że przyjdą do nas pacjenci i my wykonamy rocznie na przykład pięćset jakiś badań diagnostycznych. No i co z tego, że my sobie założymy, jak ci pacjenci się nie zjawiają, bo badanie jest nieprzyjemne. No i tutaj wtedy zaczyna się cały ten problem. No i to są te wszystkie za i przeciw. To jest człowiek, jeżeli byśmy w profilaktykę mieli iść, który nie zawsze spełni nasze oczekiwania, że przyjdzie i się przebadają”. [IDI_ZOZ_1]

Czynnikiem, który, zdaniem respondentów, powinien być również uwzględniony w procesie planowania działań informacyjno-promocyjnych skierowanych do potencjalnych odbiorców jest również kwestia **dotarcia/dojazdu** na badania, co dla wielu osób może być czynnikiem znacznie obniżającym poziom zainteresowania udziałem w danym programie. Niejednokrotnie takie badanie wiąże się z dodatkowymi kosztami finansowymi, których odbiorcy nie są gotowi ponosić.

„Natomiast część badań jest takich, że wymaga kilkukrotnego przyjechania. Jedno to przebadanie, przygotowanie, drugie dopiero badanie, a trzecie to wynik i diagnoza. Także to nieraz wynika z tego kilka wizyt i tego się nie przeniesie na zewnątrz jednostki. Nie ma pieniędzy i dlatego [pacjent] nie przyjedzie”. [IDI_ZOZ_1]

Problem ten jest, zdaniem badanych, szczególnie istotny w odniesieniu do mieszkańców małych miejscowości i obszarów wiejskich.

„Dla mnie, po prostu rodzice i mali pacjenci z takich miejscowości jak tutaj zachodniopomorskie, z tych małych miasteczek, no muszą jakby dojeżdżać do Szczecina na rehabilitację. Wiadomo, że to się wiąże z kosztami. To może być często barierą dla uczestnictwa, Myślę, że na leczenie prywatne, nie oszukujmy się, decydują się ludzie, którzy no mają jakieś tam fundusze i mają też desperację w oczach”. [IDI_ZOZ_3]

Jak przyznają respondenci, mieszkańcy małych miejscowości, to grupa, na którą należy zwrócić szczególną uwagę podczas realizacji działań tego typu.

„Tam brak tej świadomości i wiedzy, że na przykład można korzystać z tego, można korzystać ze środków. Ci ludzie zamieszkujący, przede wszystkim te tereny wiejskie, tam nie ma podstawowej wiedzy”. [IDI_IZRPO_1]

Należy również zwrócić uwagę, iż liczne wypowiedzi respondentów wskazują też na znaczenie kwestii **dostosowania działań do specyfiki** poszczególnych grup docelowych, ponieważ mogą w tym zakresie pojawiać się, zdaniem badanych, znaczące różnice w poziomie zainteresowania udziałem w programach ze względu na istotne cechy demograficzne odbiorców.

„Jeżeli chodzi o kobiety, to u nas prężnie działa stowarzyszenie Amazonka one się zrzeszają. Jeżeli chodzi o mężczyzn, proszę mi wierzyć, nie mamy żadnego stowarzyszenia, nie mamy żadnych zgłoszeń. Mężczyźni, jak gdyby nie wiem, czy nie potrzebują pomocy, to chyba nie tak? Nie umieją się jakoś zorganizować, ale Stowarzyszenie Amazonek robi takie dni otwarte i muszę powiedzieć, że zaprasza mężczyzn, zaprasza, ale gdzieś trzeba, by było zmienić tę mentalność”. [IDI_JST_POW_5]

W kontekście działań informacyjno-promocyjnych, warto również zwrócić uwagę na fakt, iż jak przyznaje przedstawiciel Instytucji Zarządzającej RPO WZ, działania informacyjno-promocyjne planowane w ramach Programu będą miały nieco inny zasięg niż wcześniej.

„Te działania promocyjne one nie będą tak szeroko zakrojone jak na przykład w przednim programowaniu. One będą ukierunkowane na profilaktykę i ukierunkowane na określone grupy, czyli nie będą na pewno to szerokie akcje promocyjne, tylko bardziej działania wspomagające, działania na przykład diagnostyczne. No żeby nie być gołosłownym to choćby przygotowanie edukacyjne tej grupy, która będzie podlegała badaniom profilaktycznym. To nie będą działania promocyjne i edukacyjne, do których się przyzwyczailiśmy”. [IDI_IZRPO_2]

Potencjalni beneficjenci, którzy wzięli udział w badaniach FGI, wskazali na szereg narzędzi jakimi można próbować podejmować działania informacyjno-promocyjne w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych grup docelowych. Beneficjenci wymieniali np. prowadzenie akcji promocyjnych, które dodatkowo są wspierane poprzez rozdawanie drobnych gadżetów, jednak sami stwierdzali, że nie zawsze jest to narzędzie skuteczne.

Innym działaniem proponowanym przez beneficjentów to wykorzystanie telewizji regionalnej, prasy oraz działania prowadzone przy współpracy podmiotów zewnętrznych np. NGO.

„O4: Mamy podpisane umowy z telewizją regionalną o współpracy, z prasami różnymi, gazetami, ogłoszenia, goście, gadżety, organizacje pozarządowe.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_1]

Potencjalni beneficjenci wskazywali również na działania podejmowane w szkołach i dotarcie przez dzieci do potencjalnej grypy odbiorczej np. rodziców.

„O4: Natomiast my, w tej chwili realizujemy program, który jest skierowany, z prewencji pierwotnej, czyli z edukacji do dzieci, młodzieży szkół gimnazjalnych i pierwszych klas licealnych. (...) To wcale nie jest takie głupie z przedszkolami, bo dziecko jest niezłym terrorystą w domu i jak dobrze mu się przekaże ten komunikat, w formie takiej zrozumiałej, że ma babcię zaciągnąć i mamę na badanie mammograficzne, to jak w banku przychodzą. My to obserwujemy na podstawie zaproszeń, a laurka jest zaproszeniem, czyli stemplujemy, nagrody potem są, jakieś tam gadżeciki.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

Również realizowanie działań z zaskoczenia w opinii respondentów jest dobrą formą informacji i promocji np. zapraszanie na dodatkowe badania pacjentów, którzy zjawiają się w przychodni przy okazji innych badań.

„O6: Wpadliśmy na pomysł, każdemu pacjentowi, który się pojawia przy rejestracji, proponujemy wykonanie podstawowego badania, a skoro już jestem, to dlaczego nie. Najgorszy jest problem z tym, żeby pacjent się wyrwał z domu do przychodni.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

Przedstawiciele JST (gminy) wskazywali na takie działania jak prezentowanie odpowiednich treści podczas realizowanych festynów, spotkań kulturalnych czy też sportowych. Według respondentów nie tylko jest to dobry sposób na przekazanie informacji, ale również gwarancja przekazania tych treści dużej grupie osób.

„O7: Gminy robią wiele różnych takich festynów, spotkań kulturalnych, sportowych. To są takie okazje gdzie razem z dziećmi przychodzą rodzice czy dziadkowie i tutaj jakieś stoiska promocyjne takie zdrowotne.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

Podobnie jak w przypadku innych respondentów, przedstawiciele JST wymieniali podczas sesji FGI radio, prasę, telewizję regionalną, bilbordy jako dodatkowe narzędzia, które można wykorzystać podczas prowadzonych akcji promocyjno-informatycznych. Dodatkowo, działania te można, ich zdaniem, wspierać akcjami prowadzonymi na portalach społecznościowych np. facebook oraz poprzez strony internetowe.

„O1: Radio, prasa, tv, ulotki, bilbordy itp. Środki masowego przekazu wraz z Internetem i aplikacjami na telefony Komórkowe.” [FGI_Koszalin_JST_POW]

„O4: Zarówno strona internetowa, ale też biuletyny, kwartalniki, czyli nasze wydawane przez gminy pisma.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

„O3: Jeżeli będziemy mieli środki i będziemy mogli wykonać dany program, to wierzę w to, że do 10% czy 15% społeczeństwa to dotrze.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

Lekarze, podobnie jak pozostałe grupy respondentów wskazywali na prasę, radio czy telewizję jednak w ich opinii są to kosztowne sposoby docierania do potencjalnych grup docelowych. Lekarze wskazywali również na portale społecznościowe jak dobre narzędzie do promocji prowadzonych działań.

„O5: Dokładnie, z naszej branży tutaj możemy zauważyć, że swego czasu było bardzo dużo spotów reklamowych na temat skakania na głowę i złamań kręgosłupa szyjnego.” [FGI_Koszalin_lekarze]

*„O6: (...) przez Internet, tym bardziej na Facebooka jakaś taka reklama, to takie zajawki.”
[FGI_Koszalin_lekarze]*

W opinii lekarzy dużą rolę odgrywa też tzw. marketing szeptanych między pacjentami, gdzie jeden pacjent przekazuje kolejnemu informacje o możliwościach dodatkowych badań np. profilaktycznych. Kolejnym dobrym w opinii lekarzy sposobem, który można wykorzystać w działaniach promocyjno-informatycznych jest udział w organizowanych przez inne podmioty wydarzeniach np. rozmowach o zdrowiu, gdzie realizatorzy projektów mogliby dodatkowo przedstawić swój zakres prowadzonych działań.

„O4: Natomiast dosyć często, przynajmniej tu w Szczecinie, są takie cykliczne spotkania, rozmowy o zdrowiu na przykład. I tam rzeczywiście zależy jaki jest temat poruszany. Rzeczywiście ludzie przychodzą tak.” [FGI_Szczecin_lekarze]

2.12 Identyfikacja obszarów ryzyka w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS przez uprawnionych beneficjentów

Podczas realizacji wywiadów ilościowych, respondenci z JST zapytani zostali też o ryzyka, jakie mogą wystąpić przy realizacji programów finansowanych ze środków EFS. Blisko 20% badanych dostrzega takie ryzyka, a wśród nich: poprawne wydatkowanie środków, rezygnacje pacjentów z udziału w programie czy brak realizacji wskaźników. Badani z sektora NGO wśród ryzyk wymienili także kwestie poprawnego rozliczenia projektu i wydatkowania środków oraz brak frekwencji uczestników programów. Tylko 13,9% badanych z POZ wskazało, że takie ryzyka występują. Wynika to zapewne z faktu, że badane podmioty lecznicze w znacznej większości nie realizowały wcześniej projektów unijnych. Za ryzyka uznano natomiast: rozbudowaną i skomplikowaną sprawozdawczość realizacji projektu i koordynację projektu.

Przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego, którzy brali udział w wywiadach jakościowych, również zostali poproszeni o identyfikację ewentualnych obszarów ryzyka związanego ze świadczeniem usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS. Wskazywali oni m.in. na **zagrożenie płynące z niezrealizowania założonych wskaźników**. Niejednokrotnie odwoływali się oni do swoich wcześniejszych doświadczeń w tym zakresie.

„Wiem, że tu starostwo otrzymało pieniądze z ministerstwa na realizację profilaktyki nowotworowej, była wcześniej robiona diagnoza zachorowalności, no i wyszło, że ten wskaźnik jest bardzo niski i dostali te pieniądze i z tego, co mi wiadomo, te pieniądze oddali. Ryzyko, że oni nie zrealizują tego programu było tak wysokie, że później nie dość, że będą musieli oddać te pieniądze, to jeszcze odsetki, bo wiedzieli, bo jest bardzo niska zgłaszalność na taką profilaktykę, nie pamiętam, czy szło o cytologię, czy mammografię. Jak mamobusy jeżdżą, to widzimy, jak przychodzą do nas czasami informacje, że nie ma zgłaszalności, pomimo już przeróżnych pomysłów i wiedzieli, bali się tego i wiem, że te pieniądze chyba nie wzięli ich”. [IDI_JST_POW_2]

Badani reprezentujący pozostałe grupy beneficjentów, w tym m.in. przedstawiciele jednostek ochrony zdrowia, również wskazywali, iż jednym z najpoważniejszych zagrożeń związanych z realizacją programu jest **ryzyko związane z ludźmi i kwestia dotarcia do odbiorców** – tj.

zgrupowanie odpowiedniej liczby osób, które będą zainteresowane udziałem w programach. Respondenci wskazują, iż problem ten może pojawić się m.in. w odniesieniu do programów rehabilitacji ułatwiających powrót do pracy, ponieważ niejednokrotnie może dochodzić do sytuacji, w których, odbiorcy takich działań nie zawsze będą zainteresowani powrotem do pracy.

„Zagrożeniem są zawsze ludzie, jak w każdym projekcie, bo problem polega na tym, że często też ludzie nie chcą wrócić do pracy. Jest im łatwiej, milej, wiadomo, na zasiłku. Niestety tak to wygląda, bo ja nawet widzę po pacjentach, po ich zachowaniach, że oni wcale się nie palą do powrotu do pracy. I z jednej strony, owszem, jest grupa osób, która zdecydowanie woli pracować niż być na zasiłku, natomiast duża grupa też jest taka, która jednak wybiera zasiłek niż powrót do pracy i jak dla mnie w każdym tym programie, czy jakimkolwiek tak naprawdę projekcie zagrożeniem są ludzie”. [IDI_ZOZ_3]

Problem zbyt małej liczby pacjentów, którzy mogliby poddać się określonym działaniom, to częsty motyw, który pojawiał się w wypowiedziach respondentów biorących udział w wywiadach jakościowych.

„Tak, bo co z tego, że my powiemy, jesteśmy gotowi zrobić na przykład pięćset badań tak, w jakimś okresie czasu, ale nie będzie tylu pacjentów. To jest największe ryzyko. Chociaż powiem szczerze nieraz zdarzają się badania, na które ryzykiem jest to, że przyjdzie za dużo pacjentów, tak też się zdarza, chociażby badania skóry w kierunku czerniaka. Akurat mamy taki region, że powtarzamy te badania, bo to jest region turystyczny, i tutaj ludzie tą świadomością odnośnie działania słońca mają bardzo dużą i zmiany skórne chcą kontrolować. I co roku chcą więcej tych badań. Więc to jest z kolei to ryzyko, że będą niezadowoleni, bo może nie wszyscy zostaną przyjęci”. [IDI_ZOZ_2]

Innym typem zagrożenia, do którego nawiązywali w swoich wypowiedziach respondenci wywiadów jakościowych, są możliwe opóźnienia czasowe w realizacji projektów i związane z tym **ryzyko finansowe**.

„Głównie ryzyka finansowe. Jeżeli na przykład gdzieś przekraczamy termin z różnych powodów, to tam zawsze musimy występować o różne prolongaty, inne cuda. Najczęściej są ogłaszane bardzo krótkie terminy od ogłoszenia do, że tak powiem akcesu, zgłoszenia się do tego projektu. Na początku zanim się to rozpocznie, zanim się ruszy, to ten rozruch jest taki różny, potem na koniec się biegiem wszystko robi”. [IDI_ZOZ_4]

Jako źródło ewentualnych zagrożeń respondenci wywiadów, w tym w szczególności przedstawiciele jednostek ochrony zdrowia, wskazywali również na ryzyko związane z **brakiem odpowiedniej liczby specjalistów**, którzy mogliby w pełni zaangażować się w realizację tego typu projektów.

„Jeżeli nie mamy nadmiaru lekarzy, bo nas na to nie stać, a z drugiej strony ich nie ma, to jeżeli coś chcemy działać na dużą skalę, to właściwie trzeba, by znaleźć nowych lekarzy do różnej skali jakiegoś przedsięwzięcia. No, to skąd ich wziąć, skoro ich brakuje na co dzień? Zawsze można taką dać kwotę, że się ich, po prostu przekupi, że przyjadą z Warszawy. Tylko jakie to będą kwoty i gdzie jest racjonalizm tego? Nie ma racjonalności, ale możemy sobie wymyślić. [IDI_ZOZ_5]

Potencjalni beneficjenci, którzy wzięli udział w badaniu FGI, wskazywali na trzy podstawowe ryzyka, jakie wiążą się ze świadczeniem usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS. Przede wszystkim jest to ryzyko niezrealizowania wskaźników, jakie zostały wskazane we wniosku. Problem

ten nie tylko wynika z pewnego rodzaju niechęci pacjentów do profilaktyki/badania się, ale również z późniejszego rezygnowania osób, które wstępnie wyraziły chęć udziału w prowadzonych działaniach.

„O6: Oczywiście takie, że jeśli nie zostaną osiągnięte wskaźniki, trzeba będzie zwrócić środki.”
[FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

„O5: Często jest tak, że początkowo idzie, a potem jakby nam się ta grupa wykrusza i potem jest problem z uczestnikami. Chodzi o to, że złapie się tą grupę, a ta grupa się wykrusza po drodze. I na koniec projektu się okaże, że z 20 osób zostaje 10.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_II]

W drugiej kolejności potencjalni beneficjenci wskazywali na ryzyko związane kwalifikowaniem kosztów ponoszonych w projekcie oraz przepisów, które ograniczają w pewien sposób działania podejmowane w ramach projektu. Wiąże się to również z dodatkową biurokracją podczas rozliczania projektu. Dodatkowym ryzykiem, w opinii potencjalnych beneficjentów, są mocno ograniczone ramy czasowe dotyczące realizacji działań.

„O4: Tak, tu się absolutnie zgodzę z kolegą, że elastyczność przy kosztach kwalifikowanych, bo czasami to jest masakra. Okazuje się, że czerwony długopis tak, a zielony już nie jest kwalifikowany, bo to też przerabialiśmy. Kwestia tolerancji. Ja mogę powiedzieć, że nam się już nie chce i szefowa wielokrotnie mówi, że ona pierdzieli te programy profilaktyczne, które robimy, bo tyle obostrzeń administracyjnych, które zostały wrzucone w ostatnich latach, to naprawdę nam się już przestaje chcieć. W pewnym momencie my próbowaliśmy cały czas tylko śledzić papiery, przewracać, a jak to się mówi nie być w terenie.”
[FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

W opinii lekarzy największym ryzykiem jest niewywiązanie się z rozbudowanej księgowości i sposobu rozliczania projektu, które może się wiązać z konsekwencjami finansowymi. Lekarze wskazują, że rozwiązaniem tego problemu mogłoby być korzystanie z usług zewnętrznej firmy, która prowadziłaby całą księgowość projektową jednak i w tym wypadku pojawia się ryzyko dotyczące korzystania z usług niekompetentnej firmy. Dodatkowo, w takiej sytuacji realizator ponosiłby dodatkowe koszty z uwagi na zlecenie tego zadania firmie zewnętrznej.

„O4: Dla realizatora jest chyba tylko jedno ryzyko tak prawdę powiedziawszy. Że gdzieś tam nie wywiążesz się niestety z rozbudowanej księgowości i poniesiesz konsekwencje finansowe.”
[FGI_Szczecin_Lekarze]

Lekarze wskazywali również na pewne ograniczenia związane z infrastrukturą (sprzęt), która została zakupiona ze środków unijnych w ramach innych projektów, przez co nie jest możliwe wykorzystywanie ich do celów komercyjnych.

„O5: Po prostu jest nasz blok operacyjny, czy nasz sprzęt zakupiony ze środków unijnych i my jesteśmy zablokowani przez 5 lat. A firma prywatna, która sobie działa elegancko, też sobie kupiła częściowo ze środków unijnych i sobie działa. No to było zupełnie na innej zasadzie i ona sobie działa komercyjnie, działa na Narodowy Fundusz, a my możemy robić tylko badania na przykład z naszego szpitala, nie możemy w ogóle robić komercji. Nawet komercji takiej, że na Narodowy Fundusz, tak, czyli z poradni, my nie możemy robić badań.”
[FGI_Koszalin_Lekarze]

2.13 Aktualny i prognozowany stan demograficzno-epidemiologiczny województwa zachodniopomorskiego

2.13.1 Stan demograficzny

Województwo zachodniopomorskie w roku 2014 zamieszkiwało 1714531 osób. Blisko jedną czwartą mieszkańców regionu (23,7%; 407180 os.) stanowili mieszkańcy Szczecina. Drugie co do wielkości miasto w regionie - Koszalin, w roku 2014 zamieszkiwało 108605 osób (6,3% populacji regionu). Do najmniej licznych pod względem populacyjnym powiatów zaliczały się: powiat łobeski (37804 os.; 2,2% populacji regionu), powiat pyrzycki (40488 os.; 2,4% populacji regionu), oraz Miasto Świnoujście (41276; 2,4% populacji regionu).⁶⁶ Szczegółowe dane demograficzne na temat mieszkańców poszczególnych powiatów województwa zachodniopomorskiego w roku 2014 prezentuje Tabela 10.

Tabela 10. Liczba ludności województwa zachodniopomorskiego w poszczególnych powiatach i przedziałach grup wieku (dane za rok 2014)

	OGÓŁEM	0-2	3-6	7-12	13-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 I WIĘCEJ
POWIAT BIAŁOGARDZKI	48679	1286	2187	2893	1533	2429	3539	7687	7125	6030	7406	6564
POWIAT DRAWSKI	58264	1787	2503	3415	1905	2647	4115	9199	8159	7439	9192	7903
POWIAT KOŁOBRZESKI	79567	1952	3168	4398	2336	3746	4808	11933	11915	10454	12915	11942
POWIAT KOSZALIŃSKI	65962	1845	2813	4102	2229	3279	4842	10529	9699	8783	10073	7768
POWIAT SŁAWIEŃSKI	57489	1748	2471	3499	1864	2844	4251	8738	8090	7381	8778	7825
POWIAT SZCZECINECKI	78858	2083	3274	4648	2404	3890	5595	12097	11074	10150	12223	11420
POWIAT ŚWIDWIŃSKI	48343	1291	2028	2824	1477	2175	3510	7609	6716	6156	7843	6714
POWIAT WAŁECKI	54348	1481	2276	3413	1744	2484	3823	8505	7929	6912	8504	7277
POWIAT M. KOSZALIN	108605	2896	4352	5316	2613	3857	6115	17730	16162	12417	18008	19139
POWIAT CHOSZCZEŃSKI	49709	1437	2113	3011	1541	2205	3708	8011	6946	6382	7586	6769
POWIAT GRZYFICKI	61517	1736	2733	3720	1911	2834	4315	9871	8743	7897	9777	7980
POWIAT MYŚLIBORSKI	67417	1867	2942	4032	2106	2934	4621	10770	9674	8464	10815	9192
POWIAT PYRZYCKI	40488	1126	1761	2446	1259	1825	2934	6352	5798	5119	6212	5656
POWIAT STARGARDZKI	120593	3410	5271	6894	3633	5236	8110	19514	17838	15058	19283	16346
POWIAT ŁOBESKI	37804	1088	1661	2239	1194	1672	2759	5789	5288	4706	6050	5358
POWIAT M. SZCZECIN	407180	10466	15644	20208	9527	15199	22866	65852	62989	46918	66542	70969
POWIAT GOLEŃOWSKI	82507	2421	3747	5263	2672	3801	5693	13031	12643	10147	12660	10429
POWIAT GRZYFIŃSKI	83688	2418	3619	5156	2645	3710	5805	13414	12510	10565	13081	10765
POWIAT KAMIENSKI	47751	1218	1861	2704	1340	1840	3241	7568	6720	6063	8449	6747
POWIAT POLICKI	75386	2317	3681	5187	2357	3557	4524	12200	13110	9874	11289	7290

⁶⁶ Por. BDL stat.gov.pl

POWIAT M.ŚWINOUJŚCIE	41276	853	1441	1983	963	1516	2235	6048	6406	5321	7327	7183
ZACHODNIOPOMOR SKIE	1715431	46726	71546	97351	49253	73680	111409	272447	255534	212236	274013	251236

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie: BDL stat.gov.pl

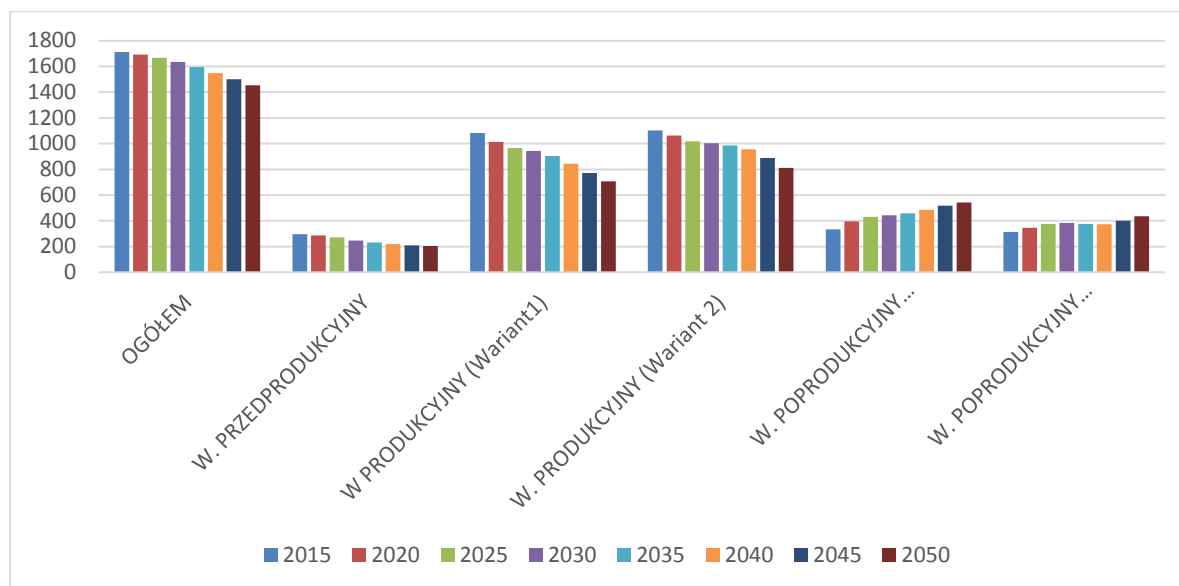
W województwie zachodniopomorskim w roku 2014 liczba ludności zmniejszyła się o 3430 osób względem roku 2013 r. i o 8310 osób mniej niż w 2010 r. Populacja województwa stanowi 4,5% ogółu ludności Polski. Pod względem gęstości zaludnienia region zajmował 13. lokatę w kraju. Struktura mieszkańców regionu z uwagi na płeć od kilku lat nie ulega większym zmianom. W ogólnej liczbie mieszkańców nieznacznie przeważają kobiety, których udział procentowy w końcu grudnia 2014 r. (podobnie jak w końcu lat 2010-2013) wyniósł 51,3%.⁶⁷

Zgodnie z opracowaną przez GUS prognozą demograficzną do roku 2050, liczba mieszkańców w regionie w kolejnych latach będzie systematycznie maleć, osiągając w roku 2050 populację 1453,3 tys. mieszkańców (-15,1% względem roku 2015). Spadać będzie liczba osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym, przy jednoczesnym relatywnym wzroście populacji w wieku poprodukcyjnym. W zależności od przyjętego wariantu⁶⁸, liczba osób w wieku produkcyjnym w roku 2020 zmniejszy się 70,4 tys. osób (-6,5%) w wypadku Wariantu 1, bądź też redukcja demograficzna tej subpopulacji wynosić będzie 40,4 tys. osób (-3,7%) w wypadku uwzględnienia zmian w systemie emerytalnym wynikających z Ustawy z dnia 11 V 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2012 poz. 637). Przyrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym w Wariantcie 1 wynosić będzie w roku 2020 60,8 tys. osób (+18,2% względem roku 2015), a w Wariantcie 2 30,7 tys. osób (+9,8% względem roku 2015). Prognozowana liczba osób w wieku przedprodukcyjnym w roku 2020 wynosić będzie 285,8 tys. osób (zmniejszenie o 10,5 tys. osób względem roku 2015, tj. 3,5%), co stanowić będzie 16,9% całej populacji w regionie w tej perspektywie prognostycznej (łącznie populacja regionu wynosić ma 1692,5 tys. osób w roku 2020). Wizualizację zmian zachodzących w strukturze demograficznej regionu w oparciu o dane prognostyczne ukazuje Wykres 28.

⁶⁷ Por. Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa zachodniopomorskiego w 2014 r., GUS, Maj 2015

⁶⁸ Wariant I – przyjęto górną granicę dla wieku produkcyjnego 59/64 lata oraz dolną granicę dla wieku poprodukcyjnego - 60/65. Wariant II – uwzględniając zmiany granicy wieku emerytalnego; zgodnie z ustawą z dnia 11 V 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2012 poz. 637) dla kolejnych lat prognozy jako dolną granicę wieku poprodukcyjnego (jednocześnie górną granicę wieku produkcyjnego) przyjęto: dla mężczyzn – 65,75 roku w 2015 r. oraz 67,0 lat w latach 2020-2050; dla kobiet – 60,75 roku w 2015 r., 62,0 w 2020 r., 63,25 w 2025 r., 64,5 w 2030 r., 65,75 w 2035 r. oraz 67,0 lat w latach 2040- 2050.

Wykres 28. Prognoza ludności województwa zachodniopomorskiego do roku 2050 w podziale na populację ogółem, w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym z uwzględnieniem wariantowych populacji wieku produkcyjnego i poprodukcyjnego wynikających zmian w systemie emerytalnym.



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie: Rocznik Statystyczny Województwa Zachodniopomorskiego, grudzień 2014

W województwie w roku 2014 według danych GUS zarejestrowano 15530 urodzeń żywych, tj. o 105 więcej niż w 2013 r., ale o 1810 mniej niż w 2010 r. Współczynnik urodzeń żywych wyniósł 9,04% i był minimalnie wyższy w stosunku do notowanego w 2013 r. (8,97%), ale niższy niż w 2010 r. (10,06%). W tym samym roku zmarło 16279 osób (o 707 osób mniej niż w 2013 r. oraz o 250 osób mniej niż w 2010 r.). Ogólny współczynnik zgonów wyniósł 9,48%, podczas gdy w 2013 r. – 9,88%, a w 2010 r. – 9,59%). Podkreślić należy, iż w stosunku do 2013 r. i 2010 r. wzrosła umieralność niemowląt. Współczynnik zgonów niemowląt (liczony na 1000 urodzeń żywych) przyjął wartość 5,34%, wobec 4,99% w 2013 r. i 5,25% w 2010 r. Pomimo nieznacznego wzrostu liczby urodzeń przy jednoczesnym spadku liczby zgonów przyrost naturalny w 2014 r. (czwarty rok z rzędu) przybrał wartość ujemną (-0,03).⁶⁹

2.13.2 Najczęstsze przyczyny zgonów

Głównymi przyczynami zgonów w województwie zachodniopomorskim były choroby układu krążenia. W 2012 roku w regionie z tego powodu zmarło 7 482 osób (45,4% zgonów), z czego 3 575 mężczyzn (40,4% zgonów mężczyzn) i 3 907 kobiet (51,1% zgonów kobiet). Wskaźnik liczby zgonów na choroby układu krążenia na 10 tys. ludności wynosił 43,4 i był wyższy o 2,8 niż w roku poprzednim.

Drugą co do wielkości przyczyną zgonów w regionie były choroby nowotworowe. W skali kraju w 2011 r. największą zachorowalność na nowotwory złośliwe stwierdzono u mieszkańców województwa dolnośląskiego (411 zachorowań na 100 tys. ludności) i pomorskiego (408 przypadków), Województwo zachodniopomorskie należało do regionów o najrzadziej wykrywanych nowotworach złośliwych były wykrywane u mieszkańców województwa mazowieckiego, podlaskiego

⁶⁹ Por. Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa zachodniopomorskiego w 2014 r., GUS, Maj 2015

i zachodniopomorskiego (315 nowych przypadków na 100 tys. mieszkańców)⁷⁰. W 2012 roku w regionie zmarło z tego powodu 4 613 osób (28,0% zgonów), w tym 2 501 mężczyzn (28,3% zgonów mężczyzn) i 2 112 kobiet (27,6% zgonów kobiet). Wskaźnik liczby zgonów na nowotwory na 100 tys. ludności w 2012 roku wynosił 26,8 i wzrósł o 1,2 w stosunku do roku poprzedniego. W przeważającej liczbie tych przypadków (96,0%) przyczyną były nowotwory o charakterze złośliwym (4 429 osób - o 160 osób więcej niż w 2011 roku). Dominującymi czynnikami były nowotwory złośliwe układu oddechowego i klatki piersiowej (27,6%, mężczyźni 34,2%, kobiety 19,8%) oraz nowotwory narządów trawiennych (26,2%, mężczyźni 25,6%, kobiety 26,8%). W grupie kobiet widoczny był również duży udział zgonów na nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych (12,8%) i na nowotwory złośliwe sutka (11,9%).⁷¹ W skali regionu najwięcej zgonów na nowotwory złośliwe odnotowano w roku 2012 w Mieście Szczecin (1173), Mieście Koszalin (31) i powiecie stargardzkim (271). Relatywnie najmniejsza skala zgonów na nowotwory złośliwe mierzona liczbą zgonów na 100 tys. ludności odnotowana została w powiecie szczecineckim (427,7), wałeckim (356,5) i polickim (320,4). Wskaźnik ten w roku 2012 przyjmował najbardziej korzystne wartości w odniesieniu do powiatu sławieńskiego (100,6), drawskiego (130,6) i łobeskiego (133,8). Szczegółową liczbę zgonów na poszczególne typy nowotworów złośliwych według powiatów województwa zachodniopomorskiego w roku 2012 prezentuje Tabela 11.

Tabela 11 Liczba zgonów na poszczególne typy nowotworów złośliwych według powiatów województwa zachodniopomorskiego w roku 2012

POWIATY	ZGONY OGÓŁEM	PRZYCZYNY								
		NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NARZĄDÓW TRAWIENNYCH	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NARZĄDÓW ODDECHOWYCH I KŁATKI PIERSIOWEJ	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UKŁADU MOCZOWEGO	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEDOKŁADNIE OKREŚLONY I WTORNY	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI KRWIOTWÓRCZEJ I LIMFATYCZNEJ	POZOSTAŁE
M. KOSZALIN	319	71	72	14	19	21	20	62	15	25
M. SZCZECIN	1 173	316	309	67	73	57	63	90	77	121
M. ŚWINOUJŚCIE	120	30	36	8	4	7	8	9	7	11
BIAŁOGARDZKI	120	30	37	6	14	3	9	11	4	6
CHOSZCZEŃSKI	140	37	50	6	7	7	6	8	6	13
DRAWSKI	105	21	41	3	6	8	7	9	3	7
GOLENIOWSKI	201	49	66	8	14	6	9	15	12	22
GRYFICKI	119	42	29	9	9	3	-	11	8	8
GRYFIŃSKI	195	50	64	7	13	6	10	16	12	17
KAMIEŃSKI	130	27	40	8	8	5	12	8	10	12
KOŁOBRZESKI	212	43	54	19	16	11	14	24	16	15
KOSZALIŃSKI	162	35	42	14	5	10	14	20	9	13
ŁOBESKI	108	27	30	3	9	2	5	5	12	15
MYŚLIBORSKI	148	51	42	5	10	5	10	12	6	7
POLICKI	129	41	30	12	2	7	9	11	8	9
PYRZYCKI	109	29	31	8	7	8	5	8	4	9
SŁAWIEŃSKI	146	34	44	8	4	5	16	13	9	13

⁷⁰ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r., GUS, Warszawa 2013.

⁷¹ Por. Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2014

STARGARDZKI	271	77	71	21	15	13	13	14	21	26
SZCZECINECKI	227	71	49	8	10	9	19	24	15	22
ŚWIDWIŃSKI	154	42	43	5	6	14	5	15	15	9
WAŁECKI	141	36	42	7	9	2	12	14	11	8
WOJEWÓDZTWO	4 429	1 159	1 222	246	260	209	266	399	280	388

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2014

Choroby układu oddechowego stanowiły przyczynę zgonów w 798 przypadkach (456 zgonów mężczyzn i 342 zgonów kobiet), a choroby układu trawiennego w 715 przypadkach (382 zgony mężczyzn i 333 zgony kobiet). Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej stanowiły przyczynę śmierci 268 mieszkańców regionu (w tym 126 mężczyzn i 142 kobiet).⁷²

Prognozowany wskaźnik dalszego trwania życia dla mieszkańca województwa zachodniopomorskiego w wieku 45 lat wynosi w wypadku mężczyzn 30,8, a kobiet 37,3. Prognozowana długość życia różnicuje się z uwagi na miejsce zamieszkania i jest bardziej korzystna dla osób zamieszkujących tereny miejskie. We wszystkich, wybranych do prognozy kategoriach wieku, przewidywana długość życia kobiet jest dłuższa niż prognozowany wiek życia mężczyzn. Szczegóły prognozy prezentuje Tabela 12.

Tabela 12. Prognozowana długość życia kobiet i mężczyzn zamieszkujących na terenie województwa zachodniopomorskiego wg wybranych grup wieku z podziałem na obszary miejskie i wiejskie regionu

WIEK	0	15	30	45	60	65
MĘŻCZYŻNI	73,6	59,0	44,8	30,8	18,7	15,4
MĘŻCZYŻNI W MIASTACH	74,3	59,7	45,3	31,3	19,2	15,9
MĘŻCZYŻNI NA WSI	71,9	57,4	43,4	29,5	17,4	14,2
KOBIETY	80,9	66,5	51,8	37,3	24,0	20,0
KOBIETY W MIASTACH	81,1	66,7	52,0	37,5	24,1	20,1
KOBIETY NA WSI	80,1	65,9	51,2	36,6	23,5	19,6

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie: BDL stat.gov.pl

2.13.3 Główne problemy zdrowotne regionu

Zgodnie z diagnozą przyjętą w ramach projektu regionalnego Programu Strategicznego Ochrona Zdrowia, głównymi problemami zdrowotnymi mieszkańców województwa zachodniopomorskiego są: choroby układu krążenia (głównie choroba nadciśnieniowa), choroby nowotworowe, urazy i wypadki, choroby układu trawiennego i oddechowego. Wśród najbardziej zagrożonej populacji są osoby po 55 roku życia bez względu na płeć. Odnotowuje się wśród nich wzrost zachorowalności na choroby układu krążenia, cukrzycę, choroby układu trawiennego i choroby reumatyczne. Choroby

⁷² Por. Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2014

układu krążenia i choroby nowotworowe są jednym z podstawowych powodów występowania w populacji zgonów przedwczesnych, zwłaszcza u mężczyzn.⁷³

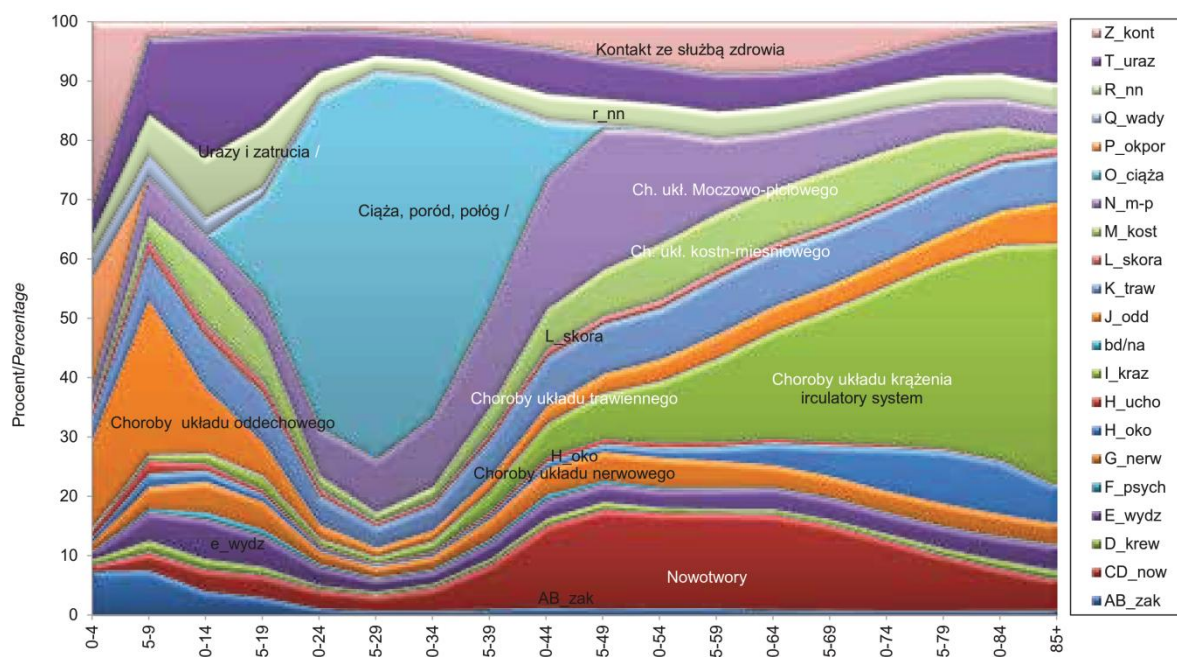
Według ogólnopolskich analiz prowadzonych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu higieny struktura przyczyn hospitalizacji grupy kobiet i mężczyzn różnicuje się między w grupach wiekowych osób dorosłych. Choroby układu oddechowego stanowią główną chorobową przyczynę hospitalizacji, zarówno wśród dziewczynek, jak i chłopców do 10 roku życia. Urazy i zatrucia są najczęstszą przyczyną hospitalizacji tylko wśród dziewcząt w wieku 10-14 lat. W starszych rocznikach, aż do 39 lat przeważają powikłania ciąży, porodu i połogu, przy równoczesnym wzroście częstości chorób układu moczowo - płciowego (w stopniu znacznie większym niż u mężczyzn). Od 60 roku życia aż do najstarszych grup wieku wśród przyczyn hospitalizacji kobiet zaczynają dominować choroby układu krążenia. Wśród hospitalizowanych chłopców w wieku powyżej 10 lat zaczynają dominować urazy i zatrucia a obok nich choroby układu trawiennego. Sytuacja ta utrzymuje się do 45 roku życia, kiedy wśród przyczyn hospitalizacji przeważają choroby układu krążenia. W grupie mężczyzn od 50 roku życia oprócz chorób układu krążenia pojawiają się nowotwory, które swe maksimum wśród przyczyn hospitalizacji osiągają w grupie wieku 65-69 lat. Co istotne, nie przekraczają jednak częstości chorób układu krążenia, które aż do najstarszej grup wieku mężczyzn zwiększają swoje znaczenie wśród przyczyn hospitalizacji tej płci. W starszych grupach wieku zwiększa się też częstość chorób układu oddechowego, jako przyczyny pobytu mężczyzn w szpitalu. W wypadku grupy kobiet choroby nowotworowe, jako przyczyna hospitalizacji ujawniają się w dużo młodszych grupach wiekowych niż u mężczyzn. Wśród starszych roczników kobiet stopniowo, ale wyraźniej niż u mężczyzn, maleje udział nowotworów. Choroby zakaźne są znaczącą przyczyną hospitalizacji obu płci tylko w najmłodszych grupach wieku, natomiast w starszych grupach wieku ich udział wśród przyczyn hospitalizacji jest większy wśród mężczyzn.⁷⁴ Wizualizację przyczyn hospitalizacji w Polsce w podziale na grupę kobiet i mężczyzn prezentują

⁷³ Program projekt Strategiczny Ochrona Zdrowia, Szczecin 2013

⁷⁴ Por. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2012

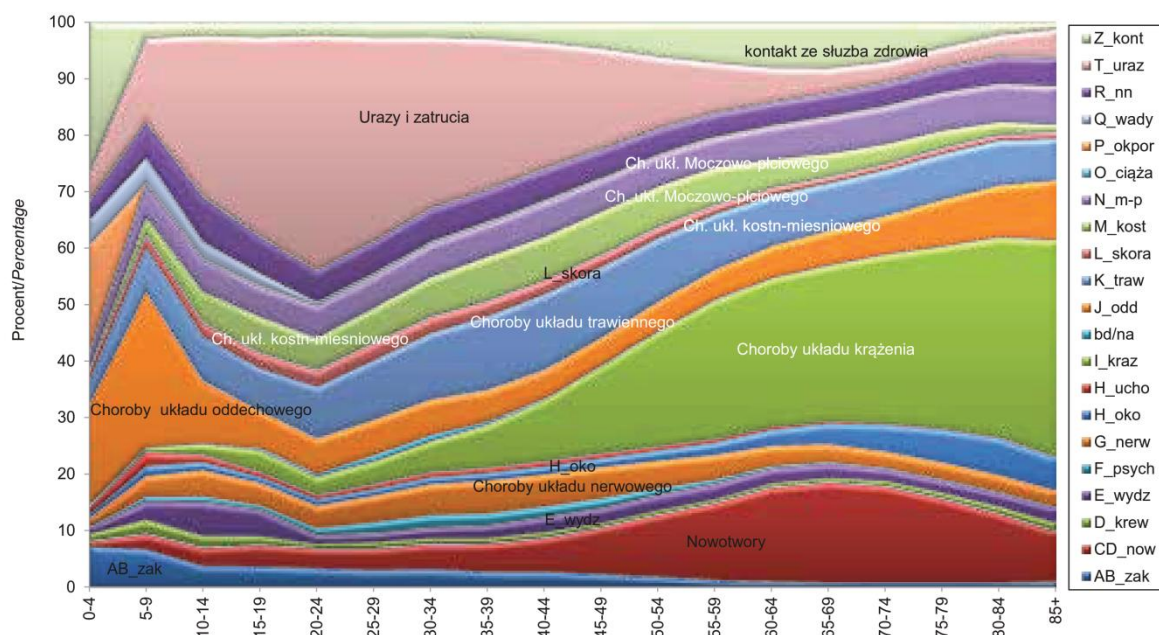
Wykres 29 i Wykres 30.

Wykres 29. Struktura przyczyn hospitalizacji w Polsce w 2010 r. wg wieku leczonych - kobiety



Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2012

Wykres 30 Struktura przyczyn hospitalizacji w Polsce w 2010 r. wg wieku leczonych - mężczyźni



Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2012

W regionie największą bezwzględną grupę osób leczoną w poradniach leczenia podstawowego stanowią osoby ze schorzeniami układu krążenia (333754 os.). O ile jednak wskaźnik liczby chorych z tym rozpoznaniem w wieku na 10 tys. mieszkańców 19-34 wynosi 431,7, o tyle wskaźnik ten gwałtownie rośnie w kolejnych grupach wiekowych i osiąga najwyższą wartość wśród osób w wieku 65 lat i więcej (5704,9). W roku 2013 choroby układu krążenia stwierdzono po raz pierwszy wśród

34874 osób. Wzrost bezwzględnej liczby osób z niedokrwienną chorobą serca obserwować można zarówno w grupie 35-54 (8122 osoby względem 828 osób w wieku 19-34 lata, tj. wzrost o 880,9%), jak i w grupie wiekowej 55-64 lata (21942 osoby w tej grupie wiekowej względem 8122 os. ze zdiagnozowaną niedokrwienną chorobą serca wśród osób w wieku 35-54 lata, tj. wzrost o 170,2%). W wypadku pozostałych typów chorób układu krążenia obserwować można analogiczne, gwałtowne zwiększenie liczby osób leczących się w poradniach w poszczególnych starszych grupach wiekowych.

Drugim, najczęściej leczonym schorzeniem wśród mieszkańców regionu są choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (218177 os. leczonych w roku 2013, z czego 27673 os. po raz pierwszy). Choroby te są wyraźnie widoczne w ujęciu demograficznym już w najmłodszej grupie wiekowej osób dorosłych (wskaźnik 761,3 na 10000 mieszkańców) i liczba osób leczących się wykazuje, iż skala dolegliwości spowodowanych tymi chorobami zwiększa się w kolejnych grupach wiekowych (wartość wskaźnika na 10 mieszkańców: 2171,0 w grupie 55-64 i 2704,4 w grupie w wieku 65 lat i więcej).

Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa leczona jest w skali regionu o 61183 osób, z czego relatywnie w największym stopniu choroba ta widoczna jest demograficznie w grupie wiekowej 55-64 lata (wskaźnik 598,4 na 10 tys. mieszkańców) i 65 lat i więcej (wskaźnik 853,7 na 10 tys. mieszkańców).

Wśród schorzeń utrzymujących relatywnie wysoki wskaźnik na 10 tys. mieszkańców już od najmłodszych grup wiekowych osób dorosłych, zwracają uwagę **przewlekłe choroby układu trawiennego**. Na schorzenia z tej grupy w roku 2013 leczyło się 26378 osób w wieku 19-34 lata, oraz 36225 osób w wieku 35-54 lata.

Szczegółowe dane na temat skali osób dorosłych leczonych w poradniach lecznictwa podstawowego na poszczególne, wybrane choroby prezentuje Tabela 13.

Tabela 13 Osoby dorosłych leczone w poradniach lecznictwa podstawowego w 2013 roku wg wybranych rozpoznai (wskaźnik na 10 tys. ludności)

ROZPOZNANIE / KOD ROZPOZNANIA WG ICD 10 /	OSOBY, U KTÓRYCH STWIERDZONO SCHORZENIA OGÓŁEM (STAN W DNIU 31 XII)	W WIEKU:				OSOBY, U KTÓRYCH STWIERDZONO SCHORZENIA PO RAZ PIERWSZY W OKRESIE SPRAWOZDAWCZY M
		19-34	35-54	55-64	65 LAT WIĘCEJ	
OGÓŁEM	4 462,8	2 037,0	3 604,3	6 425,5	8 107,3	740,3
GRUŹLICA	6,3	1,9	4,9	10,8	11,8	1,0
NOWOTWORY	223,5	77,0	139,3	338,6	511,1	41,4
CHOROBY TARCZYCY	340,2	139,4	305,3	501,5	572,3	46,2
CUKRZYCA	497,8	60,6	239,2	822,2	1 392,1	58,1
W TYM: - LECZENI INSULINĄ	120,3	24,9	63,3	202,9	303,4	16,3
NIEDOKRWISTOŚĆ	173,7	120,6	170,2	173,3	273,4	28,2
CHOROBY OBWODOWEGO UKŁADU NERWOWEGO	745,4	353,5	782,6	1 041,4	1 013,6	90,9
CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA	2 391,8	431,7	1 563,7	3 887,0	5 704,9	250,3
Σ PRZEWLEKŁA	32,9	6,4	20,8	63,3	67,5	3,3

CHOROBA REUMATYCZNA							
CHOROBA NADCIŚNIENIOWA	1 667,2	241,7	1 104,5	2 837,5	3 903,7	166,0	
CHOROBY NACZYŃ MÓZGOWYCH	147,7	11,1	49,9	229,5	482,9	22,4	
NIEDOKRWIENNA CHOROBA SERCA	493,7	20,0	173,4	801,6	1 591,6	47,3	
W TYM: - PRZEBYTY ZAWAŁ SERCA	65,1	4,0	31,1	136,1	156,3	8,7	
PRZEWLEKŁY NIEŻYT OSKRZELI, DYCHAWICA OSKRZELOWA	438,5	242,0	307,2	598,4	853,7	44,7	
PRZEWLEKŁE CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO	894,2	636,4	773,4	1 088,4	1 356,0	114,7	
CHOROBY UKŁADU MIĘŚNIOWO-KOSTNEGO I TKANKI ŁĄCZNEJ	1 563,6	761,3	1 337,0	2 171,0	2 704,4	198,6	
PACJENCI Z INNYMI SCHORZENIAMI WYMAGAJĄCY OPIEKI CZYNNEJ	285,9	158,5	224,9	385,5	512,6	50,5	

Źródło: Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2014

Według statystyk ZUW i GUS w województwie zachodniopomorskim na **zaburzenia psychiczne** (bez uzależnień) leczone były 56024 osoby. Należy podkreślić, iż problem ten w większym stopniu dotyczy grupy kobiet. W roku 2013 na zaburzenia psychiczne leczone były 32198 kobiety (57,5%), w tym w przeważającej ilości te zamieszkałe w miastach (26605 os, 47,5% wszystkich osób leczonych). Mieszkańcy wsi stanowili 17,8% leczonych osób z uwagi na ten rodzaj zaburzeń.

W 2013 roku w placówkach ochrony zdrowia leczone były 1823 osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych. W zdecydowanej większości (67,3%) byli to mężczyźni oraz mieszkańcy miast (88,4%). Wśród 31,5% leczonych osób w tej grupie stwierdzono współistniejące uzależnienia od alkoholu.

Z zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w roku 2013 leczonych było w regionie 10530 osób (w tym 7608 mężczyzn, tj. w tym 72,3%). W grupie osób leczonych tylko 17,0% stanowili mieszkańcy wsi⁷⁵. Dane GUS wskazują, iż wskaźnik osób uzależnionych od alkoholu na 1000 mieszkańców wynosi w województwie zachodniopomorskim 6, co stanowi najwyższą wartość w kraju (na równi z wartością dla województwa lubuskiego). Średnia wartość tego wskaźnika dla kraju wynosi 5.⁷⁶

2.13.4 Stan epidemiologiczny

Zachorowania na choroby zakaźne w regionie monitorowane są przez Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie. Według danych za rok 2014 w woj. zachodniopomorskim

⁷⁵ Na niski odsetek osób leczonych z terenów wiejskich wpływać może m.in. gorszy dostęp do specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz inne uwarunkowania społeczno-terytorialne.

⁷⁶ Por. BDL GUS, stat.gov.pl

utrzymuje się stabilna sytuacja epidemiologiczna w grupie chorób zakaźnych, dla których szczepienia ochronne są efektywnym środkiem profilaktycznym (np. wirusowe zapalenie wątroby typu B, gdzie wskaźnik zapadalności jest od lat niższy niż w Polsce). Co istotne, w regionie utrzymuje się również wysoki odsetek uodpornienia w zakresie chorób objętych Programem Szczepień Ochronnych mimo wzrostu zarejestrowanych osób uchylających się od obowiązku szczepień. W 2014r. nastąpił spadek zachorowań na różyczkę i krztusiec, natomiast wzrosła liczba osób chorych na ospę wietrzną.⁷⁷

Wśród zdiagnozowanych chorób zakaźnych, najwięcej przypadków zachorowań dotyczy grypy. Na chorobę tą w 2014 r. w województwie zachodniopomorskim zapadło 55883 osób (zapadalność 3252,85 na 100 tys. mieszkańców), w tym 28442 dzieci do 14 roku życia (zapadalność 11420,15 na 100 tys. mieszkańców). Dane populacji regionalnej za rok 2014 wskazują na 7421 przypadków mniej niż w 2013r., w tym o 1156 więcej dzieci do 14 r.ż. (wzrost zapadalności na grypę i zakażenia grypopodobne w populacji dzieci do 14 r. ż. zaobserwowano również w Polsce).⁷⁸ Należy podkreślić, iż omówiona wyżej sytuacja w wymiarze roku 2014 uległa pogorszeniu w I półroczu 2015 r. W regionie w tym okresie na grypę zachorowało 50 694 osoby (zapadalność 2 955,17 na 100 tys. mieszkańców), w tym 22 518 dzieci do 14 roku życia (współczynnik zapadalności wyniósł 9 072,01 na 100 tys. dzieci do 14 roku życia).⁷⁹

W roku 2014 na terenie woj. zachodniopomorskiego zaszczepiono 50591 osób przeciwko grypie, co stanowi tylko 2,9% populacji woj. zachodniopomorskiego. W stosunku do roku poprzedniego liczba uodpornionych zmniejszyła się o 0,3% tj. o 3820 osób. Ekspertki podkreślają, iż po wzroście szczepień przeciwko grypie w 2013r., w 2014r. nastąpił ponowny spadek popularności szczepień stąd rekomendowane jest kontynuowanie działań profilaktycznych dotyczących propagowania tej jedynej skutecznej metody zapobiegania grypie, a zwłaszcza jej powikłaniom.⁸⁰

W odniesieniu do chorób zakaźnych stwarzających od lat zagrożenie epidemiologiczne w regionie eksperci Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie w raporcie za I półrocze 2015 podkreślają niekorzystną sytuację epidemiologiczną w zakresie ospy wietrznej. Jako taka, niekorzystna sytuacja epidemiologiczna w zakresie tej choroby nie jest specyficzna dla regionu i występuje w całej Polsce. Pomimo spadku zachorowań (zachorowalność w I półroczu 2015r. wynosiła 360,65 na 100 tys. mieszkańców) sytuacja epidemiologiczna w zakresie ospy wietrznej wciąż oceniana jest jako niekorzystna. W 2014r. w woj. zachodniopomorskim zarejestrowano 8823 zachorowania na ospę wietrzną, tj. o 2103 przypadków więcej niż w roku 2013, w którym zachorowało 6720 osób (współczynnik zapadalności 390,78 na 100 tys. mieszkańców). W roku 2014 prawie połowa zachorowań (4285 przypadków) wystąpiła u dzieci w przedziale wiekowym 3-5 lat. Dane epidemiologiczne nie wskazują na różnice dot. płci wśród osób chorych. Ekspertki podkreślają natomiast, iż aż 6505 osób które zachorowały, nie były szczepione, a u 2245 osób chorych brak jest informacji o szczepieniu. Należy pamiętać, iż szczepienia przeciwko ospie wietrznej są obowiązkowe tylko u dzieci do 12 roku życia w określonej sytuacji zdrowotnej (zwłaszcza w chorobach

⁷⁷ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego za 2014 rok, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

⁷⁸ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego za 2014 rok, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

⁷⁹ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego w I półroczu 2015 roku, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

⁸⁰ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego za 2014 rok, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

przebiegających z upośledzeniem odporności oraz ze względów środowiskowych (tj. dzieci uczęszczające do żłobka) określonych w Programie Szczepień Ochronnych. Szczepienia w innych sytuacjach nie są finansowane ze środków znajdujących się w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia (umieszczone są w grupie szczepień zalecanych).⁸¹

W woj. Zachodniopomorskim w 2014 zaobserwowano wzrost wirusowych zakażeń jelitowych w porównaniu do wirusowych zakażeń jelitowych zarejestrowanych w 2013r. Zgłoszono 2964 przypadki zakażeń o tej etiologii, (współczynnik zapadalności 172,53 na 100 tys. mieszkańców). W regionie utrzymywała się mniej korzystna niż w Polsce sytuacja dot. zakażeń rotawirusowych (1625 zakażeń w roku 2014). Dane za I półrocze wskazują jednak na relatywnie zmniejszenie zachorowalności na wirusowe zakażenia jelitowe względem danych półrocznych poprzedniego roku. W roku zgłoszono 437 przypadków bakteryjnych zakażeń jelitowych spowodowanych przez inne bakterie. Sytuacja epidemiologiczna w wypadku tych infekcji była porównywalna do 2013r.: zgłoszono 437 przypadków. W pierwszym półroczu 2015 odnotowano jednak wzrost liczby zatruc pokarmowych spowodowanych przez czynniki bakteryjne. Wśród liczby odnotowanych zatruc, czynnikiem etiologicznym w większości przypadków była Salmonella. Bakteria ta również w roku 2014 stanowiła główny czynnik ogółu zachorowań (95,3%)

Najnowsza, niekorzystna sytuacja epidemiologiczna dotyczy płonicy (zapadalność w populacji zwiększyła się z 30,83 na 100 tys. w I półroczu 2014r. do 54,28 w tym samym okresie 2015r.). Według danych rocznych, współczynnik zapadalności na to zakażenie w roku 2014 wynosił 53,73/100 tys. Liczba zachorowań na szkarlatynę w roku 2014 wyniosła 923, podczas gdy w I półroczu 2015 roku współczynnik półroczny osiągnął już wartość 933 przypadków zachorowań (w całym roku 2013 odnotowano dla porównania tylko 813 infekcji).

Na marginesie odnotować należy, iż również po spadku zachorowań na krztusiec w I półroczu 2014r i całym 2014r. w I półroczu 2015 nastąpił znaczny wzrost liczby przypadków (przy czym najwyższą zachorowalność odnotowano w grupie dzieci i młodzieży w wieku 10-19 r.ż.).

Wśród zmian zachorowalności w kolejnych latach na poszczególne jednostki chorobowe zwraca uwagę również wzrost przypadków stwierdzonej boreliozy. Na zachorowanie na tą chorobę szczególnie narażone na osoby zawodowo związane z przebywaniem w lesie (leśnicy, drwale), osoby zbierające grzyby oraz runo leśne i mieszkańcy terenów zalesionych. Pomimo tego, iż zapadalność na tą chorobę w regionie jest niższa niż średnia tego współczynnika dla kraju (36,01), to woj. zachodniopomorskim w 2014r. zgłoszono 513 zachorowań na boreliozę (współczynnik zapadalności 29,86 na 100 tys. mieszkańców). Było to o 68 zakażeń więcej niż w roku 2013.⁸² Sytuacja epidemiologiczna boreliozy uległa w I półroczu 2015r. niewielkiej poprawie i była korzystniejsza niż w Polsce. W Polsce współczynnik zapadalności wynosił 12,50 na 100 tys. mieszkańców, podczas, gdy współczynnik zapadalności w regionie wynosił 9,08 na 100 tys. mieszkańców.⁸³

⁸¹ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego za 2014 rok, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

⁸² Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego za 2014 rok, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

⁸³ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego w I półroczu 2015 roku, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

Z prowadzonych rejestrów wynika, iż województwo zachodniopomorskie ma nieco lepszą sytuację epidemiologiczną w zakresie gruźlicy niż Polska - wskaźnik zapadalności na 100 tys. mieszkańców od 5 lat jest korzystniejszy, a zapadalność niższa niż w Polsce i wynosił (11,58). Zgodnie z art. 34 i 40 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j. Dz. U. z 2013r. poz. 947 z późn. zm.) chorzy na gruźlicę płuc w okresie prątkowania (również osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie) podlegają obowiązkowej hospitalizacji, leczeniu, a osoby ze styczności z chorymi na gruźlicę w okresie prątkowania podlegają nadzorowi epidemiologicznemu, badaniom klinicznym i diagnostycznym. W roku 2014 odnotowano 199 przypadków zachorowań na gruźlicę⁸⁴. Największą ilość zachorowań na gruźlicę w 2014r. odnotowano w grupie wiekowej 45-64 lata tj. 114 osób i taka tendencja utrzymuje się od kilku lat. Większość zachorowań na gruźlicę stanowili mężczyźni (144 os.) oraz osoby zamieszkałe/zameldowane w miastach (138 os.). Większość przypadków zachorowań zarejestrowanych w 2014r. stanowiły zgłoszenia z powiatu szczecińskiego (53 os.) i koszalińskiego (37 os.). Jak podkreślają eksperci, nadzór nad zachorowaniami na gruźlicę jest utrudniony ze względu na brak odpowiedniej ilości poradni zajmujących się leczeniem gruźlicy. W części przypadków chorzy wypisani ze szpitali nie kontynuują leczenia ambulatoryjnego ze względu na odległość do najbliższej poradni stąd też istotnym pozostaje bieżący monitoring sytuacji ze szczególnym uwzględnieniem osób z kontaktem.⁸⁵

W pierwszym półroczu 2015r. na terenie woj. zachodniopomorskiego nie odnotowano zachorowań na: cholera, dur brzuszny, dury rzekome A, B, C, dur wysypkowy, czerwonkę bakteryjną, kryptosporidiozę, dżumę, tularemię, wąglik, brucelozę, błonicę, nosaciznę, gronkowcowe zatrucie pokarmowe, leptospirozę, jersiniozę pozajelitową, legionelozę, ziarnicę weneryczną, ornitozy, dur wysypkowy, gorączkę Q, encefalopatie gąbczaste, poliomyelitis, wściekliznę, kleszczowe zapalenie mózgu, gorączkę denga, gorączkę zachodniego Nilu, żółtą gorączkę, wirusowe gorączki krwotoczne, choroby wywołane przez hantawirusy, ospę prawdziwą, pryszczycę, malarię, wągrzycę, włośnicę, zespół hemolityczno - mocznicowy w przebiegu zak. E. coli, grypę ptaków typu A/H5 lub A/H5N1 u ludzi, wrodzone choroby wirusowe i inne zakażenia i choroby pasożytnicze, zatrucia grzybami, SARS - zespół ostrej niewydolności oddechowej. Jak podkreślają eksperci zagrożenie zachorowania na te choroby mimo iż nie jest wysokie, wymaga jednak utrzymania stałego nadzoru ze względu na potencjał epidemiologiczny, znaczenie kliniczne i możliwość zawleczenia z innych stref klimatycznych.

Ponadto, analizując dane dot. sytuacji epidemiologicznej wirusowych zapaleń wątroby typu B i C zarówno w Polsce jak też w woj. zachodniopomorskim znaczny wzrost zachorowań, tłumaczyć m.in. w części zmianami definicji wzv typu B i zgłaszaniem do nadzoru wcześniej nie wykazywanych przypadków nosicielstwa oraz poprawą zgłaszalności wzv typu C.⁸⁶

W regionie w 2014r. nastąpił spadek zarejestrowanych zakażeń HIV. Współczynnik zapadalności wynosił 2,44 na 100 tys. mieszkańców i był niższy w porównaniu do roku 2013, kiedy to wynosił 3,26. (zapadalność na zakażenie HIV wśród mieszkańców województwa w 2014 r. była nieco niższa niż zapadalność w Polsce). Do 30.06.2015r. (wg danych skumulowanych od 1985r.) w woj.

⁸⁴ w I półroczu 2015r. odnotowano 123 przypadki zachorowań na gruźlicę tj. o 20 więcej w stosunku do I półrocza 2014r.,

⁸⁵ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego za 2014 rok, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

⁸⁶ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego w I półroczu 2015 roku, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

zachodniopomorskim zarejestrowano łącznie 744 osób zakażonych wirusem HIV, natomiast w samym 2015 roku (I półrocze) zarejestrowano 22 nowe zakażenia (o 5 więcej niż w I półroczu 2014r.). Jak podkreślają eksperci, wyniki wywiadów potwierdzają, iż wszystkie osoby z wykrytym zakażeniem HIV uległy zakażeniu drogą kontaktów seksualnych, co świadczy o podstawowym znaczeniu tej drogi w transmisji zakażenia oraz konieczności kontynuowania działań profilaktycznych w tym zakresie. Eksperci podkreślają, iż według danych szacunkowych wykrywanych jest ok. 1/3 przypadków zakażeń HIV m.in. ze względu na przewlekłość zakażenia i brak potrzeby wykonywania testów a-HIV. Poważnym problemem klinicznym i epidemiologicznym nadal pozostaje późne rozpoznawanie zakażenia HIV (tzw. late testers) - dopiero w fazie pełnoobjawowego AIDS, co jest czynnikiem pogarszającym rokowanie pacjenta i sprzyja rozprzestrzenianiu epidemii. W I półroczu 2015 r. AIDS rozpoznano u 2 osób. Od początku epidemii do 30.06.2015r. zachorowały łącznie 164 osoby, z których 57 zmarło.⁸⁷

Według danych GUS liczba nowych zachorowań na choroby weneryczne w regionie w roku 2014 wynosiła 44 (w tym 31 nowych przypadków zachorowania na kiłę), co sytuuje region w znacznie lepszej sytuacji, niż większa część pozostałych regionów kraju (średnia liczba nowych zachorowań w skali kraju przypadająca na region wyniosła 104).⁸⁸

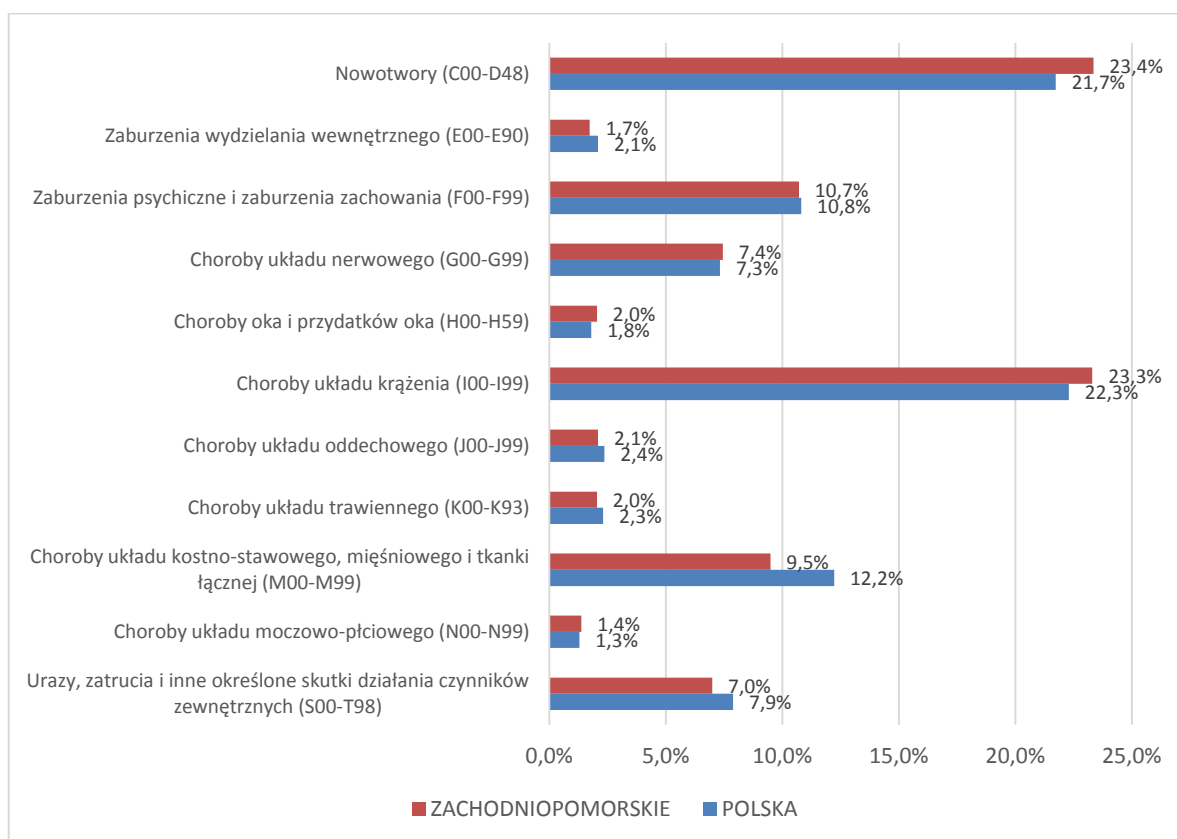
2.13.5 Główne przyczyny niezdolności do pracy

Jak pokazują dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych analizowane w ramach Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, główną podstawą orzeczeń o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy, lub częściowej niezdolności do pracy według przyczyn województwie zachodniopomorskim są nowotwory (23,4%) i choroby układu krążenia (23,3%). Oba powyższe rozpoznania stanowią w regionie relatywnie częstszy czynnik orzeczeń niż wynika to z danych analizowanych w skali całego kraju (obie grupy schorzeń, podobnie jak w regionie stanowią głównych czynników orzeczeń w skali kraju). Porównanie procentowego udziału orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji lub całkowitą niezdolność do pracy, lub częściową niezdolność do pracy według przyczyn w Polsce i województwie zachodniopomorskim ukazuje Wykres 31.

⁸⁷ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego za 2014 rok, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie, Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego w I półroczu 2015 roku, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

⁸⁸ Por. BDL GUS – stat.gov.pl

Wykres 31. Orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji lub całkowitą niezdolność do pracy, lub częściową niezdolność do pracy według przyczyn (udział %) w Polsce i województwie zachodniopomorskim.



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie: Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

Zgodnie z ogólnopolskimi danymi ZUS, wśród osób, które po raz pierwszy uzyskały orzeczenie o niezdolności do pracy, dominują (95,6% przypadków) osoby, których niezdolność do pracy spowodowana została ogólnym stanem zdrowia. Na skutek wypadków przy pracy wydano 2,8% wszystkich orzeczeń pierwszorazowych, a w związku z chorobą zawodową 1,6%. Podstawowymi przyczynami orzekania o niezdolności do pracy w 2012 r. były choroby układu krążenia – 22,3% ogółu orzeczeń, nowotwory – 21,7%, zaburzenia psychiczne – 10,8%, choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego – 12,2%, urazy kości, stawów i tkanek miękkich – 7,9% oraz choroby układu nerwowego – 7,3%. Łącznie wymienione wyżej choroby były w skali kraju przyczyną wydania ponad 82,2% ogółu orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy⁸⁹

2.13.6 Główne problemy zdrowotne u dzieci

Wśród wyników epidemiologii chorób zakaźnych wieku dziecięcego na terenie regionu zwraca uwagę wzrost zachorowań na płonicę (szkarlatynę), której zapadalność wzrosła z 530 przypadków w I połowie 2014 r. do 933 przypadków w I półroczu roku 2015 (w całym roku 2014 odnotowano 923 przypadki zachorowań). W I półroczu 2015 zaobserwowano również wzrost zachorowań na krztusiec (zarówno w województwie zachodniopomorskim, jak również w skali całego kraju). W I półroczu 2014r. w woj. zachodniopomorskim zarejestrowano tylko 6 przypadków zachorowania na krztusiec, podczas gdy w I półroczu 2015 roku już 63 przypadki. Zachorowania na tę chorobę w woj.

⁸⁹ Por. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

zachodniopomorskim zgłoszono z 7 powiatów (Szczecinek – 31, Szczecin – 12, Wałcz - 10, Sławno – 4, Drawsko Pomorskie – 3, Koszalin - 2, Gryfino - 1). Liczba zachorowań na nagminne zapalenie przyusznic (świnkę) od lat utrzymuje się na podobnym poziomie, i tak np.: w I półroczu 2014 roku odnotowano 74 zachorowania, natomiast niewiele mniej w I półroczu 2015 roku - 65 przypadków.⁹⁰

Dane epidemiologiczne za okres 2012-2014 dotyczące poszczególnych monitorowanych chorób zakaźnych w województwie zachodniopomorskim prezentuje Tabela 14.

Tabela 14. Wybrane dane epidemiologiczne dotyczące chorób zakaźnych w województwie zachodniopomorskim w latach 2012-2014

LP.	JEDNOSTKA CHOROBY	2012		2013		2014	
		LICZBA ZACHOROWAŃ	ZAPADALNOŚĆ	LICZBA ZACHOROWAŃ	ZAPADALNOŚĆ	LICZBA ZACHOROWAŃ	ZAPADALNOŚĆ
1	SALMONELLOZY – ZATRUCIA POKARMOWE	205	11,9	278	16,14	161	9,37
2	SALMONELLOZY – ZAKAŻENIA POZAJELITOWE	7	0,41	13	0,76	14	0,82
3	CZERWONKA BAKTERYJNA (SZIGELOZA)	1	0,06	0	0,00	0	0,00
4	INNE BAKTERYJNE ZAKAŻENIA JELITOWE	463	26,89	431	25,07	437	25,26
5	INNE BAKTERYJNE ZATRUCIA POKARMOWE	72	4,18	126	7,33	8	0,47
6	LAMBLIOZA	95	5,52	71	4,13	94	5,47
7	WIRUSOWE I INNE OKREŚLONE ZAKAŻENIA JELITOWE	2229	129,43	2372	138,00	2964	172,53
	W TYM NIEŻYT JELITOWY WYWOŁANY PRZEZ ROTAWIRUSY	1336	77,58	1191	69,29	1625	94,59
8	BIEGUNKA I ZAPALENIE ŻOŁĄDKOWO-JELITOWE O PRAWDOPODOBNIENIE ZAKAŻENIEM POCHODZENIEM U DZIECI DO LAT 2 */	554	1141,33*	901	52,42	1011	2145,72*
9	GRYPA I PODEJRZENIA ZACHOROWAŃ NA GRYPĘ OGÓŁEM	20202	1173,1	63304	3682,90	55883	3252,85
	W TYM DZIECI DO 14 R.Ż.	9846	3899,8**	27286	10893,1**	28442	11420,15**
10	LISTERIOZA	3	0,17	4	0,23	1	0,06
11	PŁONICA (SZKARLATYNA)	1135	65,91	813	47,30	923	53,73
12	INWAZYJNA CHOROBA MENINGOKOKOWA	12	0,7	13	0,76	12	0,70
13	W TYM NEUROINFЕКCJE	9	0,52	9	0,52	10	0,58
14	BORELIOZA Z LYME	266	15,45	445	25,89	513	29,86
15	OSTRE PORAZENIE WIOTKIE U DZIECI OD 0-14 LAT	1	0,40**	1	0,40**	5	2,00**
16	ENCEFALOPATIE GĄBCZASTE (CH.CREUTZFELDTA-JACOBA)	3	0,17	2	0,12	1	0,06
17	STYCZNOŚĆ I NARAŻENIE NA WŚCIEKLIZNĘ /POTRZEBA SZCZEPIEŃ/	369	21,43	329	19,14	416	24,21
18	WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU	11	0,64	9	0,52	6	0,35
19	WIRUSOWE ZAPALENIE OPON MÓZGOWYCH	41	2,38	34	1,98	50	2,91
20	OSPA WIETRZNA	9997	580,5	6720	390,96	8823	513,57
21	ODRA	1	0,06	13	0,76	1	0,06
22	RÓŻYCZKA	287	16,67	1559	90,70	217	12,63
23	WIRUSOWE ZAPALENIA WĄTROBY (WG. DEFINICJI PRZYPADKU Z 2009/14 I 2005 R.)	117	6,79	109	6,34	206	11,99
24	W TYM WZW TYPU "A"	3	0,17	1	0,06	4	0,23
25	W TYM WZW TYPU "B" OSTRE I PRZEWLEKŁE	27	1,57	22	1,28	40	2,33
26	W TYM WZW TYPU "C" (WG. DEFINICJI PRZYPADKU Z 2009/14 I 2005 R.)	87	5,05	85	4,95	160	9,31
27	CHOROBA WYWOŁANA PRZEZ AIDS	14	0,81	21	1,22	9	0,52
28	BEZOBIAWOWY STAN ZAKAŻENIA WIRUSEM HIV	48	2,79	56	3,26	42	2,44
29	ŚWINKA	163	9,46	137	7,97	153	8,91
30	GRUŻLICA	211	12,3	238	13,85	199	11,58
31	INWAZYJNA CHOROBA PNEUMOKOKOWA	21	1,22	29	1,69	46	2,68

⁹⁰ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego w I półroczu 2015 roku, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

32	CHOROBA WYWOŁANA PRZEZ HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYP B	2	0,12	3	0,17	3	0,17
33	BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWYCH I/LUB MÓZGU	46	2,67	50	2,91	55	3,20
34	ZAPALENIE OPON MÓZGOWYCH INNE I NIE OKREŚLONE	16	0,93	15	0,87	9	0,52
35	ZATRUCIE NATURALNIE TOKSYCZNYMI SUBSTANCJAMI SPOŻYTYMI JAKO POKARMOWE (GRZYBY)	1	0,06	9	0,52	12	0,70

*/ zapadalność obliczona na podstawie populacji dzieci 0-2 r. ż. na 100 tys. dzieci.

**/ zapadalność obliczona na podstawie populacji dzieci 0-14 r. ż. na 100 tys. dzieci.

Uwaga metodyczna: Współczynniki zapadalności obliczono wg liczebności ludności w GUS (stan na 30.06.2014r.). Dane epidemiologiczne za 2013r. przyjęto na podstawie publikacji NIZP-PZH „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2013r.” Warszawa 2014r.

Źródło: Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego za 2014 rok, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

Jak wynika z prowadzonych działań monitorujących sytuację epidemiologiczną, od 3 lat następuje poprawa zgłaszalności zakażeń i chorób zakaźnych. W I półroczu 2015r. zgłoszono 12870 chorób podlegających rejestracji, tj. o 1560 mniej niż w analogicznym okresie roku 2014 r (14 430 zgłoszeń).⁹¹ W roku 2014r. w regionie zarejestrowano ogółem 34 zgony z powodu chorób zakaźnych⁹², tj. o 15 mniej niż w 2013r. W ponad połowie przypadków (19 przypadków, 55,88%) zgony spowodowane były gruźlicą potwierdzoną i niepotwierdzoną bakteriologicznie. Ponadto zarejestrowano 5 zgonów z powodu posocznicy o różnej etiologii, 4 w przebiegu zapalenia opon mózgowych bakteryjnego i nieokreślonego, 3 z powodu grypy AH1N1 powikłanej zapaleniem płuc. Pojedyncze zgony nastąpiły: u pacjenta chorego na AIDS, w przebiegu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby C oraz zapalenia jelita cienkiego i grubego wywołanego przez Clostridium difficile.⁹³

Według danych zbieranych przez Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki problemy zdrowotne obejmują ponad połowę populacji dzieci i młodzieży (54,9%) w regionie. Sytuacja w tym zakresie w znacznym stopniu różnicuje się w poszczególnych powiatach województwa (mediana wartości wskaźnika odsetek uczniów z problemami zdrowotnymi dla poszczególnych powiatów województwa wynosi 57,71%). Relatywnie najlepszym stanem zdrowia charakteryzują się młodzi mieszkańcy powiatów: szczecineckiego, koszalińskiego i choszczeńskiego (odsetek uczniów z problemami zdrowotnymi wynosi w tych powiatach odpowiednio: 20,3%, 28,5% i 37,6%). Największy odsetek uczniów z problemami zdrowotnymi odnotowywany jest w granicach administracyjnych powiatów: polickiego (69,9%), kamieńskiego (69,3%), i świdwińskiego (67,3%). Dane w tym zakresie dla poszczególnych powiatów podsumowuje Tabela 15.

Tabela 15. Liczba dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi w poszczególnych powiatach

POWIATY	LICZBA UCZNIÓW OGÓŁEM	LICZBA UCZNIÓW Z PROBLEMAMI ZDROWOTNYMI	ODSETEK UCZNIÓW Z PROBLEMAMI ZDROWOTNYMI
BIAŁOGARDZKI	5 894	2 868	48,66%
CHOSZCZEŃSKI	5 864	2 206	37,62%
DRAWSKI	4 255	2 248	52,83%
GOLENIOWSKI	11 908	6 650	55,84%
GRYFICKI	446	185	41,48%

⁹¹ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego w I półroczu 2015 roku, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

⁹² Wg miesięcznych raportów zgonów

⁹³ Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego za 2014 rok, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

GRYFIŃSKI	10 067	5 943	59,03%
KAMIEŃSKI	4 001	2 774	69,33%
KOŁOBRZESKI	3 635	1 542	42,42%
KOSZALIŃSKI	9 624	2 747	28,54%
ŁOBESKI	3 942	2 629	66,69%
MYŚLIBORSKI	9 231	5 709	61,85%
POLICKI	6 684	4 674	69,93%
PYRZYCKI	5 051	2 915	57,71%
SŁAWIEŃSKI	6 792	3 656	53,83%
STARGARDZKI	15 043	10 050	66,81%
SZCZECINECKI	10 756	2 187	20,33%
ŚWIDWIŃSKI	6 442	4 334	67,28%
WAŁECKI	6 444	2 522	39,14%
M. KOSZALIN	14 497	9 067	62,54%
M. SZCZECIN	47 641	27 817	58,39%
M. ŚWINOUJŚCIE	4 887	3 231	66,11%
RAZEM WOJEWÓDZTWO	193 104	105 954	54,87%

Źródło: Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2013, ZUW Szczecin 2014

Dane na temat stanu zdrowia dzieci i młodzieży leczonych w poradniach leczenia podstawowego ukazują, iż w roku 2013 stwierdzono schorzenia u 76199 młodych mieszkańców województwa zachodniopomorskiego, z czego w wypadku 14 168 dzieci i młodzieży w tej grupie (18,6%) diagnoza ta postawiona została po raz pierwszy. Populacja osób, u których stwierdzono schorzenia w 2013 stanowiła wg danych demograficznych GUS 23,6% wszystkich mieszkańców województwa w wieku 0-18 lat⁹⁴. Relatywnie największy udział w grupie młodych mieszkańców regionu, u których stwierdzono schorzenia, stanowią osoby w wieku 10-14 lat (26,8%). W dalszej kolejności grupy wiekowe: 5-9 lat (25,2%), 15-18 lat (24,8%), 3-4 lata (12,2%) i 0-2 lata (11%). Przyjmując zastosowany podział kategorii wiekowych zwraca uwagę relatywnie wysoka liczebność grupy osób w wieku 15-18 lat, uwzględniającej 4 roczniki demograficzne, w tym te powiązane z wiekiem rozpoczęcia aktywności zawodowej na rynku pracy (populacja w wieku 15-18 lat w roku 2013 stanowiła 22,8% mieszkańców województwa w wieku 0-18 lat).

Analiza liczebności osób, u których zdiagnozowano poszczególne schorzenia w poradniach leczenia podstawowego zwraca uwagę na relatywnie bardzo duży udział osób, ze zdiagnozowaną **dychawicą oskrzelową (alergie)**. Choroba ta zdiagnozowana została u ponad jednej czwartej (26,8%) wszystkich młodych osób, u których stwierdzono schorzenia (6,3% populacji województwa zachodniopomorskiego w wieku 0-18 lat).

Drugą, najczęściej diagnozowaną wśród młodych mieszkańców regionu jednostką chorobową, są zniekształcenia kręgosłupa. Ich diagnoza w poradniach leczenia podstawowego udokumentowana została u 6,3% młodych mieszkańców regionu (18,6% wszystkich osób, u których stwierdzono schorzenia). Co istotne, odsetek młodych osób, u których zdiagnozowano to schorzenie wyraźnie rośnie w coraz starszych wiekowo grupach demograficznych. Udział osób w wieku 15-18 lat, u których zdiagnozowano zniekształcenia kręgosłupa stanowi aż 8,0% wszystkich młodych mieszkańców regionu w tej kategorii wiekowej.

⁹⁴ Liczba osób w wieku 0-18 lat w województwie zachodniopomorskim w roku 2013 wynosiła 323480 osób – źródło BDL - stat.gov.pl

Zdiagnozowane przypadki **schorzeń nowotworowych** objęły w roku 2013 grupę 1588 osób w wieku 0-18 lat, tj. 2,1% wszystkich młodych osób, u których zdiagnozowano schorzenia i 0,49% wszystkich mieszkańców regionu w tej populacji wiekowej. Udział zdiagnozowanych w poradniach nowotworów wzrasta w poszczególnych grupach wiekowych osiągając w grupie osób w wieku 15-18 lat udział aż 0,79% populacji regionu w tym wieku.

Wśród wyników diagnozy poradni leczenia podstawowego zwraca uwagę relatywnie wysoki udział dzieci w grupach wiekowych 0-2 i 3-4 lata, u których zdiagnozowano **niedokrwistość** (odpowiednio 3,8% i 5,0% populacji regionu w tym wieku), podczas gdy chorobę tą zdiagnozowano wśród 2,9% populacji regionu w wieku do 18 roku życia (na niedokrwistość cierpi 12,5% wszystkich młodych mieszkańców regionu, u których zdiagnozowano schorzenia).

Zaburzenia rozwoju stwierdzone zostały wśród 4533 młodych osób, co stanowi 5,9% całej populacji. Diagnozą zaburzeń rozwoju fizycznego w poradniach leczenia podstawowego objęte zostało 0,56% młodych mieszkańców regionu a zaburzeń rozwoju psychomotorycznego 0,24%. Upośledzenia umysłowe zdiagnozowano wśród 1309 młodych osób, tj. 0,4% dzieci i młodzieży w województwie zachodniopomorskim. Trwałymi uszkodzeniami narządu ruchu dotkniętych jest 1,3% wszystkich mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w wieku 0-18 lat.

Otyłość zdiagnozowana została u 1,79% populacji w wieku 0-18 lat. Diagnoza tego schorzenia rośnie w coraz starszych grupach wiekowych. Otyłość w województwie zachodniopomorskim zdiagnozowano wśród 2,37% osób w wieku 10-14 lat i 2,54% osób w wieku 15-18 lat. Diagnoza choroby nadciśnieniowej dokonana została wśród 1294 osób, tj. wśród 0,4% dzieci i młodzieży w regionie. Podobnie jak w wypadku schorzenia otyłości, nadciśnienie tętnicze relatywnie częściej diagnozowane jest w starszych grupach wiekowych (0,9% osób w wieku 15-18 lat). Szczegółowe dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży leczonych w poradniach leczenia podstawowego w roku 2013 prezentuje Tabela 16.

Tabela 16. Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży leczonych w poradniach leczenia podstawowego w 2013 roku

/ kod rozpoznania wg ICD 10 /	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan w dniu 31 XII)	Z tego w wieku:					Osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym
		0-2	3-4	5-9	10-14	15-18	
Ogółem	76 199	8 374	9 270	19 226	20 423	18 906	14 168
Nowotwory	1 588	106	98	323	481	580	434
Niedokrwistości	9 507	1 805	1 818	2 509	2 000	1 375	1 569
Choroby tarczycy	2 572	237	262	545	674	854	620
Cukrzyca	778	14	39	181	249	295	140
Niedożywienie	535	72	72	148	127	116	87
Otyłość	5 780	231	482	1 291	1 901	1 875	1 125
Zaburzenia odżywiania	522	70	80	123	116	133	104

Upośledzenie umysłowe		1 309	35	108	304	384	478	173
Padaczka		1 852	76	139	412	580	645	261
Dziecięce porażenie mózgowe		713	46	93	147	194	233	64
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka		4 585	151	387	1 071	1 554	1 422	741
Choroba nadciśnieniowa		1 294	42	83	158	350	661	244
Alergie	dychawica oskrzelowa	20 445	1 264	2 755	6 741	5 404	4 281	2 615
	pokarmowe	3 790	1 371	767	635	574	443	843
	skórne	5 324	1 588	1 142	1 214	813	567	952
Zniekształcenia kręgosłupa		14 197	47	427	2 582	5 222	5 919	2 007
Choroby układu moczowego		4 134	447	488	1 095	1 116	988	630
Wady rozwojowe	układu nerwowego	473	65	67	106	138	97	61
	układu krążenia	1 785	356	271	437	408	313	252
	narządów płciowych	568	122	89	149	110	98	102
	aberracje	292	44	41	80	63	64	32
	chromosomowe							
	inne	722	100	78	242	173	129	122
Zaburzenia rozwoju		4 533	899	702	1 182	1 002	748	858
w tym	fizycznego	1 819	192	235	547	476	369	332
	psychomotorycznego	787	169	148	152	159	159	162
Trwałe uszkodzenia narządu ruchu		994	36	68	212	308	370	85
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagający opieki czynnej		6 592	935	936	1 888	1 550	1 283	1 709

Źródło: Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2014

Dane dotyczące zdiagnozowanych problemów zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży różnią się z uwagi na źródło i sposób ich agregacji. Według opracowań własnych Wydziału Zdrowia Publicznego ZUW w Szczecinie, na zaburzenia statyki ciała w poszczególnych powiatach województwa cierpi 47915 młodych osób (14,8% populacji regionu w wieku 0-18 lat). Wg tych samych danych upośledzenia umysłowe i trwałe uszkodzenia CUN zdiagnozowane są u 4473 dzieci i młodzieży (1,4% populacji regionalnej w tej kategorii wiekowej). Zaburzenia w rozwoju somatycznym diagnozowane są w wypadku 30633 młodych osób, a nadwagę i otyłość stwierdzono o 16954 młodych osób (5,2%). Diagnozą wad serca i chorób układu objęto 2889 dzieci i młodzieży (0,9%)⁹⁵. Szczegółowe dane na

⁹⁵ Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej za terenie województwa zachodniopomorskiego w 2013 roku ZUW, Szczecin 2014

temat liczby dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi według rozpoznań w poszczególnych powiatach prezentuje Aneks nr 7 do niniejszego raportu.

Dane Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego ukazują, iż 17156 uczniów dotkniętych jest problemami społecznymi. Niemal jedną trzecią tej grupy (32,9%, 5651 os.) stanowią uczniowie pochodzący z rodzin z wyraźną patologią społeczną (spowodowaną alkoholizmem, narkomanią, przestępczością). Ponad połowa uczniów (57,3%; 9822 os.) zdiagnozowanych jako osoby z problemami społecznymi to dzieci z rodzin niewydolnych wychowawczo (sieroctwo, przewlekłe choroby, niezaradność życiowa). W 2,1% przypadków (357 os.) są to uczniowie maltretowani fizycznie, seksualnie, psychicznie. Podobnie liczną grupę młodych osób (17988) stanowią uczniowie ze wskazaniami o używaniu środków uzależniających. W grupie tej najbardziej liczną subpopulację tworzą uczniowie ze wskazaniami o używaniu papierosów (84,5%; 15195 os.). Wskazania o używaniu alkoholu zdiagnozowano u 3066 uczniów (17% grupy mającej kontakt z używkami). Korzystanie z narkotyków zidentyfikowano wśród 948 uczniów (5,3% mającej kontakt z używkami). Szczegółową liczbę dzieci i młodzieży z problemami społecznymi oraz wskazaniami o używaniu środków uzależniających w poszczególnych powiatach województwa zachodniopomorskiego w 2013 roku prezentuje Tabela 17.

Tabela 17 Liczba dzieci i młodzieży z problemami społecznymi oraz wskazaniami o używaniu środków uzależniających w poszczególnych powiatach województwa zachodniopomorskiego w 2013 roku.

POWIATY	PROBLEMY SPOŁECZNE					WSKAZANIAMI O UŻYWIANIU ŚRODKÓW UZALEŻNIAJĄCYCH				
	LICZBA UCZNIÓW Z PROBLEMAMI SPOŁECZNYMI OGÓŁEM	W TYM			ODSETEK UCZNIÓW Z PROBLEMAMI SPOŁECZNYMI OGÓŁEM	LICZBA UCZNIÓW ZE WSKAZANIAMI OGÓŁEM	W TYM:			ODSETEK UCZNIÓW ZE WSKAZANIAMI OGÓŁEM
UCZNIOWIE POCHODZĄCY Z RODZIN Z WYRAŹNĄ PATOLOGIĄ SPOŁECZNĄ (ALKOHOLIZM, NARKOMANIA, PRZESTĘPCZOŚĆ)		UCZNIOWIE Z RODZIN NIEWYDOLNYCH WYCHOWAWCZO (SIEROCTWO, PRZEWLEKŁE CHOROBY, NIEZARADNOŚĆ ŻYCIOWA)	UCZNIOWIE MALTRETOWANI FIZYCZNIE, SEKSUALNIE, PSYCHICZNIE	NARKOTYKI			ALKOHOL	PAPIEROSY		
BIĄŁOGARDZKI	727	302	384	25	12,3%	856	26	65	774	14,5%
CHOSZCZEŃSKI	512	175	275	47	8,7%	349	10	76	294	6,0%
DRAWSKI	555	306	243	6	13,0%	564	6	67	552	13,3%
GOLENIOWSKI	1 422	383	1 047	35	11,9%	1 180	20	224	1 155	9,9%
GRYFICKI	38	-	38	-	8,5%	20	-	-	20	4,5%
GRYFIŃSKI	1 139	344	672	47	11,3%	443	10	45	388	4,4%
KAMIEŃSKI	661	318	363	12	16,5%	407	49	55	372	10,2%
KOŁOBRZESKI	115	46	74	7	3,2%	80	-	18	62	2,2%
KOSZALIŃSKI	686	216	468	-	7,1%	1 351	36	229	1 086	14,0%
ŁOBESKI	425	148	264	17	10,8%	428	144	260	17	10,9%

MYŚLIBORSKI	578	203	381	13	6,3%	667	78	148	553	7,2%
POLICKI	619	270	340	13	9,3%	279	6	31	245	4,2%
PYRZYCKI	530	277	319	9	10,5%	786	98	585	489	15,6%
SŁAWIEŃSKI	337	140	194	3	5,0%	318	19	38	288	4,7%
STARGARDZKI	1 952	359	1 229	34	13,0%	817	15	54	746	5,4%
SZCZECINECKI	352	155	197	-	3,3%	522	6	29	486	4,9%
ŚWIDWIŃSKI	663	191	382	1	10,3%	439	46	48	439	6,8%
WAŁECKI	606	219	300	7	9,4%	393	4	17	389	6,1%
M. KOSZALIN	840	328	488	24	5,8%	1 297	39	249	1 009	8,9%
M. SZCZECIN	3 558	1 196	1 934	45	7,5%	6 209	327	802	5 259	13,0%
M. ŚWINOUJŚCIE	841	75	230	12	17,2%	583	9	26	572	11,9%
RAZEM WOJEWÓDZTWO	17 156	5 651	9 822	357	8,9%	17 988	948	3 066	15 195	9,3%

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie : Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2013, ZUW Szczecin 2014

2.13.7 Wnioski zbiorcze

Zgodnie z oceną parametryczną regionu dokonaną w ramach opracowania dokumentu Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 Krajowe Ramy Strategiczne⁹⁶, negatywna ocena dokonana została w odniesieniu do 7 parametrów. Ich zestawienie (uwzględniające zarówno parametr opisujących liczbę zgonów, jak i hospitalizacji) prezentuje tabela poniżej.

Tabela 18 Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

ZACHODNIOPOMORSKIE			POLSKA		
Parametr	Wartość/100 tys.	Min	Med.	Max	
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	53,1	34,2	41,8	55,6
	A00-T98 hosp. 0-17	9141,5	9141,5	12151,6	15717,5
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	1,6	0,2	0,9	1,7
	I00-I99 hosp. 0-17	209,7	67,2	168	454,4
Ch. Nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	4,4	0,6	2,7	4,4
	C00-C97 hosp. 0-17	84,8	52,6	89,9	185,1
	C00-C97 zgony 18-64	146	97,5	133,7	155,6
	C00-C97 hosp. 18-64	770,5	396,7	507	935,8
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	13	4,9	7,5	16,5
	S00-T98 hosp. 0-17	750,8	550,9	1203,4	1480,5
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 65+	180,4	118,3	158,3	206,6
	K00-K93 hosp. 65+	2468,1	2312,2	3158,4	3820,2

Źródło: Załącznik nr 1. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe Ramy Strategiczne

⁹⁶ Załącznik nr 1. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe Ramy Strategiczne

W ramach dokonanej oceny województwo zachodniopomorskie charakteryzuje negatywna na tle kraju wartość współczynnika orzeczeń o niepełnosprawności w oparciu o diagnozę nowotworową na 100 tys. mieszkańców, który w roku 2012 wynosił 48,5 (względem wartości mediany dla kraju 38,5), oraz wartość współczynnika w oparciu o diagnozę chorób układu krążenia (wartość mediany dla regionu 45,7, względem wartości dla kraju wynoszącej 40,8. W dokonanej ocenie nie wskazano negatywnych na tle parametrów dotyczących leczenia w zakładach psychiatrycznych opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej.

W dokonanej analizie wskaźnika liczby osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętnego (mediany) czasu oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny w kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wykazano negatywną ocenę województwa zachodniopomorskiego w odniesieniu do 4 parametrów dot. przychodnich specjalistycznych:

- liczba oczekujących do przychodni specjalistycznych chirurgii uraz.-ortopedycznych;
- liczba oczekujących do przychodni specjalistycznych chorób naczyń;
- liczba oczekujących do przychodni specjalistycznych endokrynologicznych;
- liczba oczekujących do przychodni specjalistycznych urologicznych.

Należy podkreślić, że w ww. przypadkach czas oczekiwania mieścił się w przedziale środkowym dla kraju. W odniesieniu do oceny leczenia szpitalnego wykazano negatywną sytuację jedynie w odniesieniu do parametru opisującego czas oczekiwania na przyjęcie na oddziały szpitalne chirurgiczne (43,0), która zbliżała się do wartości maksymalnej dla kraju (44,0).

Jak wskazywane jest w projekcie „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, działania w ramach RPZ z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy, mają być realizowane w obrębie następujących grup:

- choroby układu krążenia;
- choroby nowotworowe;
- choroby i zaburzeniach psychiczne;
- choroby układu kostno-stawowo i mięśniowego;
- choroby układu oddechowego.

Możliwe będzie dofinansowanie w szczególności:

- usług zdrowotnych;
- turnusów rehabilitacyjnych dla uczestników projektu;
- dojazdów;
- opieka na osobą niesamodzielną będącą pod opieką uczestnika projektu;
- działania informacyjno – edukacyjne;
- działania informacyjno – szkoleniowe.

Ponadto realizowane mogą być programy z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami. Działania realizowane w tym obszarze powinny skupiać się na:

- wczesnym wykrywaniu w szczególności nabytych wad rozwojowych;
- leczeniu i rehabilitacji wad rozwojowych;

- edukacji skierowanej do dzieci, ich opiekunów oraz kadry medycznej POZ.

W ramach tego typu programów możliwe będzie zrealizowanie w szczególności takich działań jak:

- usługi zdrowotne;
- zapewnienie dojazdów;
- opieka nad osobą niesamodzielną dla opiekuna uczestnika projektu;
- działania informacyjno-edukacyjne;
- działania informacyjno-szkoleniowe.⁹⁷

Według danych dostępnych w Informatorze statystycznym ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego w roku 2013 wśród ogółu pracującego personelu w stacjonarnych podmiotach opieki długoterminowej (682 osoby) jedynie 10 osób to rehabilitanci. Natomiast wśród zatrudnionych specjalistów lekarze w zakresie rehabilitacji medycznej stanowili 1,5% zatrudnionych (49 osób). Wśród innych specjalistów, rehabilitanci ruchowi stanowili 11,5% ogółu (17 osób). Analizując zatrudnienie lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej z uwagi na stopnie specjalizacji należy wskazać, iż w województwie zachodniopomorskim w roku 2013 zatrudnionych było 3 specjalistów I stopnia (0,6% ogółu), 28 specjalistów II stopnia (1,4% ogółu) oraz 18 specjalistów według nowych zasad (2,9%). Wśród specjalistów rehabilitacji ruchowej w 2013 roku zatrudnionych było 12 specjalistów I stopnia (17,1% ogółu) i 5 specjalistów II stopnia (21,7% ogółu). W tym samym roku 5 lekarzy uzyskało specjalizację rehabilitacji medycznej.

Dane dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej wskazują, iż oddziały rehabilitacji miały jedne z najwyższych wskaźników wykorzystania łóżek (na oddziałach geriatrycznych -100,1%, psychiatrycznych - 99,3%, rehabilitacyjnych - 92,2%). Podobne miejsce zajmują oddziały rehabilitacji pod względem długości leczenia. Najdłużej leczono pacjentów na oddziałach psychiatrycznych (25,6 dni), psychosomatycznych (24,7 dni) i rehabilitacyjnych (24,0 dni). Natomiast najdłuższy pobyt pacjentów zaobserwowano na oddziałach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (107,9 dnia).

Najwięcej dostępnych łóżek na oddziałach rehabilitacyjnych w szpitalach ogólnych w roku 2013 było w powiecie choszczeńskim, leczono tam łącznie 2 449 osób. Średnie wykorzystanie łóżek wynosiło 97,8%. Jednocześnie w powiecie tym odnotowano najwyższy średni czas pobytu chorego (27,0 dni). Najmniej łóżek, a tym samym leczonych osób było w powiatach kołobrzeskim oraz gryfickim (odpowiednio 41 i 40 łóżek, oraz 749 i 684 leczonych). Średni czas pobytu w placówkach powiatu kołobrzeskiego wyniósł 19,3 dnia i 20,6 dnia w powiecie gryfickim.⁹⁸

Tabela 19. Działalność oddziałów w szpitalach ogólnych według powiatów w 2013 roku - oddziały rehabilitacyjne

Powiaty	Liczba łóżek rzeczywistych		Leczeni	Wskaźniki		
	stan w dniu 31 XII	stan średnioroczny		średnie wykorzystanie łóżek	liczba leczonych na 1 łóżko	średni czas pobytu chorego

⁹⁷ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 (projekt do konsultacji zewnętrznych), Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, 2015 r.

⁹⁸ Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok, Szczecin, grudzień 2014 r.

				w dniach	w %		w dniach
WOJEWÓDZT WO	588	577	8 083	336,5	92,2	14,0	24,0
m. Szczecin	72	68	911	250,1	68,5	13,4	18,7
białogardzki	150	143	1 930	359,5	98,5	13,5	26,6
choszczeński	185	185	2 449	356,8	97,8	13,2	27,0
gryficki	40	40	684	351,7	96,3	17,1	20,6
kołobrzeski	41	41	749	353,3	96,8	18,3	19,3
stargardzki	100	100	1360	311,6	85,4	13,6	22,9

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok.

W zakresie oceny obszaru rehabilitacji medycznej zwraca się uwagę, na fakt utrzymującego się **niskiego zainteresowanie młodych lekarzy specjalizacją z rehabilitacji medycznej**, chociaż ilość jednostek posiadających akredytację była wystarczająca na terenie woj. zachodniopomorskiego, a ich rozmieszczenie prawidłowe. W rehabilitacji neurologicznej w roku 2013 dostrzeżono konieczność zatrudniania logopedów, psychologów klinicznych i terapeutów zajęciowych. Zdaniem ekspertów liczba zatrudnionych w 2013 r. specjalistów (49) nie była wystarczająca, a w najbliższych latach potrzeby co do ich zatrudnienia mogą wzrosnąć o kolejnych 15 lekarzy. Prognozując potrzeby zdrowotne populacji, dostrzegalna była konieczność stworzenia większej bazy łóżkowej w zakresie rehabilitacji ogólnej, kardiologicznej i neurologicznej na terenie Szczecina. Jak wskazują eksperci w ocenie, w woj. zachodniopomorskim brakowało zakontraktowanej rehabilitacji pulmonologicznej. Ponadto w roku 2013 funkcjonowało zbyt mało placówek medycznych świadczących usługi rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych. Zdiagnozowano zbyt długi czas oczekiwania na zabieg i na miejsce w oddziale rehabilitacji. Długi czas oczekiwania wynikał w opinii eksperta z kierowania pacjentów do leczenia stacjonarnego w oddziałach rehabilitacji kwalifikujących się do leczenia ambulatoryjnego lub sanatoryjnego.

W województwie zachodniopomorskim w roku 2013 było 31 miejsc szkoleniowych do odbywania specjalizacji w ramach rehabilitacji medycznej. W 2013 r. w wiosennym postępowaniu kwalifikacyjnym uruchomione zostało 1 miejsce w trybie rezydentury, 3 w trybie pozarezydenckim dla lekarzy po stażu oraz 1 miejsce w trybie pozarezydenckim dla lekarzy posiadających specjalizację I, II stopnia specjalizacji lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny. O rozpoczęcie specjalizacji nie ubiegał się żaden lekarz. W postępowaniu jesiennym 2013 r. z 9 wolnych miejsc szkoleniowych uruchomionych zostało 9, o które ubiegało się 2 lekarzy. W wyniku postępowania kwalifikacyjnego 1 lekarz rozpoczął specjalizację w trybie pozarezydenckim po stażu, jeden w trybie pozarezydenckim po specjalizacji. W 2013 roku 5 lekarzy zdało egzamin specjalizacyjny z rehabilitacji medycznej.

Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2013 roku wskazuje na istotne deficyty w obszarze rehabilitacji w regionie. Według opiniujących ekspertów z obszaru chorób płuc w województwie zachodniopomorskim brakuje oddziału i poradni rehabilitacyjnej dla chorych z Przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), podczas gdy zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc oraz światowymi standardami leczenie rehabilitacyjne w POChP jest równie ważne jak farmakologia. W zakresie geriatry zgłaszane były niedobory w liczbie zatrudnionych rehabilitantów z doświadczeniem w zakresie opieki nad osobami starszymi. Eksperti w dziedzinie kardiologii w województwie wskazywali na sytuację utrzymywania

się niedostatku miejsc szpitalnych do rehabilitacji po zabiegach kardiochirurgicznych i zawałach serca. W opinii eksperta w zakresie otorynolaryngologii zauważyć można niedobór psychologów, a szczególnie logopedów dla potrzeb rehabilitacji laryngektomowanych.

Z opinii ekspertów w obszarze dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia wynika, iż w woj. zachodniopomorskim funkcjonowało w 2013 roku za mało specjalistów fizjoterapii, a ze względu na starzenie się społeczeństwa w najbliższych latach potrzeby co do zatrudnienia specjalistów w tej dziedzinie mogą wzrosnąć. Sugerowali oni powstanie pełnoprofilowego szpitala rehabilitacyjnego w Szczecinie, w którym oprócz prowadzenia procesu rehabilitacyjnego dla pacjentów można byłoby stworzyć także funkcjonowanie programów profilaktycznych chorób serca, chorób zwyrodnieniowych, chorób związanych z wiekiem rozwojowym, wad postawy i otyłości. Natomiast przedstawiciele dziedzin pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii zwracali uwagę na to, iż zatrudnienie rehabilitanta w intensywnej terapii powinno być standardem (obecnie są to wyjątkowe sytuacje).⁹⁹

Respondenci badania FGI (lekarze) nie potrafili wskazać aktualnych, czy też prognozowanych danych dotyczących stanu demograficzno-epidemiologicznego w województwie zachodniopomorskim. Ciężko było im przytoczyć dane liczbowe, czy też powołać się na odpowiednie opracowania dotyczące takich analiz. Jednocześnie wskazywali oni na poszczególne problemy (jednostki chorobowe), które według nich są największe w województwie zachodniopomorskim.

„O7: Faktycznie nie znamy może liczb, ale jako żywi uczestnicy programów, które się toczą w szpitalu, mówię o naszym szpitalu wojewódzkim, widzimy częstotliwość pojawiania się pewnych chorób i zdarzeń medycznych, które no jak najbardziej potwierdzają te wybory. I jakiegokolwiek wspomnienie, które dałoby możliwość rozszerzenia czy działań profilaktycznych, czy działań rehabilitacyjnych jest jak najbardziej pożądane.”
[FGI_Koszalin_lekarze]

Zaprezentowane powyżej dane tworzą obraz stanu demograficzno-epidemiologicznego regionu, który w przeważającej części pokrywa się z obrazem, który wyłania się z innych opracowań strategicznych i diagnostycznych, odnoszących się do problematyki zdrowotnej regionu. Według udostępnianych publicznie danych NFZ na temat udzielonych świadczeń¹⁰⁰ wynika, iż sytuacja demograficzno-epidemiologiczna w województwie Zachodniopomorskim nie odbiega znacznie od średniej krajowej w odniesieniu do zdecydowanej większości jednorodnych grup pacjentów, które uwzględniane są w statystykach NFZ.¹⁰¹ Tabela 17 oraz uszczegóławiający zaprezentowane w niej dane Aneks nr 10 prezentują informacje na temat pacjentów, którzy wg. jednostek chorobowych lub grup tych jednostek objęci zostali świadczeniami i hospitalizacją w wymiarze kraju i województwa zachodniopomorskiego. Odniesienie uwzględnionych w statystykach NFZ danych na temat jednorodnych grup pacjentów do danych demograficznych dot. kraju i regionu pozwoliło na

⁹⁹ Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2013 roku, Szczecin.

¹⁰⁰ Statystyka Jednorodnych Grup Pacjentów (NFZ) – źródło: prog.nfz.gov.pl

¹⁰¹ Dostępne obliczenia wskazują, iż w odniesieniu do obszaru województwa zachodniopomorskiego można wyselekcjonować 5,8% jednorodnych grup pacjentów, które odstają o wartość odchylenia równą 2 lub więcej powyżej wartości średniej dla kraju (liczba przypadków na 100 tys. mieszkańców) i 0,4% jednorodnych grup pacjentów, które odstają o wartość odchylenia równą 2 lub więcej poniżej wartości średniej dla kraju (liczba przypadków na 100 tys. mieszkańców). Por. SGA M. Wesołowski i s-ka sp.k.. Mapy statystyk NFZ 2013/2014, sga.waw.pl

obliczenie porównywalnych wskaźników (liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców) dla poszczególnych typów schorzeń w wymiarze kraju i regionu. Porównanie wartości tych wskaźników dla Polski i województwa zachodniopomorskiego pozwala na uzupełnienie i uszczegółowienie przedstawionych w ramach niniejszego rozdziału danych i wskazanie tych demograficzno-epidemiologicznego znaczenia tych schorzeń, które wg statystyk NFZ występują w większym nasileniu w obrębie populacji regionu. Podczas tworzenia tego zestawienia położenie nacisku na uwzględnienie tych schorzeń (w oparciu o jednorodne grupy pacjentów), których dotkliwość dla mieszkańców regionu w zauważalny sposób odbiega od populacyjnej średniej dla kraju w roku 2014. Dodatkowo rozszerzono katalog Aneksu nr 10 o schorzenia, bądź specyficzne dla poszczególnych grup schorzeń jednostki chorobowe, które pojawiają się na poziomie dokumentów strategicznych jako schorzenia charakteryzujące problemy obszaru zdrowia w regionie. Wreszcie w zestawieniach wskazano również kwantyfikowalne dane w odniesieniu do demograficznej skali schorzeń, które akcentowane były przez respondentów niniejszego badania jako w ich opinii istotne w skali regionu.

Tabela 17 prezentuje te problemy zdrowotne, dla których wartość wskaźnika liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców przewyższa wartość tego wskaźnika dla kraju. Co interesujące, na pierwszym miejscu pojawia się tutaj grupa chorób układu moczowo-płciowego i znajdujące się w jej ramach Inne choroby nerek, które to jako schorzenie osiągają zarówno istotnie odbiegającą od średniej krajowej wartość w roku 2014, jak 2009. Analiza dynamiczna tego schorzenia ukazuje, iż liczba hospitalizacji, mimo zmniejszenia dynamiki wzrostu w ostatnich dwóch latach, sukcesywnie rośnie, co sugerować może nasilanie się schorzeń nefrologicznych w przyszłości (w roku 2014 hospitalizowano z uwagi na tą przypadłość 4035 pacjentów). Wśród przewyższających wartości krajowe schorzeń w skali regionu wybijają się na tle kraju przypadki ostrej niewydolności nerek, jak i nowotwory nerek i dróg moczowych (2629 przypadków w roku 2014). Na oddziałach nefrologicznych, zgodnie z danymi zbieranymi przez UW, w roku 2013 leczonych było w regionie 6063 pacjentów (średnie wykorzystanie łóżek wyniosło 66,1%). Drugą w kolejności jednorodną grupą pacjentów, która przewyższa na poziomie analizowanego wskaźnika wartości ogólnopolskie są pacjenci objęci okulistycznym leczeniem zachowawczym (2475 przypadków w roku 2014, wartość wskaźnika na 10 tys. mieszkańców w regionie: 14,428 względem 8,197 dla Polski). Na trzecim miejscu, z uwagi na charakterystykę regionalną należy wykazać choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej, obejmujące dość znaczną liczbę przypadków (2620). Warto podkreślić, iż liczba przypadków leczonych w regionie systematycznie rośnie. W kraju odnotowywany jest również systematyczny wzrost od roku 2010, co w świetle rysującej się linii trendu każde przypuszczać nasilanie się diagnostyki i leczenia tego obciążonego wysoką śmiertelnością schorzenia w przyszłości. Oprócz wymienionych wyżej przypadków schorzeń nowotworowych odznaczających się wyższym poziomem hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców niż w reszcie kraju, wykazać należy odznaczające się liczne przypadki nowotworów endokrynych poza przysadką, nowotworów dróg żółciowych, czy odnotowywanych w ramach statystyki NFZ przypadków leczenia zachowawczego nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez powikłań. Zwraca uwagę przyrost leczonych przypadków rzadko występujących guzów neuroendokrynych (26 w roku 2009 względem 78 w roku 2014). W roku 2014 odnotowano 1486 przypadków hospitalizacji powyżej jednego dnia z uwagi na choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 1 dnia, co było wynikiem populacyjnie częstszym niż średnia wynikająca dla kraju. W analizowanej grupie zwracają również uwagę liczne przypadki hospitalizacji z powodu cukrzycy i stanów hiperglikemicznych innego pochodzenia (3474 przypadki w roku 2014).

Tabela 20 Dane charakteryzujące specyfikę problemów zdrowotnych województwa zachodniopomorskiego na tle kraju (porównanie danych dla lat 2009 i 2014) w odniesieniu do wybranych Jednorodnych Grup Pacjentów (dane NFZ) w oparciu o wartość wskaźnika hospitalizacje na 10 tys. mieszkańców.

Grupa	Jednorodna Grupa Pacjentów	ZACHODNIOPOMORSKIE 2009 - liczba przypadków	ZACHODNIOPOMORSKIE 2014 - liczba przypadków	POLSKA 2014 - liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców	ZACHODNIOPOMORSKIE 2014 - liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców	Różnica wartości wskaźnika hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców w Polsce i Zachodniopomorskim w roku 2014	zmiana (%) ogólnej liczby zachodniopomorskie 2009-2014	Udział wystąpień kobiet - Zachodniopomorskie 2014
Choroby układu moczowo-płciowego	Inne choroby nerek	4035	5393	21,509	31,438	9,930	33,7%	51,3%
Choroby oczu	Leczenie zachowawcze okulistyczne	2901	2475	8,197	14,428	6,231	-14,7%	51,4%
Choroby układu oddechowego	Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej	2620	3512	16,613	20,473	3,860	34,0%	41,6%
Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 1 dnia	1486	1564	5,318	9,117	3,800	5,2%	48,4%
Choroby serca	Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż.	293	435	0,765	3,073	2,308	48,5%	54,5%
Choroby układu moczowo-płciowego	Ostra niewydolność nerek	701	1565	6,850	9,123	2,273	123,3%	50,1%
Choroby przewodu pokarmowego	Choroby przełyku	1155	1589	7,154	9,263	2,109	37,6%	47,9%
Choroby układu dokrewnego	Cukrzyca i stany hiperglikemiczne innego pochodzenia	3474	2788	14,451	16,252	1,801	-19,7%	50,1%
Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	Choroby alergiczne > 17 r.ż.	576	1202	6,985	8,491	1,506	108,7%	54,0%
Choroby przewodu pokarmowego	Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych)	470	587	2,222	3,422	1,200	24,9%	55,9%
Choroby piersi, skóry i oparzenia	Choroby piersi złośliwe	182	193	0,030	1,125	1,095	6,0%	93,8%
Choroby serca	Nagłe zatrzymanie krążenia	342	344	1,073	2,005	0,933	0,6%	45,1%

Choroby układu moczowo-płciowego	Nowotwory nerek i dróg moczowych	2629	680	3,209	3,964	0,755	-74,1%	31,2%
Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	Przewlekłe choroby trzustki	678	655	3,251	3,818	0,568	-3,4%	44,6%
Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 10 dni	208	204	0,752	1,189	0,437	-1,9%	50,5%
Choroby układu dokrewnego	Guzy neuroendokryjne	36	78	0,089	0,455	0,366	116,7%	60,3%
Choroby układu dokrewnego	Stopa cukrzycowa	218	232	1,048	1,352	0,305	6,4%	35,3%
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	Choroby infekcyjne kości i stawów	347	200	0,873	1,166	0,293	-42,4%	46,5%
Choroby układu oddechowego	Ropień płuc, ropowica	166	196	0,911	1,143	0,231	18,1%	25,0%
Choroby układu dokrewnego	Nowotwory endokryjne poza przysadką	135	296	1,529	1,726	0,197	119,3%	76,0%
Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	Nowotwory dróg żółciowych	189	229	1,207	1,335	0,128	21,2%	55,9%
Choroby układu dokrewnego	Choroby tarczycy	1031	605	3,437	3,527	0,090	-41,3%	78,2%
Choroby układu dokrewnego	Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi	276	271	1,496	1,580	0,084	-1,8%	46,1%
Choroby żeńskiego układu rozrodczego	Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	263	285	1,578	1,661	0,084	8,4%	100,0%
Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej	105	166	0,927	0,968	0,041	58,1%	38,6%

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie : dane z NFZ

Zgromadzone dane z jednej strony wzmocniają zdefiniowane wcześniej problemy regionu związane z występowaniem w populacji istotnych problemów nowotworowych, a z drugiej zwracają uwagę na szeroko diagnozowane i leczone schorzenia, które nie znajdują podkreślenia w istniejących opracowaniach – takie jak schorzenia nefrologiczne, czy problemy okulistyczne mieszkańców regionu. Niektóre, bliżej zaprezentowane w Aneksie 10 grupy pacjentów, takie jak np. zaklasyfikowane z uwagi na leczenie POChP i innych obturacyjnych chorób układu oddechowego grupy, tworzą liczne subpopulacje pacjentów (3563), jednak z uwagi na specyfikę i powszechność schorzenia nie występują jako jednostki o szczególnym nasileniu w regionie względem reszty kraju (różnica wartości

wskaźnika hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców w Polsce i Zachodniopomorskim w roku 2014 wyniosła -7,223). Podkreślić należy, iż brak szerszego odniesienia w tym fragmencie danych NFZ do szczegółowej analizy schorzeń takich jak np. nadciśnienie tętnicze, czy inne choroby układu krążenia, nie jest wynikiem pomijania istotności populacyjnej ww jednostek chorobowych - bowiem to wykazane zostało na tle zaprezentowanych danych we wcześniejszej części niniejszego rozdziału i jest omawiane również w innych miejscach niniejszego raportu - ale faktu, iż ich demograficzne nasilenie w społeczności województwa jest niższe niż w skali całego kraju. W tym kontekście schorzenia te trafnie identyfikowane są w większość przypadków w ramach polityk krajowych i realizowanych z tego poziomu programów zdrowotnych.

Mając na uwadze specyfikę grypy docelowej Działania 7.7, Tabela 18 prezentuje te jednorodne grupy pacjentów, które odnoszą się do populacji poniżej 18 roku życia¹⁰². Jak podkreślano wcześniej bardziej szczegółowe dane prezentuje Aneks 11. W grupie chorób dziecięcych zwracają uwagę dość liczne populacje hospitalizowane z uwagi na choroby górnego odcinka dróg oddechowych (2278 młodych osób). Schorzenia te, pojawiają się w regionie na tle kraju dużo częściej, niż, niemal równie liczne schorzeń dolnych dróg oddechowych Liczba przypadków leczenia szpitalnego dolnych dróg oddechowych wśród młodej populacji regionu, mimo że istotniejsza demograficznie (2607 os w roku 2014), jest znacznie niższa względem wartości wskaźnika na 10 tys. mieszkańców niż średnia dla kraju (wskaźnik na 10 tys. mieszkańców dla regionu jest niższy aż o 25,149 względem wskaźnika dla kraju). W grupie schorzeń dziecięcych uwzględnianych w statystykach za rok 2014 podkreślić należy wysoką skalę hospitalizacji z powodu infekcyjnych i nieinfekcyjnych zapaleń żołądka i jelit (4259 os.) oraz innych zaburzeń żołądkowo-jelitowe i metabolicznych (2198 os.).

Tabela 21. Dane charakteryzujące specyfikę problemów zdrowotnych województwa zachodniopomorskiego na tle kraju (porównanie danych dla lat 2009 i 2014) w odniesieniu do wybranych Jednorodnych Grup Pacjentów poniżej 18 r.ż (dane NFZ) w oparciu o wartość wskaźnika hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców

Grupa	Jednorodna Grupa Pacjentów	ZACHO DNIOPOMORSKI E 2009 - liczba przypadków	ZACHO DNIOPOMORSKI E 2014 - liczba przypadków	POLSKA 2014 - liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców	ZACHO DNIOPOMORSKI E 2014 - liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców	Różnica wartość i wskaźnika hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców w Polsce i Zachodniopomorskim w roku 2014	zmiana (%) ogólnej liczby zachodniopomorskie 2009-2014	Udział wystąpień kobiet - Zachodniopomorskie 2014
Choroby serca	Inne choroby układu krążenia > 0 r.ż. i < 18 r.ż.	554	811	7,611	27,055	19,445	46,4%	48,3%
Choroby dziecięce	Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	2627	2278	59,450	75,995	16,546	-13,3%	42,9%
Choroby dziecięce	Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)	483	931	14,922	31,059	16,137	92,8%	59,4%

¹⁰² Do grupy tej włączono m.in. jednorodne grupy pacjentów przypisane do grupy chorób dziecięcych

Choroby dziecięce	Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	2220	2198	59,987	73,327	13,339	-1,0%	53,8%
Choroby dziecięce	Padaczka	519	835	20,853	27,856	7,003	60,9%	49,6%
Choroby dziecięce	Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	639	505	12,871	16,847	3,977	-21,0%	44,8%
Choroby dziecięce	Guzy lite narządów, tkanek i innych układów	44	145	2,328	4,837	2,510	229,5%	50,3%
Choroby dziecięce	Choroby układu moczowo - pęciowego	201	288	7,658	9,608	1,950	43,3%	33,3%
Choroby dziecięce	Guzy lite układu nerwowego	7	67	0,929	2,235	1,306	857,1%	38,8%
Choroby dziecięce	Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	1409	1544	50,471	51,509	1,038	9,6%	52,9%
Choroby dziecięce	Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit	4409	4259	141,185	142,083	0,897	-3,4%	48,4%
Choroby dziecięce	Choroby układu nerwowego	182	189	5,882	6,305	0,423	3,8%	52,9%
Choroby dziecięce	Choroby nerek z niewydolnością nerkową	263	242	7,779	8,073	0,294	-8,0%	36,8%
Położnictwo i opieka nad noworodkami	Noworodek wymagający intensywnej terapii z zabiegiem chirurgicznym	32	14	0,671	0,920	0,249	-56,3%	42,9%
Choroby dziecięce	Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone	291	184	5,921	6,138	0,217	-36,8%	36,4%
Choroby dziecięce	Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej	676	853	28,424	28,457	0,032	26,2%	51,7%
Położnictwo i opieka nad noworodkami	Ciężka patologia noworodka > 30 dni	90	79	5,329	5,194	-0,135	-12,2%	40,5%
Choroby dziecięce	Cukrzyca	308	350	12,029	11,676	-0,353	13,6%	55,1%
Choroby dziecięce	Choroby krwi	489	305	11,123	10,175	-0,948	-37,6%	43,9%
Choroby dziecięce	Nowotwory	73	145	6,175	4,837	-1,337	98,6%	53,1%
Choroby dziecięce	Astma lub trudności w oddychaniu	319	176	7,526	5,871	-1,654	-44,8%	31,3%
Choroby dziecięce	Zaburzenia zachowania	212	264	10,703	8,807	-1,896	24,5%	48,9%
Choroby serca	Wrodzone wady serca > 0 r.ż. i < 18 r.ż.	175	168	8,063	5,605	-2,458	-4,0%	54,8%
Choroby dziecięce	Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	159	128	8,419	4,270	-4,148	-19,5%	52,3%
Choroby dziecięce	Alergie	156	217	12,330	7,239	-5,091	39,1%	41,5%
Choroby dziecięce	Choroby układu krążenia	256	258	17,714	8,607	-9,107	0,8%	46,9%
Choroby dziecięce	Choroby dolnych dróg oddechowych	2737	2607	112,120	86,971	-25,149	-4,7%	42,8%

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie : dane z NFZ

Powyższe dane wzbogacają obraz demograficzno-epidemiologiczny regionu, który zaprezentowany został na wstępie. Jak pokazano na przykładzie pojedynczych schorzeń układu oddechowego w grupie chorób dziecięcych, należy niezwykle ostrożnie podchodzić do wyciągania wniosków bazujących na wynikach analiz statystycznych zawężonych do poszczególnych jednostek chorobowych. Dane hospitalizacyjne wzbogacają obraz wyłaniający się ze statystyk prowadzonych na poziomie diagnostyki i leczenia POZ. Z drugiej strony – pomimo wskazania pewnych charakterystycznych na tle kraju zjawisk epidemiologicznych - potwierdzają w znacznej mierze informacje uzyskane w trakcie pozostałych metody uwzględnionych w ramach niniejszego badania.

Trudno jest wskazać jednoznacznie cechy różnicujące specyfikę demograficzno-epidemiologiczną województwa zachodniopomorskiego na tle kraju. Wydaje się, iż podobnie jak w odniesieniu do innych wskaźników społeczno-ekonomicznych, takich jak bezrobocie, ubóstwo, dochody etc. Poziom zróżnicowania uwidaczniać się będzie zapewne w największym stopniu na poziomie gminnym, który jednak z uwagi na brak dostępu do szczegółowo agregowanych na tym poziomie danych jest niemożliwy do precyzyjnego opisanie w ramach niniejszego badania. Prowadzone równolegle, intensywne prace przy opracowaniu map potrzeb zdrowotnych zmierzają do tego, by możliwe było uchwycenie specyfiki na poziomie powiatów. Należy mieć nadzieję, iż dokonana za ich pośrednictwem wieloaspektowa analiza wskaźnikowa i opracowywane dedykowane modele danych pozwolą uwypuklić charakterystyczne cechy regionu i tym samym wyjść poza obraz, który wyłania się ze zbieranej w obrębie statystyki publicznej charakterystyki demograficzno-epidemiologicznej województwa zachodniopomorskiego.

2.14 Najistotniejsze problemy zdrowotne województwa zachodniopomorskiego z punktu widzenia celów RPO WZ 2014-2020

Zgodnie z zapisami Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego¹⁰³ osiągnięcie przyjętego celu strategicznego (stworzenie spójnego systemu realizacji zadań ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego) oraz maksymalizacja efektów zdrowotnych oparte ma być o realizację wyznaczonych kierunków działań:

1. Wypracowania optymalnego modelu ochrony zdrowia i koordynacja działań w tym zakresie.
2. Zapewnienia wysokiej jakości opieki medycznej w dziedzinie całodobowej podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i opieki stacjonarnej.
3. Reorganizacji ratownictwa medycznego.
4. Stworzenia systemu rozwoju promocji zdrowia i profilaktyki.
5. Podnoszenia poziomu wykształcenia personelu medycznego.
6. Przekształcenia własnościowe zakładów opieki zdrowotnej.
7. Właściwego zabezpieczenie sanitarno-epidemiologicznego.¹⁰⁴

Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego definiuje priorytetowe specjalności, które na podstawie wskazań epidemiologicznych mają największe znaczenie zdrowotne, społeczne i ekonomiczne w regionie:

▪ **Kardiologia**

Sytuacja zdrowotna przedstawia się w województwie zachodniopomorskim podobnie jak w całej Polsce. Zaznacza się tendencja do zachorowań na tę grupę schorzeń wśród coraz młodszych roczników. Rejestruje się zachorowania na choroby kardiologiczne w przedziale 35 – 64 lata. Szczyt zachorowalności na choroby układu krążenia przypada na okres największej aktywności zawodowej i społecznej.

¹⁰³ Należy pamiętać, iż przytoczona powyżej Strategia sektorowa, oparta jest na „Strategii Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2015”, a tym samym swoim zakresem czasowym w ograniczonym zakresie odnosi się do okresu wdrażania RPO WZ 2014-2020.

¹⁰⁴ Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego, Szczecin 2001

Zadania, określane przez specjalistów, jako podstawowe dla zwalczania tego zjawiska polegają na:

- Utworzeniu sieci specjalistycznych poradni kardiologicznych o określonym standardzie i dostępności (docelowo jedna poradnia kardiologiczna na 60 – 70 tyś. mieszkańców),
- Określeniu minimum wyposażenia poradni kardiologicznej w zakresie podstawowym (EKG, Holter, aparat do próby wysiłkowej, USG),
- Upowszechnieniu pierwotnej i wtórnej profilaktyki choroby niedokrwiennej w ramach leczenia podstawowego,
- Realizacji programów kardiologicznych oraz edukowaniu społeczeństwa z zakresu szeroko pojętej promocji zdrowia.

▪ **Onkologia**

Choroby nowotworowe zajmują, po chorobach układu krążenia, drugie miejsce spośród najczęstszych przyczyn zgonów. Związane jest to ze wzrostem liczby ludności, starzeniem się społeczeństwa oraz rozpowszechnieniem czynników rakotwórczych (praca, środowisko naturalne, styl życia, sporadyczne wykonywanie badań kontrolnych). Jednakże w stosunku do ok. 30% nowotworów można podjąć skuteczną strategię zapobiegawczą.

Wczesne rozpoznanie stanowi szansę pełnego wyzdrowienia. W tym celu konieczna jest realizacja: Badań rodzinnego podwyższonego ryzyka zachorowania; Oznaczania szkodliwych czynników środowiska pracy dla zatrudnionych w warunkach ekspozycji na czynniki rakotwórcze; Kontynuowania badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka piersi, szyjki macicy, jelita grubego i prostaty oraz zwiększanie dostępności do tych badań dla wszystkich mieszkańców województwa.

Zadania wyznaczone ramami Strategii w tym obszarze to:

- Zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory złośliwe, w tym ograniczenie zachorowań na nowotwory tytoniozależne,
- Uzyskanie wymiernej poprawy w wykrywaniu i wczesnym rozpoznawaniu, przede wszystkim raka szyjki macicy, piersi, stercza, pęcherza moczowego, żołądka, przełyku, jelita grubego oraz czerniaka skóry, to jest tych nowotworów, których rozpoznawanie jest zwykle znacznie opóźnione w stosunku do możliwości wynikających z aktualnego stanu wiedzy praktycznej,
- Poprawa jakości badań diagnostycznych oraz dostępności skutecznych metod leczenia nowotworów złośliwych, zwłaszcza radioterapii i metod leczenia skojarzonego,
- Poprawa dostępności leczenia paliatywnego w przypadkach nowotworów zaawansowanych, w tym nowych metod leczenia bólu nowotworowego,
- Poprawa jakości danych epidemiologicznych, jako podstawowej metody monitorowania wyników podjętych działań, oceny bieżącej sytuacji oraz prognozowanie i programowanie walki z rakiem,
- Rozwój i wdrażanie najnowszych zdobyczy nauki, zwłaszcza technik molekularnych użytecznych w wykrywaniu ryzyka zachorowania, wczesnego rozpoznawania i optymalizacji leczenia chorób nowotworowych.

▪ **Diabetologia**

Cukrzyca jest chorobą społeczną, w Polsce choruje ok. 1,5 mln. osób z czego 300 tyś. żyje dzięki codziennym wstrzyknięciom insuliny. Schorzenie to ze względu na liczne powikłania może powodować ślepotę, schorzenia nerek, układu krążenia, serca, udary mózgu, zgorzele stóp i amputacje. Roczne koszty leczenia ludzi z powodu cukrzycy ocenia się na ok. 1 miliarda. W województwie zachodniopomorskim skala problemu jest podobna.

Leczenie cukrzycy obejmuje: Edukację samokontroli i samoopieki; Leczenie modyfikujące w żywieniu, aktywności fizycznej i stylu życia; Farmakologiczne, intensywne leczenie hipoglikemizujące; Prewencję powikłań i specjalnych technik leczenia ich skutków; Rehabilitację, resocjalizację i opiekę społeczną.

Poprawa skuteczności rozpoznawania i leczenia cukrzycy oraz jej powikłań może przynieść nie tylko pozytywne skutki zdrowotne i społeczne, ale także wymierne korzyści ekonomiczne.

Zadania wyznaczone ramami Strategii w tym obszarze to:

- Upowszechnienie dostępności do badań glukometrycznych w podstawowej opiece zdrowotnej,
- Utworzenie sieci poradni diabetologicznych – subregionalnych oraz dwóch ośrodków wojewódzkich,
- Wprowadzenie zasad „opieki łączonej” – diabetolog, pielęgniarka, dietetyczka, edukator,
- Upowszechnienie standardów leczenia cukrzycy,
- Nawiązanie ścisłej współpracy w zakresie leczenia cukrzycy między samorządami a organizacjami i stowarzyszeniami ludzi chorych na cukrzycę.

▪ **Zdrowie psychiczne**

Zmiany społeczne, polityczne, a w szczególności ekonomiczne, istotnie wpływają na stan zdrowia psychicznego społeczeństwa. Podstawowymi środkami i metodami zmierzającymi do dostosowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej do potrzeb mieszkańców województwa jest poprawa dostępności i zróżnicowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych, dzieci i młodzieży oraz dla uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych, a także dążenie do osiągnięcia pożądanego poziomu zatrudnienia i wykszolenia fachowych kadr.

Ambulatoryjna psychiatryczna opieka zdrowotna dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionymi od alkoholu w momencie opracowywania strategii zorganizowana była we wszystkich powiatach i w części gmin województwa zachodniopomorskiego. Większa część poradni działała tylko jeden raz w tygodniu i zatrudnia lekarza psychiatrę spoza danego zakładu opieki zdrowotnej.

Zadania wyznaczone ramami Strategii w tym obszarze to:

- Realizacja podstawowych zadań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
- Usprawnienie ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi oraz uzależnieniami,
- Wprowadzenie nowych form opieki psychiatrycznej – psychiatrii środowiskowej.

W ramach uszczegółwiającego programu: Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa Zachodniopomorskiego na lata 2011 – 2015 zdefiniowane zostały następujące cele główne odnoszące się do obszaru województwa zachodniopomorskiego:

1. Upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego.
2. Kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego.
3. Rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.
4. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.
5. Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego.¹⁰⁵

▪ **Medycyna pracy**

Zadania wyznaczone ramami Strategii w tym obszarze to:

- Organizacyjne wydzielenie ze struktur Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Szczecinie działów: ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, diagnostyki i analityki medycznej.
- Włączenie Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Koszalinie w struktury Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Szczecinie.
- Stworzenie możliwości specjalizacji w zakresie medycyny pracy dla szerszej grupy osób, aby zapewnić sukcesywny dopływ kadry.
- Wczesne rozpoznawanie i ocena czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy mających wpływ na zdrowie pracujących.
- Współpraca pomiędzy takimi komórkami, jak : Inspekcja Pracy, Inspektor Sanitarny, Wojewódzkie Stacje Sanitarne – Epidemiologiczne.
- Współpraca pomiędzy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej a lekarzem medycyny pracy.
- Promocja zdrowia w miejscach pracy, zarówno wśród pracodawców jak i wśród pracowników. Programy promocji zdrowia prowadzone w zakładach pracy mają na celu m. in. zachęcanie pracodawców do finansowania badań diagnostycznych, organizowania i finansowania szczepień ochronnych przeciwko wzw, grypie, kleszczowemu zapaleniu mózgu.
- Prowadzenie profilaktyki pierwszorzędowej. Właściwe rozpoznanie i ocena ryzyka zawodowego w miejscu pracy oraz wykonywanie badań związanych z wczesną diagnostyką chorób zawodowych i parazawodowych prowadzi do eliminacji przyczyn wywołujących dane schorzenie.
- Koniecznym jest rozszerzenie świadczeniodawców o niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.
- Intensyfikacja i pogłębienie czynności kontrolnych wobec zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń z zakresu medycyny pracy.¹⁰⁶

Zgodnie z założeniami strategicznymi Programu, RPO WZ 2014-2020 w sposób istotny przyczynić się ma do realizacji strategii Europa 2020 w ramach jej trzech kluczowych priorytetów, w tym priorytetu „Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu – wspieranie gospodarki charakteryzującej się wysokim poziomem zatrudnienia i zapewniającej spójność gospodarczą, społeczną i terytorialną”. Zgodnie z założeniami Programu, realizacja tego priorytetu dla województwa zachodniopomorskiego będzie oznaczała realizację następujących celów:

¹⁰⁵ Por. Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa Zachodniopomorskiego na lata 2011 – 2015

¹⁰⁶ Por. Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego, Szczecin 2001.

- b) poprawa sytuacji na rynku pracy, w tym:
- poprawa dostępu do zatrudnienia dla osób bezrobotnych, poszukujących pracy i nieaktywnych zawodowo, w tym szczególnie osób w trudnej sytuacji na rynku pracy, takich jak kobiety powracające na rynek pracy, osoby z niepełnosprawnościami i długotrwale bezrobotne,
 - wsparcie integracji na rynku pracy ludzi młodych bez pracy, nieuczestniczących w kształceniu lub szkoleniu,
 - wsparcie tworzenia nowych miejsc pracy (zarówno poprzez nowe przedsiębiorstwa, jak i w przedsiębiorstwach istniejących), szczególnie w obszarach inteligentnych specjalizacji,
 - wsparcie usług w zakresie równouprawnienia oraz godzenie życia zawodowego i prywatnego na rzecz wzrostu poziomu zatrudnienia,
 - wsparcie MŚP i ich pracowników w zakresie wspierania zdolności przystosowania się do zmian,
 - wzrost aktywności zawodowej osób starszych.
- c) rozwój kapitału ludzkiego poprzez:
- poprawę jakości infrastruktury oświatowej w regionie,
 - wzmocnienie potencjału, atrakcyjności i podniesienie jakości edukacji w szkołach i placówkach prowadzących kształcenie ogólne dzięki kompleksowym programom rozwojowym wdrażanym na każdym poziomie kształcenia oraz indywidualizacji pracy z uczniami, które prowadzą do wyrównania szans edukacyjnych w wymiarze terytorialnym i w ramach poszczególnych szkół,
 - zwiększanie dostępności do edukacji przedszkolnej, szczególnie na obszarach wiejskich,
 - rozwijanie systemów uczenia się poprzez praktyczną naukę zawodu realizowaną w ścisłej współpracy z pracodawcami,
 - upowszechnianie uczestnictwa osób dorosłych w kształceniu ustawicznym;
- d) zmniejszenie liczby mieszkańców dotkniętych ubóstwem i wykluczeniem społecznym poprzez:
- podniesienie jakości infrastruktury zdrowotnej i społecznej,
 - wspieranie rewitalizacji fizycznej, gospodarczej i społecznej ubogich społeczności oraz obszarów miejskich i wiejskich,
 - zapewnienie wszystkim mieszkańcom województwa dostępu do wysokiej jakości usług w zakresie integracji społecznej, zdrowotnej i zawodowej,
 - realizację kompleksowych programów integracji wykorzystującą instrumenty aktywizacji edukacyjnej, zdrowotnej, społecznej, zawodowej i prowadzącą do wzrostu zatrudnienia,
 - zwiększanie potencjału ilościowego, infrastrukturalnego, organizacyjnego oraz kompetencyjnego przedsiębiorstw ekonomii społecznej oraz instytucji im służących.¹⁰⁷

W ramach Celu Tematycznego 8 – Wspieranie zatrudnienia i mobilności pracowników, zdefiniowano Priorytet Inwestycyjny 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się. Realizacja priorytetu dokonywana będzie poprzez środki Europejskiego Funduszu Społecznego. Głównym uzasadnieniem realizacji tego priorytetu jest postępujący w regionie proces starzenia się mieszkańców oraz wzrost zachorowalności

¹⁰⁷ Por. Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Szczecin 2015

na choroby układu krążenia i nowotwory. W myśl Programu należy realizować programy profilaktyczne w zakresie chorób będących najczęstszymi przyczynami przerwania aktywności zawodowej. Występuje potrzeba wdrożenia programów i narzędzi rehabilitacji leczniczej, ułatwiających powrót do pracy oraz umożliwiających wydłużenie aktywności zawodowej. Istnieje również konieczność uświadomienia przedsiębiorcom potrzeby wdrożenia i konieczność samego wdrożenia programów mających na celu eliminację czynników ryzyka w miejscu pracy oraz zapewnienie osobom, które z przyczyn zdrowotnych nie mogą wykonywać pracy na dotychczasowym stanowisku pracy, możliwości przekwalifikowania.

W ramach uzasadnienia realizacji pozostałych priorytetów inwestycyjnych 8 Celu tematycznego zwracana jest w Programie m.in. uwaga na:

- Potrzebę zapewnianie dostępu do zatrudnienia osobom poszukującym pracy i nieaktywnym zawodowo, w tym podejmowanie lokalnych inicjatyw na rzecz zatrudnienia oraz wspieranie mobilności pracowników (wśród osób bezrobotnych osób wchodzące na rynek pracy, osób po 50. roku życia, osoby z niepełnosprawnościami, mieszkańcy obszarów wiejskich oraz osoby długotrwale bezrobotne).
- Priorytetowe traktowanie równouprawnienia płci oraz godzenia życia zawodowego i prywatnego.

W ramach Celu tematycznego 9 – Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, zdefiniowano Priorytet Inwestycyjny 9iv Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. Podobnie jak w wypadku PI 8vi, Realizacja Priorytetu Inwestycyjnego 9vi dokonywana ma być w oparciu o środki Europejskiego Funduszu Społecznego. Zapisy, które w ramach Programu uzasadniają realizację tego priorytetu, podkreślają wysoki odsetek osób, którym w regionie należy zapewnić dostęp do pomocy i podstawowych usług społecznych i opiekuńczych. Na obszarze województwa odnotowuje się znaczną liczbę osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji, tj.: osób z niepełnosprawnościami, starszych i dzieci objętych systemem pieczy zastępczej, osób chorujących psychicznie, a także osób opuszczających zakłady penitencjarne.

Ponadto w ramach uzasadnienia realizacji pozostałych priorytetów inwestycyjnych 9 Celu tematycznego zwracana jest w Programie m.in. uwaga na:

- charakterystyczny dla regionu najniższy w Polsce wskaźnik zatrudnienia osób z orzeczoną niepełnosprawnością, a tym samym niezbędnych działań na rzecz rozwoju infrastruktury wsparcia prozatrudnieniowego osób z niepełnosprawnościami,
- potrzebę inwestycji w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczynią się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia,
- potrzebę wspieranie rewitalizacji fizycznej, gospodarczej i społecznej ubogich społeczności i obszarów miejskich i wiejskich (specyfiką województwa jest duża liczba obszarów popegeerowskich. Uwarunkowania społeczne sprawiły, że obszary te, jak również wymagające rewitalizacji, poszczególne dzielnice miast województwa, w pierwszej kolejności potrzebują rewitalizacji społecznej, przestrzennej i gospodarczej.)
- najwyższy w kraju odsetek ludności zagrożonej wykluczeniem społecznym, w tym korzystającej ze świadczeń pomocy społecznej,

- brak jest kompleksowych programów integracji wykorzystujących instrumenty aktywizacji edukacyjnej, zdrowotnej, społecznej, zawodowej oraz środowiskowej (w szczególności w terytorialnym obszarze centralnej i wschodniej części regionu).¹⁰⁸

Zapisy Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 wskazują, iż należy rozszerzyć potencjalną liczbę chorób, dla których możliwe będzie opracowanie i wdrożenie programów. Zakres wsparcia działań profilaktycznych w latach 2007–2013 oceniony został jako niewystarczający pod względem tematycznym. W latach 2007–2013 w ramach Poddziałania 2.3.1 uwaga skupiona była wyłącznie na opracowaniu programów profilaktycznych dla chorób zawodowych, które stanowią tylko 1,6 % wszystkich pierwszorazowych orzeczeń o niezdolności do pracy. Istotnym ograniczeniem dotychczasowych działań profilaktycznych współfinansowanych ze środków EFS był brak możliwości finansowania badań diagnostycznych. Doświadczenia z realizacji projektów wskazują na potrzebę koncentracji interwencji na przedsięwzięciach wpływających w największym stopniu na rozwiązywanie kluczowych problemów zdrowotnych i demograficznych.

Zgodnie z treścią Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, działania podejmowane w ramach EFS w latach 2014–2020 powinny skupić się na ograniczaniu bariery pozostawania bez pracy, jaką jest zły stan zdrowia. Analiza danych ZUS w zakresie przyczyn orzekania o niezdolności do pracy wskazuje, że główną przyczyną uznawania niezdolności do pracy jest ogólny stan zdrowia.¹⁰⁹

Jak wynika z przeprowadzonych badań, uczestnicy wywiadów jakościowych niejednokrotnie zwracali uwagę na fakt, iż w problemy zdrowotne występujące na terenie województwa zachodniopomorskiego pokrywają się z problemami zidentyfikowanymi w skali całego kraju. Respondenci wskazywali, iż programy regionalne mogą niejednokrotnie **powielać zapisy programów ogólnonarodowych**.

„My się wpisujemy w to wszystko właśnie, czyli w tą 15-tkę, co są teraz narodowymi programami. Więc pytam, po co mam robić regionalny program zdrowotny, kiedy tak naprawdę ja i inni powinniśmy być realizatorami tego populacyjnego. Regionalny program chyba powinien powstać, tylko wtedy, kiedy tak w statystykach, na przykład wyglądamy nie najlepiej z zaburzeniami psychicznymi i że na terenie naszego województwa jest dużo samobójstw. Ale mamy regionalny program ochrony zdrowia psychicznego, ale gdyby tak było, to ja tak bym pojmowała ten regionalny program zdrowotny, który muszą ekstra zrobić, takiego ekstra klasa, że mam te zaburzenia psychiczne. Mam tych samobójców i powinnam, na przykład stworzyć coś takiego, co by było tylko i wyłącznie przypisane specyficzne dla mnie, a tak naprawdę dostanie nowy dokument, który będzie o nowej potrzebie zdrowotnej, a nie, że ja napiszę regionalny program, w którym tak naprawdę powielę wszystko to, co jest w tych narodowych”. [IDI_JST_WOJ_1]

Przedstawiciele jednostek samorządowych wskazują, iż założenie przyjęte w programach może być nietrafione właśnie ze względu na powielanie problemów w skali regionalnej i krajowej.

„Specyficznych raczej nie widzę w naszym rejonie. Te, które wymieniło Ministerstwo Zdrowia, te pięć podstawowych i te piętnaście, które potem tam określiło, grup, w których będą opracowywane programy krajowe, to już wyklucza te problemy, które by można by ująć jako

¹⁰⁸ Por. Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Szczecin 2015

¹⁰⁹ Por. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

specyficzne, jak na przykład cukrzyca, choroby układu krążenia, to się powtarza, to w skali kraju te same są”. [IDI_JST_WOJ_2]

Założenie, iż województwo zachodniopomorskie **nie obiega znacząco od pozostałych województw w zakresie problemów zdrowotnych**, znajduje również potwierdzenie w wypowiedziach przedstawicieli powiatowych jednostek samorządu terytorialnego.

„Dane powiatowe nie odbiegają od średnich danych wojewódzkich, także przyczyny zgonów, czy zachorowania, czy nowe zachorowania w danym roku, to są wszystko dane na poziomie województwa podobne i myślę, że to są i podobne problemy jak na poziomie kraju”. [IDI_JST_POW_5]

Podobne wnioski pozwala wyciągnąć również analiza wypowiedzi przedstawicieli jednostek ochrony zdrowia działających na terenie województwa zachodniopomorskiego.

„Zlikwidowano ogromną ilość zakładów, typowych trucicieli, które znajdowały się na terenie Szczecina, także odpadła nowa armia ludzi, która była zatruta dwusiarczkiem węgla. To były straszne rzeczy, bo to powikłania neurologiczne i choroby psychiczne. Nie mamy w tej chwili, ani huty, ani nie mamy stoczni, więc odpadła pylica.” [IDI_ZOZ_2]

W wypowiedziach przedstawicieli Instytucji Zarządzającej również pojawiła się krytyka założeń regionalnych programów ze względu na problem powielania problemów w skali regionalnej i ogólnopolskiej.

„Ten koncert tego, że poszczególne regiony tworzą swoje regionalne programy profilaktyczne na bazie specyficznych dla regionu jednostek chorobowych, jest też częściowo krytykowany przez same ministerstwo, ponieważ oni również skłaniają się do tego, że, jeżeli połowa województw w Polsce przedłoży analogiczne, regionalne programy profilaktyczne, które ujmują jednostkę chorobową czy zagrożenia i będzie to w połowie kraju, to ministerstwo zobowiąże się do tego, żeby stworzyć krajowy program profilaktyczny. Czyli jakby jednocześnie ma tego świadomość, że te zorganizowane problemy chorobowe mogą wystąpić na poziomie całego kraju, które nam się będą wydawały regionalne. To nie jest tak do końca z tym, że, nie wiem, szczerze mówiąc skąd ta koncepcja, tak naprawdę tych regionalnych programów profilaktycznych”. [IDI_IZRPO_2]

Wśród problemów zdrowotnych województwa, które mogą być najistotniejsze z punktu widzenia realizacji celów RPO WZ 2014-2020, respondenci wywiadów jakościowych w wielu przypadkach wskazywali na duże znaczenie **usług rehabilitacyjnych**, ze względu na ich słabą dostępność w regionie. Występowanie takiego problemu sugerowali m.in. przedstawiciele jednostek samorządowych.

„No niestety rehabilitacja u nas, jej dostępność, jest na bardzo złym poziomie, a to powoduje, że ludzie po takich wydarzeniach zdrowotnych zalegają na oddziałach szpitalnych, gdzie rehabilitacji praktycznie nie ma. Później trafiają do swoich domów, gdzie tej rehabilitacji również nie ma. Później stają się osobami niepełnosprawnymi i nie są zdolne do pracy” [IDI_JST_POW_1]

W podobnym tonie wypowiadali się również przedstawiciele organizacji pozarządowych działających w obszarze zdrowia.

„To jest nisza, jeżeli chodzi w ogóle o realizację, profilaktykę i ten obszar tutaj, to my mamy ogromną przepaść, bo w Szczecinie właściwie nie funkcjonuje tak w pełnym wymiarze żaden taki ośrodek rehabilitacyjny, który byłby przede wszystkim dostępny od ręki. Trzy tygodnie się oczekuje na rehabilitację szpitalną czy powypadkową”. [IDI_NGO_ZD_1]

„Dla osób starszych, dla osób z reumatoidalnym zapaleniem jakichś stawów i tak dalej, nie ma tej rehabilitacji. Ona się może buduje, bo mamy takie plany, że gdzieś powstaje szpital rehabilitacyjny, ale tak nie widać, więc każde pieniądze, które są tutaj na ten obszar marginalizacji społecznej [są ważne]. [IDI_NGO_ZD_1]

Taki stan rzeczy potwierdzają również wypowiedzi niektórych przedstawicieli jednostek ochrony zdrowia.

„Zapotrzebowanie jest bardzo duże. Mimo, że u nas pracuje 4 rehabilitantów, tak naprawdę w 100% są obłożeni. Terminy oczekiwania są od tygodnia do dwóch tygodni. To niby nie jest takie jakby na dłuższy okres, natomiast jeśli jest się prywatnym centrum medycznym, to jednak jak się mówi, że tydzień oczekiwania, no to jest dosyć długo. Pacjenci, którzy decydują się na prywatne leczenie, chcą już teraz, zaraz być obsłużeni a nie za tydzień czy za dwa. Zresztą nie dziwi mnie to zbytnio, ponieważ jak boli, to wiadomo, chcemy się uwolnić od bólu, a nie żyć z nim przez następny tydzień czy dwa tygodnie”. [IDI_ZOZ_3]

Respondenci wywiadów wskazywali, iż **dostęp do usług rehabilitacyjnych** dla osób niepełnosprawnych w województwie jest również znacznie utrudniony.

„Myślę, że problem polega z dostępnością i z terminami. Z tego, co wiem, to bardzo trudno się dostać po prostu na specjalistyczną rehabilitację u dzieci niepełnosprawnych, bo nie ma dziennej rehabilitacji i nie ma też w miarę rozsądnych zapisów na tą rehabilitację”. [IDI_ZOZ_3]

„Z małych miejscowości tutaj przyjeżdżają rodzice z dziećmi niepełnosprawnymi, ponieważ w małych miejscowościach to nie ma totalnie dostępu do takiego rodzaju usług”. [IDI_ZOZ_3]

Warto zaznaczyć, iż w wypowiedziach respondentów pojawiała się **również sugestia specjalizacji usług rehabilitacyjnych**.

„I teraz proszę zobaczyć, gdybyśmy stworzyli od poziomu gminy taki mechanizm, który miałby tą procedurę rozpracowaną, w jaki sposób te środki tutaj przydzielać, jak pisać te projekty i wzmacnianie tych ośrodków lokalnych spowodowałoby, że ci ludzie, którzy mają trudny dostęp z różnych przyczyn, ekonomicznych, zdrowotnych, społecznych, z różnych, do dużego ośrodka, jakim jest Szczecin, no to mieliby łatwiej. Tutaj natomiast bym położyła na wyspecjalizowanie pewnych takich unikatowych obszarów rehabilitacji, tak, jak na przykład krioterapia, prawda, czy jakieś tam fizykoterapie o wysokiej jakości dla różnych chorób i to takie specjalistyczne ośrodki. Takie zróżnicowanie tak naprawdę by pomogło w mojej opinii”. [IDI_NGO_ZD_1]

Dużą wagę respondenci przywiązywali również do **działań profilaktycznych**, szczególnie w odniesieniu do dzieci.

„Na pewno wczesne wykrywanie wszelkich niedoborów rozwojowych byłoby super.. Bo wcześniej, pewnie dzieci by były wdrażane do różnych metod rehabilitacyjnych, naprawczych,

żeby wkroczyć w ten wiek szkolny z lepszym rozwojem, także myślę, że tutaj jest to potrzebne, szczególnie słuch, wzrok, mowa. Ponadto dobre też są takie profilaktyczne badania, które co prawda były robione przez samorządy, to USG brzucha małych dzieci na przykład, które wykrywa sporo właśnie takich wad w tym stadium rozwojowym, tak to widzę”. [IDI_JST_WOJ_2]

Potwierdzały to wypowiedzi przedstawicieli jednostek ochrony zdrowia działających na terenie województwa zachodniopomorskiego.

„Ja myślę, że powinniśmy zainwestować przede wszystkim w profilaktykę. Profilaktykę wszystkich. To znaczy zaczynając od najmłodszych dzieci. Myśmy wyszli że profilaktyka jest najtańsza, to jest może altruizm, ale wszyscy doskonale wiedzą, że jest dużo tańsza niż leczenie, a my tego nie robimy w ogóle. Ja myślę, że tak, profilaktyka wszędzie, w każdym obszarze, naprawdę jest najważniejsza”. [IDI_ZOZ_4]

„Jeśli chodzi o dzieci żadnej profilaktyki tam nie ma. Profilaktyka nie jest robiona żadna. O czym my mówimy w ogóle. Kiedyś były grupy dyspanseryjne, były dzieci z wadami wzroku, z wadami postawy, z wadami słuchu, z różnymi innymi wadami. Wtedy te dzieci były systematycznie badane, bo się je wypisywało z tej grupy, bo albo nie wymagały już, albo się wpisywało nowe. Teraz tego nie ma, to zostało zlikwidowane profilaktyki w ogóle nie ma. Nie istnieje. Chyba, że rodzice o to zadbają”. [IDI_ZOZ_4]

Warto w tym kontekście zaznaczyć, iż jak wynika z wypowiedzi przedstawiciela Instytucji Zarządzającej RPO WZ, województwo zachodniopomorskie cechuje **duża zgłaszalność** do udziału w programach profilaktycznych.

„Jeśli chodzi o programy profilaktyczne no to z pewnością Pan zauważył, że województwo zachodniopomorskie ma największą, najwyższą w kraju zgłaszalność na przykład na mammografię. Równocześnie bardzo wysoką zgłaszalność na badania profilaktyczne w zakresie raka szyjki macicy. Z jelitem grubym to w całym kraju ten poziom zgłaszalności jest bardzo niski, natomiast województwo charakteryzuje się właśnie wysoką zgłaszalnością na te programy profilaktyczne, o których wspominałam. Myśmy nawet zgłaszali, ponieważ w wytycznych, jako pierwszeństwo były wskazane obszary, w których próg zgłaszalności jest poniżej jakiegoś tam poziomu, a u nas było znacząco przekroczone”. [IDI_IZRPO_2]

Jak już podkreślano, szczegółowość analiz bazujących na dostępnych danych zastanych, limitowana jest dostępnością i szczegółowością danych gromadzonych i udostępnianych w domenie publicznej. Prezentowane dane NFZ dot. jednorodnych grup pacjentów udostępniane są w wymiarze NTS2, w podobnej mierze definiowane są główne czy występujące problemy zdrowotne w obrębie dokumentacji strategicznej.

Zgromadzony materiał badawczy potwierdza trafność zdefiniowanych w ich ramach głównych priorytetów zdrowotnych regionu. Jednocześnie raz jeszcze nadmienić należy, iż kluczowym dla określenia wagi problemów zdrowotnych w województwie narzędziem, będą wskazane wcześniej **mapy potrzeb zdrowotnych**, nad którymi prace prowadzone są na poziomie rządowym. W świetle skali realizowanego procesu, zakresu i szczegółowości wykorzystywanych w ich ramach zbioru danych (w tym danych, które nie są obecnie dostępne, a są do tego celu specjalnie zbierane bądź agregowane), a także ustawowego zdefiniowania tych map jako narzędzia służącego określeniu

priorytetów polityki zdrowotnej, należy bardzo ostrożnie podchodzić na obecnym etapie do definiowania daleko idących, długofalowych dla polityki zdrowotnej regionu wniosków. Wydaje się, iż określanie priorytetów – w tym w szczególności priorytetów terytorialnych, do momentu zatwierdzenia map zdrowotnych, powinno pozostawać w spójności z już zdefiniowanymi kluczowymi priorytetowymi problemami obszaru zdrowia, jakie zdefiniowane zostały dla terenu województwa zachodniopomorskiego w dokumentacji strategicznej. Powyższą tezę potwierdzają zgromadzone i uaktualnione w ramach niniejszego badania dane epidemiologiczno-demograficzne, które pokrywają się ze zdefiniowanymi priorytetami i w ograniczonym zakresie prezentują sytuację odmienną względem wcześniej przeprowadzanych diagnoz.

Z uwagi na zawężające podejście, jakie charakteryzuje interwencję RPO WZ względem obszaru problemów zdrowotnych regionu i jednoznaczne powiązanie tej interwencji na gruncie Programu z polityką zatrudnieniową czy integracyjną, odrębną kwestią pozostaje temat wskazania, które, ze zidentyfikowanych problemów zdrowotnych, należy uznać za najbardziej istotne dla osiągnięcia efektów programu. W tym wymiarze wszystkie, wymienione powyżej priorytetowe grupy specjalności, a tym samym wynikające z nich obszarowe problemy zdrowotne regionu, wiążą się z aspektem uczestnictwa w aktywności społecznej i funkcjonowaniu na rynku pracy. Z jednej strony wiele wchodzących w skład mających schorzeń kardiologicznych, onkologicznych, czy diabetologicznych jednostek chorobowych może prowadzić nie tylko do trwałego wykluczenia z rynku pracy, ale w efekcie zbyt późnej diagnozy, bądź niewłaściwego leczenia do śmierci. Już sam fakt wykluczenia z rynku pracy, jako taki, pociąga za sobą konsekwencje społeczne w postaci pogorszenia się warunków życiowych gospodarstwa domowego, możliwości edukacyjnych i rozwojowych zabezpieczanych wychowankom etc. Trudno w sposób jednoznaczny i precyzyjny wskazać tym samym konkretną priorytetyzację schorzeń, czy problemów, bowiem każde schorzenie, które niesie ze sobą ryzyko wyłączenia z aktywności zawodowej, czy społecznej spełnia kryterium powiązania z celami RPO WZ 2014-2020. Z zebranych danych demograficzno-epidemiologicznych wynika, iż klucz, jaki przyświecał wskazaniu priorytetowych dla regionu obszarów problemów zdrowotnych na poziomie strategicznym, w sposób bezpośredni wynikał z obecności demograficznej tych problemów i istotności ich skutków dla funkcjonowania społeczności. **Większość ze wskazanych grup schorzeń ma wymiar cywilizacyjny.** W tym też kontekście pojawia się też obszar medycyny pracy – obszar schorzeń, dysfunkcji i niepełnosprawności, które utrudnić, bądź uniemożliwić mogą pełne funkcjonowanie społeczno-zawodowe. Jako takie podejście to wydaje się w pełni uzasadnione i potencjalnie nadające się do przełożenia na grunt programowania szczegółów interwencji. Należy jednak pamiętać, iż bezwzględne wartości wskaźnikowe nie zawsze okazują się w pełni adekwatne do lokalnej specyfiki problemów, na które ta interwencja ma odpowiedzieć. Przyjmując cele założonej w ramach RPO WZ interwencji, wydaje się niezwykle ważne, aby arbitralne rozstrzygnięcia programowe nie wprowadzały, poza uzasadnionymi przypadkami wynikającymi np. z konieczności zachowania demarkacji wsparcia realizowanego w ramach innych programów, zakresu możliwych do realizacji działań prozdrowotnych. Czasem, znajdujące się w rankingu wojewódzkim na relatywnie niższym miejscu z uwagi na populacyjną obecność schorzenie, z różnych uwarunkowań lokalnych stanowić może istotny problem w wymiarze zaplanowanego przez beneficjentów obszaru realizacji przedsięwzięcia. W tym kontekście ocena istotności problemów zdrowotnych, stanowić będzie element oceny projektów, powinna uwzględniać nie tylko problemy zdrowotne, ale również ich konsekwencje społeczne. **Innymi słowy dokonywana ocena projektów obszaru zdrowia finansowanych ze środków EFS obejmować powinna w ramach walidacji uzasadnienia, celów**

i działań aspekty wykraczające bezpośrednio poza ocenę kwestii epidemicznych. Zawarte wniosku o dofinansowanie informacje powinny pozwolić odnieść kwestie interwencji medycznej również społecznej zmiany, jaką założona interwencja ma przynieść dla jednostki i jej otoczenia.

Powyższa uwaga odnosi się w równej mierze do zaplanowanej interwencji w obszarze rynku pracy, jak i integracji społecznej. Bariery zdrowotne i rozwojowe, które niwelować ma interwencja skierowana do osób młodych, stanowią de facto bariery stojące na drodze społecznego i zawodowego rozwoju. Problemy psychiczne, niepełnosprawność, dysfunkcje ruchowe, czy inne problemy zdrowotne zbyt późno zdiagnozowane, czy nie objęte specjalistycznym leczeniem wykluczyć mogą pełne uczestnictwo dorastających dzieci w życiu społecznym i zawodowym.

2.15 Zdiagnozowane problemy zdrowotne województwa, które są ujęte w niewystarczającym stopniu w programach o charakterze ponadregionalnym

2.15.1 Programy o charakterze ponadregionalnym

Przyjmując stan zdrowia obywateli oraz potrzebę uzyskania efektów zdrowotnych o najwyższej wartości w ramach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.08.2009 r w sprawie priorytetów zdrowotnych, wskazanych zostało 12 priorytetów, które uwzględniane powinny być przy planowaniu polityki w obszarze ochrony zdrowia:

- 1) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
 - a) chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu,
 - b) nowotworów złośliwych,
 - c) przewlekłych chorób układu oddechowego;
- 2) ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitacją osób poszkodowanych;
- 3) zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- 4) zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- 5) zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- 6) ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych:
 - a) spożywaniem alkoholu,
 - b) używaniem substancji psychoaktywnych,
 - c) paleniem tytoniu;
- 7) przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy;
- 8) ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania;
- 9) poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;
- 10) zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia;
- 11) rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności;

12) poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.

Zgodnie z informacjami zawartymi na stronie Ministerstwa Zdrowia, w kraju realizowanych jest 14 programów zdrowotnych¹¹⁰:

▪ *Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych:*

Celem Programu jest: zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory; osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów; osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia; stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych; utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych regionach kraju. W ramach Programu podejmuje się działania dotyczące w szczególności: rozwoju profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w tym zwłaszcza zależnych od palenia tytoniu i niewłaściwego żywienia; wdrożenia populacyjnych programów wczesnego wykrywania, a w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci; zwiększenia dostępności do metod wczesnego rozpoznawania oraz wdrożenia procedur zapewnienia jakości diagnostyki i terapii nowotworów; standaryzacji procedur leczenia napromienianiem; uzupełnienia oraz wymiany wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów; upowszechnienia metod leczenia skojarzonego; rozwoju i upowszechniania współczesnych metod rehabilitacji chorych, ograniczania odległych następstw leczenia oraz opieki paliatywnej w onkologii; rozwoju i upowszechnienia nauczania onkologii w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych; poprawy działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów; upowszechniania wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów. Program realizowany jest w latach 2006-2015.¹¹¹

▪ *Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo naczyniowego POLKARD:*

Program ma na celu przyczynienie się do zmniejszenia występujących różnic w dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej spowodowanych uwarunkowaniami sprzętowymi, co w dłuższej perspektywie czasowej może przyczynić się również do zmniejszenia zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia, a także ograniczenia skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności. Głównym celem programu jest wsparcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą poprzez działania na rzecz wyrównywania dysproporcji – uwarunkowanych bazą sprzętową – w dostępie pacjentów do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych m.in. w dziedzinie kardiologii, kardiologii, neurologii, rehabilitacji neurologicznej, chirurgii naczyniowej. Program uwzględnia działania zaplanowane na lata 2013-2016.¹¹²

¹¹⁰ Por. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow>

¹¹¹ Por. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz.U. 2005 nr 143 poz. 1200)

¹¹² Por. Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016, Warszawa 2015

- *Program wieloletni na lata 2011-2020 Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej:*

Jako cele programu zdefiniowano: zwiększenie w okresie realizacji Programu dostępności do leczenia przeszczepieniem narządu przez wzrost liczby przeszczepień narządów od zmarłych dawców o co najmniej 100 % do zakończenia Programu w stosunku do liczby tych przeszczepień w 2009 r.; zwiększenie w okresie realizacji Programu liczby potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku o co najmniej 300 % do zakończenia Programu w stosunku do liczby potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku w polskich rejestrach na koniec 2009 r. oraz rozwój publicznych i niepublicznych rejestrów niespokrewnionych dawców krwi pępowinowej; zwiększenie w okresie realizacji Programu liczby przeszczepień nerki od żywego dawcy o co najmniej 500 % do zakończenia Programu w stosunku do liczby tych przeszczepień w 2009 r.; budowę systemu organizacyjnego koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów we wszystkich podmiotach leczniczych spełniających warunki do pobierania narządów od zmarłych dawców; poprawę infrastruktury i unowocześnienie podmiotów leczniczych przeszczepiających narządy, komórki i tkanki, banków tkanek i komórek oraz medycznych laboratoriów diagnostycznych testujących komórki, tkanki lub narządy; wdrażanie nowych rodzajów przeszczepiania narządów, komórek i tkanek oraz rozwój programów przeszczepiania w grupach biorców o podwyższonym ryzyku; rozwój i doskonalenie systemów monitorowania, nadzoru i kontroli jakości w transplantologii w celu uzyskania poprawy wyników przeszczepiania w szczególności przez kontynuację rozwoju rejestrów transplantacyjnych; ocenę epidemiologiczną rzeczywistych potrzeb w zakresie przeszczepiania poszczególnych narządów i komórek krwiotwórczych oraz przeprowadzenie analizy ekonomicznej dotyczącej kosztów przeszczepiania narządów i komórek krwiotwórczych wobec leczenia konwencjonalnego z uwzględnieniem wyników leczenia i skutków społecznych; szkolenia osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów oraz bezpieczeństwo dawców i biorców.

Okres realizacji Programu ustalony został na lata 2011 – 2020.¹¹³

- *Program badań przesiewowych noworodków w Polsce:*

W ramach programu planuje się opracowane badania przesiewowego wrodzonego przerostu nadnerczy - WPN i deficytu biotynidazy (BIO) oraz poszerzony panel badań metodą tandemowej spektrometrii mas o trzy wady metabolizmu: argininobursztynuria (ASA), argininemia (ARG), deficyt białka trójfunkcyjnego (TFP), tyrozynergia Typu II i Cytrulinemia Typu II. Wprowadzone zostaną istotne zmiany organizacyjne oraz zmiany algorytmów diagnostycznych w celu realizacji nowego, wielozadaniowego modelu obejmującego szereg funkcji począwszy od edukacji i szkolenia, pobierania materiału do badań poprzez testy przesiewowe, diagnostykę potwierdzającą, wdrożenie leczenia i monitorowania na ocenie kompletności i efektywności programu kończąc, zgodnie z rekomendacją ekspertów EUNENBS (European Union Network of Experts on Newborn Screening). Realizacja programu zaplanowana została na lata 2015-2018¹¹⁴

¹¹³ Por. Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej, Uchwała Nr 164 / 2010 Rady Ministrów z dnia 12 października 2010 r

¹¹⁴ Por. Program badań przesiewowych noworodków w Polsce, Warszawa 2015

- *Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014-2017:*

Istotą programu jest stworzenie rozwiązań organizacyjnych i doprowadzenie do szeregu przedsięwzięć, mających na celu przygotowanie i odpowiednie wyposażenie ośrodka referencyjnego oraz sukcesywne opracowywanie i wdrażanie niezbędnych schematów postępowania terapeutycznego. Do głównych celów programu zaliczone zostało: zastosowanie diagnostyki i wewnątrzmacicznej terapii płodu, która stwarza nowy system opieki nad ciężarną i płodem; poprawa stanu zdrowia noworodków poprzez zlikwidowanie powikłań okresu noworodkowego. Środki na realizację programu zagwarantowane zostały na lata 2014-2017.¹¹⁵

- *Narodowy program ochrony antybiotyków na lata 2011-2015:*

Wśród podstawowych celów programu znalazło się: utworzenie szerokiej koalicji na rzecz realizacji wielosektorowego programu racjonalnej polityki antybiotykowej w Polsce; koordynacja regionalnych i ogólnopolskich programów prowadzonych przez uczelnie medyczne i koordynatorów regionalnych Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków na temat monitorowania lekooporności i zużycia leków przeciwbakteryjnych w medycynie i w działach gospodarki poza medycyną; analiza zużycia leków przeciwbakteryjnych w powiązaniu z lekoopornością w różnych środowiskach; opracowywanie analiz i raportów na potrzeby ośrodków krajowych m.in. szpitali, zespołów ds. kontroli zakażeń szpitalnych, lekarzy praktyków, pracowni mikrobiologicznych, uczelni medycznych, inspekcji sanitarnej i sieci międzynarodowych m.in. Europejskiej Sieci Monitorowania Konsumpcji Antybiotyków; optymalizacja diagnostyki mikrobiologicznej, terapii i profilaktyki zakażeń, wprowadzanie i promowanie zasad racjonalnej terapii zakażeń i chorób zakaźnych; edukacja i promocja zasad racjonalnego stosowania antybiotyków wśród profesjonalistów i społeczeństwa prowadząca do redukcji lekooporności w Polsce.¹¹⁶

- *Narodowy program ochrony antybiotyków Moduł I: Monitorowanie zakażeń szpitalnych oraz inwazyjnych zakażeń bakteryjnych dla celów epidemiologicznych, terapeutycznych i profilaktycznych na lata 2014-2015:*

Głównym celem Programu jest poprawa bezpieczeństwa pacjentów w zakresie zakażeń związanych z opieką zdrowotną, inwazyjnych zakażeń bakteryjnych, terapii antybiotykowej i profilaktyki poprzez podjęcie skoordynowanych działań zgodnych z rekomendacjami Unii Europejskiej zmierzających do ograniczenia zakażeń związanych z opieką zdrowotną i oporności na antybiotyki, a także rozpoznawania etiologii i epidemiologii bakteryjnych zakażeń inwazyjnych zwłaszcza tych, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, co jest niezwykle istotne także w aspekcie zdrowia publicznego każdego kraju. Program kontynuuje wdrażanie zasad szpitalnej polityki antybiotykowej w kolejnych szpitalach. Ponadto buduje

¹¹⁵ Por. Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014-2017, Warszawa 2014

¹¹⁶ Por. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, Warszawa 2011

podstawy wystandaryzowanego monitorowania bakteryjnych zakażeń inwazyjnych komplementarnego do sieci funkcjonujących w krajach Unii Europejskiej.¹¹⁷

- *Zapewnienie samowystarczalności RP w krew i jej składniki:*
Program ma charakter strategiczny i długofalowy. Zdefiniowane w nim problemy i określone do realizacji zadania, powinny w sposób istotny wesprzeć działania, podejmowane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, w zakresie zaopatrzenia systemu ochrony zdrowia w krew i jej składniki. Nadrzędnym celem programu jest zapewnienie Rzeczypospolitej Polskiej samowystarczalności w zakresie krwi i jej składników oraz poprawa bezpieczeństwa krwi i jej składników. Realizacja programu zaplanowana została na lata 2015-2020.¹¹⁸
- *Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej:*
Cel głównym programu jest: ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci oraz osób dorosłych; badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stwierdzony w ww. badaniach stomatologicznych stan zdrowia. Prowadzone w ramach programu badania epidemiologiczne i socjomedyczne będą miały zasięg ogólnopolski i będą realizowane w oparciu o corocznie prowadzone badania epidemiologiczne i socjomedyczne określonych indeksowych grup wiekowych populacji. Program realizowany jest w latach 2013-2015.¹¹⁹
- *Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne:*
Celem Programu jest podniesienie standardów leczenia grupy chorych na hemofilię poprzez usprawnienie kompleksowej, wielospecjalistycznej opieki nad nimi oraz optymalizację ich leczenia. Nowy system organizacyjny przewiduje funkcjonowanie ośrodków kompleksowej opieki nad tą grupą pacjentów na dwóch poziomach: referencyjnym oraz wojewódzkim. Wyspecjalizowanie ośrodków referencyjnych oraz wojewódzkich leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych na bazie istniejących ośrodków hematologicznych poprawić ma możliwości diagnostyki i leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne, a w szczególności zapewni bardziej racjonalne stosowanie koncentratów czynników krzepnięcia. Środki na realizację programu zapisane zostały na lata 2012-2018.¹²⁰
- *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce:*
Celem programu jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS, poprzez zapewnienie leczenia antyretrowirusowego, wraz z monitorowaniem jego skuteczności, u pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS, powodujące zmniejszenie zapadalności i śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV oraz zmniejszenie ich zakaźności dla populacji osób zdrowych w Polsce. Programem leczenia antyretrowirusowego (ARV) objęte mają być wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria medyczne, których możliwość objęcia programem zdrowotnym nie pozostaje w sprzeczności z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa. Leczeniem mają być objęte również kobiety ciężarne zakażone HIV oraz

¹¹⁷ Por. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków Moduł I: Monitorowanie zakażeń szpitalnych oraz inwazyjnych zakażeń bakteryjnych dla celów epidemiologicznych, terapeutycznych i profilaktycznych na lata 2014-2015, Warszawa 2014

¹¹⁸ Por. Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2015-2020, Warszawa 2015

¹¹⁹ Por. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015

¹²⁰ Por. Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne, Warszawa 2014

noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami. Poza leczeniem ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, program obejmuje postępowanie poekspozycyjne po narażeniu na zakażenie HIV po ekspozycjach pozazawodowych wypadkowych. Program opracowany został na lata 2012-2016.¹²¹

- *Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016:*
Celem głównym programu jest zapewnienie równego dostępu i możliwości korzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego parom, u których stwierdzono niepłodność kobiety lub mężczyzny i wyczerpały się inne możliwości jej leczenia albo nie istnieją inne metody jej leczenia. Cele Programu obejmują przede wszystkim obniżenie liczby par bezdzietnych, zapewnienie najlepszego standardu leczenia niepłodności oraz poprawę trendów demograficznych poprzez zastosowanie metody o najwyższej skuteczności udokumentowanej badaniami naukowymi.¹²²
- *Narodowy program ochrony zdrowia psychicznego:*
Program jest realizowany w latach 2011– 2015. Głównymi celami programu są: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym; zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.¹²³
- *Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015-2019:*
Głównym celem programu jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego celu będzie się odbywać na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmą: opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju; promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania.¹²⁴

2.15.2 Programy o charakterze ponadregionalnym a problemy regionu

Poniżej zamieszczono tabelę pokazującą zidentyfikowane problemy zdrowotne regionu (rozdział 2.13 niniejszego opracowania) w odniesieniu do programów ponadregionalnych opisanych w module 2.15.1. Wyniki przeprowadzonego porównania, że problemy regionu w zdecydowanej większości są odzwierciedlone w ramach przyjętej interwencji centralnej.

¹²¹ Por. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce, Warszawa 2011

¹²² Por. Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016, Warszawa 2013

¹²³ Por. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., Warszawa 2011

¹²⁴ Por. Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015 – 2019, Warszawa 2015

Tabela 22 Odniesienie problemów regionu do problemów jakie są rozwiązywane w ramach interwencji krajowych, w ramach Ministerstwa Zdrowia, NFZ

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
Choroby (rozpoznanie) leczone w poradniach POZ w regionie /kolejne miejsce rankingowe rozpoznania z uwagi na wartość wskaźnika na 10 tys. ludności w regionie/ [os. dorosłe]	Jednostki chorobowe (JGP, których wskaźnik hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców jest wyższy w 2014 niż średnia dla kraju [$>0,5$] /kolejne miejsce rankingowe rozpoznania wg liczby przypadków hospitalizacji/ [bez chorób dziecięcych i JGP <18 r.ż]	Choroby (rozpoznanie) leczone w poradniach POZ w regionie /kolejne miejsce rankingowe rozpoznania z uwagi na wartość wskaźnika na 10 tys. ludności w regionie/ [dzieci i młodzież]	Jednostki chorobowe (JGP), których wskaźnik hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców jest wyższy w 2014 niż średnia dla kraju [$>0,5$] /kolejne miejsce rankingowe rozpoznania wg liczby przypadków hospitalizacji/ [choroby dziecięce i JGP 0-17 r.ż]	Główne przyczyny ustalające niezdolność do pracy w województwie zachodniopomorskim /kolejne miejsce rankingowe rozpoznania wg. wartości odsetka orzeczeń/	Główne przyczyny zgonów w regionie /kolejne miejsce rankingowe rozpoznania wg udziału procentowego /	Wyniki badań jakościowych (IDI/FGI/PANEL) Wskazane problemy zdrowotne regionu	Strategiczne priorytety zdrowotne regionu	Działania krajowe wg Policy Paper (Przykładowe działania komplementarne do narzędzi interwencji polityki spójności finansowane ze środków krajowych)	Realizowane programy zdrowotne (zgodnie z informacjami ze strony Ministerstwa Zdrowia)	Programy zdrowotne realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2015

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
/1/ choroby układu krążenia	/12/ nagłe zatrzymanie krążenia /14/ ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż	/16/ choroba nadciśnieniowa	/8/ inne choroby układu krążenia > 0 r.ż. i < 18 r.ż.	/2/ choroby układu krążenia	/1/ choroby układu krążenia	Choroby krążenia;	Kardiologia - w tym m.in.: <ul style="list-style-type: none"> • Upowszechnieniu pierwotnej i wtórnej profilaktyki choroby niedokrwiennej w ramach leczenia podstawowego, • Realizacji programów kardiologicznych oraz edukowaniu społeczeństwa z zakresu szeroko pojętej promocji zdrowia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizacja profilaktyki chorób układu krążenia w ramach POZ. • Badania profilaktyczne, promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. • Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia w ramach Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016. 	Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD	
/2/ choroby układu mięśniowo – kostnego i tkanki łącznej		/2/ zniekształcenie kręgosłupa /17/ trwałe uszkodzenia narządów ruchu		/3/ choroby układu kostno – stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej						

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
/3/ przewlekłe choroby układu trawiennego	/7/ choroby przełyk u /9/ przewle kie choroby trzustki /11/ choroby jelita cienkieg o (bez chorób zapalny ch)		/1/ infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit /3/ inne zaburzenia żołądkowo- jelitowe i metaboliczne /7/ poważne choroby żołądkowo- jelitowe i metaboliczne	/8/ choroby układu trawiennego	/4/ choroby układu trawiennego					
/4/ choroby obwodowego układu nerwowego		/11/ padaczka /21/ dziecięce porażenie mózgowe	/5/ padaczka	/4/ choroby układu nerwowego						

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
/5/ cukrzyca	/2/ cukrzyca i stany hiperglikemiczne innego pochodzenia	/19/ cukrzyca				cukrzyca	<p>Diabetologia - w tym m.in.: poprawa skuteczności rozpoznawania i leczenia cukrzycy oraz jej powikłań poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wprowadzenie zasad „opieki łączonej” – diabetolog, pielęgniarka, dietetyczka, edukator, • Upowszechnienie standardów leczenia cukrzycy, Nawiązanie ścisłej współpracy w zakresie leczenia cukrzycy między samorządami a organizacjami i stowarzyszeniami ludzi chorych na cukrzycę. 			
/6/ przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa		/1/ dychawica oskrzelowa	/2/ choroby górnego odcinka dróg oddechowych	/7/ choroby układu oddechowego	/5/ choroby układu oddechowego					
						przewlekła obturacyjna choroba płuc;		Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – etap podstawowy. Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – etap specjalistyczny.		Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) - etap podstawowy

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
/7/ choroby tarczycy		/5/ otyłość /10/ choroby tarczycy /23/ niedożywienie /24/ zaburzenia odżywiania	/6/ choroby endokrynologic zne (bez cukrzycy)	/10/ zaburzenia wydzielania wewnętrznego	/7/ zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania					
/8/ pacjenci z innymi schorzeniami i wymagający mi opieki czynnej	/8/ choroby alergiczn e > 17 r.ż.	/4/ pacjenci z innymi schorzeniami wymagający mi opieki czynnej /6/ Alergie skórne	/4/ główne infekcje (w tym choroby immunologiczn e)							

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
		/9/ Alergie pokarmowe								
/9/ nowotwory [wybrane nowotwory złośliwe kolejność wg liczby zachorowań: - n. narządów trawiennych -n. narządów oddechowych i klatki piersiowej - n. sutka -n. żeńskich narządów płciowych - męskich narządów płciowych - n. układu	/3/ choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej /4/ nowotwory nerek i dróg moczowych /13/ choroby piersi złośliwe	/14/ nowotwory	/9/ guzy lite narządów, tkanek i innych układów /10/ guzy lite układu nerwowego	/1/ Nowotwory	/2/ Nowotwory	Nowotwory (wątroby, piersi, płuc)	Onkologia - w tym m.in: • Zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory złośliwe, w tym ograniczenie zachorowań na nowotwory tytoniozależne, • Uzyskanie wymiernej poprawy w wykrywaniu i wczesnym rozpoznawaniu, przede wszystkim raka szyjki macicy, piersi, stercza, pęcherza moczowego, żołądka, przełyku, jelita grubego oraz czerniaka skóry, to jest tych nowotworów, których rozpoznawanie jest zwykle znacznie opóźnione w stosunku do możliwości wynikających z aktualnego stanu wiedzy praktycznej	• Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy (pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego), program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny, Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki. • Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy Program profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki. • Badania profilaktyczne, promocja zdrowia w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych. • Badania diagnostyczne w ramach Ogólnopolskiego programu wczesnej diagnostyki obrazowej nowotworów u dzieci.	Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych	• Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej • Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej • Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki • Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap podstawowy • Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
moczowego, -n . tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych - w. wargi, jamy ustnej i gardła										ny • Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki
/10/ ciedokrwistość	/6/ choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 1 dnia	/3/ niedokrwistość								
		/15/ upośledzenia umysłowe		/3/ zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania		• choroby psychiczne (razem ze wsparciem rodzin osób chorych); • samobójstwa	Zdrowie psychiczne - w tym m.in.: • Realizacja podstawowych zadań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, • Usprawnienie ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi oraz uzależnieniami, • Wprowadzenie nowych form opieki psychiatrycznej		• Narodowy program ochrony zdrowia psychicznego • Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015-2019	

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
							– psychiatrii środowiskowej			
	/5/ Leczenie zachowania wczesne okulistyczne	/7/ Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka		/9/ Choroby oka i przydatków oka		zaćma;				
								Program wczesnego wykrywania jaskry.		
								Program profilaktyki gruźlicy – porada profilaktyczna.		
	/1/ inne choroby nerek /10/ ostra niewydolność nerek	/8/ choroby układu moczowego		/11/ choroby układu moczowo – płciowego)						

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
				/6/ urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	/3/ zewnętrzne przyczyny zgonów					
						uzależnienia od nikotyny		Rozwijanie akredytacji podmiotów leczniczych działających w lecznictwie uzależnień		
						starzenie		<ul style="list-style-type: none"> • Opracowanie i wdrożenie Założeń długofalowej polityki senioralnej w Polsce. • Rządowy program na rzecz aktywności społecznej osób starszych. 		
						nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży;		<ul style="list-style-type: none"> • Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Zapobiegania Chorobom Cywilizacyjnym Moduł I – Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej. • Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Zapobiegania Chorobom 		

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
								Cywilizacyjnym Moduł II – Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej.		
						próchnica wśród dzieci i młodzieży;		Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej.	Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej	
						wady postawy wśród dzieci i młodzieży.		Wdrożenie standardów w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi w wieku 0-5 lat.		
		/12/ zaburzenia rozwoju fizycznego						Program badań przesiewowych noworodków	Program badań przesiewowych noworodków w Polsce	
		/13/ wady układu krążenia /18/ zaburzenia rozwoju psychomotor						<ul style="list-style-type: none"> • Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków. • Program badań prenatalnych (NFZ). 	Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata	Program badań prenatalnych (dwa subregiony szczeciński i koszaliński)

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
		<p>ycznego</p> <p>/20/ unne wady rozwojowe</p> <p>/22/ wady rozwojowe narządów płciowych</p> <p>/25/ wady rozwojowe układu nerwowego</p> <p>/26/ aberracje chromoso- we</p>							2014-2017	
								Opracowanie założeń oraz wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie		

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
								opieki nad matką i płodem w celu przeciwdziałania chorobie hemolitycznej płodu i noworodka w różnych układach grupowych krwi.		
								Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016.	Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016	
								Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia w ramach Narodowego programu rozwoju medycyny transplantacyjnej na lata 2011–2020	Program wieloletni na lata 2011-2020 Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej	
									Narodowy program ochrony antybiotyków na lata 2011-2015	
								Usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad szpitalami w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych. Dostosowanie obowiązujących przepisów do aktualnie obowiązujących trendów zgodnych z najnowszą wiedzą medyczną. Usprawnienie nadzoru epidemiologicznego	Narodowy program ochrony antybiotyków Moduł I: Monitorowanie zakażeń szpitalnych oraz inwazyjnych zakażeń bakteryjnych dla celów epidemiologicznych, terapeutycznych	

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
								nad chorobami zakaźnymi	i profilaktycznych na lata 2014-2015	
									Zapewnienie samowystarczalność i RP w krew i jej składniki	
									Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne	
							<p>Medycyna pracy- w tym m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wczesne rozpoznawanie i ocena czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy mających wpływ na zdrowie pracujących. • Promocja zdrowia w miejscach pracy, zarówno wśród pracodawców jak i wśród pracowników. <p>Programy promocji zdrowia prowadzone w zakładach pracy mają na celu m. in. zachęcanie pracodawców do finansowania badań diagnostycznych, organizowania i finansowania szczepień ochronnych przeciwko wzw, grypie, kleszczowemu zapaleniu mózgu.</p>	Realizacja projektu „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)		

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
							<ul style="list-style-type: none"> • Prowadzenie profilaktyki pierwszorzędowej. Właściwe rozpoznanie i ocena ryzyka zawodowego w miejscu pracy oraz wykonywanie badań związanych z wczesną diagnostyką chorób zawodowych i parazawodowych prowadzi do eliminacji przyczyn wywołujących dane schorzenie. • rozszerzenie świadczeniodawców o niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. 			
								Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na lata 2012–2016.	Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce	
								Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii		
								Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.		
								Narodowy program bezpieczeństwa ruchu drogowego GAMBIT – zmniejszenie umieralności z		

[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
								powodu wypadków komunikacyjnych.		
								Projekt dotyczący rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat trzech Maluch.		
								Opracowanie i wdrożenie rozwiązań dotyczących dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych		
								Opracowanie i wdrożenie zastawu standardów akredytacyjnych, w ramach realizacji ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia.		
								Rozwój uczelni medycznych – finansowanie inwestycji w uczelniach medycznych, dotacja dydaktyczna dla uczelni medycznych ma kształcenie studentów i doktorantów.		
								Rozwój kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych – finansowanie specjalizacji.		
								Szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia nt. przeciwdziałania przemocy w rodzinie.		

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o.

Respondenci wywiadów FGI, zapytani o problemy zdrowotne występujące w województwie zachodniopomorskim, nie odwoływali się bezpośrednio do celów RPO WZ 2014-2020. Wskazywali natomiast problemy jakie występują w województwie i w stosunku do których powinno być prowadzone dodatkowe/rozszerzone wsparcie z uwagi na to, jak dużej grupy dotyczą te zachorowania. Respondenci – lekarze specjaliści - wymienili tutaj takie jednostki chorobowe jak:

- nowotwory wątroby;
- choroby psychiczne (razem ze wsparciem rodzin osób chorych);
- rak piersi;
- zaćma;
- choroby krążenia;
- cukrzyca;
- uzależnienia od nikotyny;
- przewlekła obstrukcyjna choroba płuc;
- rak płuc.

Podkreślają również, że schorzenia te pokrywają się ze wsparciem centralnym. Pogłębione opinie w tej kwestii prezentują poniższe cytaty. W pierwszej kolejności respondenci wymieniali choroby nowotworowe:

„O1: Ja ze swojej dziedziny wiem, że mamy teraz ogromny rzut tych nowotworów wątroby. W zasadzie tutaj oczekiwalibyśmy, że w kierunku tych rzadziej i mniej na przykład sponsorowanych dziedzin, diagnostyki szybkiej by poszedł twórca programu unijnego prawda.” [FGI_Szczecin_lekarze]

„O4: Tak. Chociażby z tymi nowotworami. Bo te wymienione są najczęstsze populacyjnie. I fundusz zdrowia ma programy po 50 roku życia, po 35 roku życia cytologia, po 60 roku życia bezpłatna mammografia. (...) Czyli te rzeczy, one działają. I to od lat działają. Utrzymać to co dobrze działa, ale... rozszerzyć jeszcze.” [FGI_Szczecin_lekarze]

„O7: Ja może jeszcze jedno bym powiedziała, bo na przykład coś, co by było taką systemową poradnią leczenia bólu. Niezwiązaną z chorobami nowotworowymi, tylko taką poradnią bólu, która zajmowałaby się wszelakimi dolegliwościami bólowymi mającą możliwości diagnostyczne. A ta diagnostyka spada nam na poradnie neurologiczne.” [FGI_Koszalin_lekarze]

„O4: Nowotwory, choroby krążenia, cukrzyca, choroby psychiczne.” [FGI_Szczecin_lekarze] W dalszej kolejności medycy podawali szeroko pojęte usługi rehabilitacyjne. W opinii lekarzy równie ważne jak działania dotyczące wykrywalności i leczenia w/w jednostek chorobowych są programy rehabilitacyjne, których zasoby są bardzo małe w porównaniu do potrzeb jakie występują w regionie.

„O7: Ja muszę jeszcze powiedzieć jedną rzecz, bo to centrum rehabilitacyjne, to jest jakby jedna potrzeba, którą dostrzegam. Druga rzecz, to jest rozszerzenie możliwości endoskopowych, czyli inwestycja w poradnie endoskopowe, sprzętowo, czy remont dostosowanie pomieszczeń do prowadzenia takiej działalności. To jest druga rzecz, która ma bardzo istotnie znaczenie, z tych tutaj wymienionych przez Państwa propozycji.” [FGI_Koszalin_lekarze]

„O7: Dostępności nie ma. Bo to o to chodzi, a to samo dotyczy programów rehabilitacyjnych, jakkolwiek ich nie nazwać usprawniającymi. Czy to są pobyty poszpitalne, czy to są pobyty po konsultacjach poradnianych, to po prostu zasoby rehabilitacyjne są za małe jak na potrzeby tego regionu. Za małe, za małe i za małe.” [FGI_Koszalin_lekarze]

Pojawiają się też wskazania na wykrywanie wad rozwojowych i choroby płuc:

„O7: Natomiast wiem, że na pewno istnieją ogromne potrzeby w kategoriach pediatrycznych, wczesnego wykrywania wszystkich wad, które są możliwe do wykrycia i prowadzenia tych dzieci przez odpowiednie poradnie i ośrodki. Przekierowywanie ich w najwcześniejszym momencie interwencyjnym do ośrodków specjalistycznych. Natomiast na pewno mamy doświadczenia, jeśli chodzi o dorosłych. Na pewno widać, że ilość chorób jelita grubego jest olbrzymia i często są to choroby wykrywane przy okazji diagnostyki prowadzonej w innej sferze, czyli rozwinięcie programów profilaktycznych, które dałyby trochę napędu na to i dałyby szansę na zwiększenie zakresu wykonywania tych badań, jak najbardziej. To samo dotyczy chorób nowotworowych piersi i macicy. Jak najbardziej, powiem badanie endoskopowe są dramatycznie niedostatecznie wykonywane w regionie. Jest ich niedosyt, opóźniają diagnostykę pacjenta i pogarszają jego rokowanie, absolutnie.” [FGI_Koszalin_lekarze]

„O7: Ja myślę, że częstotliwość występowania na przykład POChP w naszym regionie jest dramatyczna, jesteśmy wspólnymi konsultantami tych zdarzeń, czyli tej pooperacyjnej choroby płuc, naprawdę to jest coś przeraża na tej przestrzeni. Jak ja rozmawiam czasami o swoich doświadczeniach z ludźmi z innych regionów, to oni nie widzą takiej zachorowalności, w ogóle się nie spotykają z takimi pacjentami.” [FGI_Koszalin_lekarze]

Badani wskazują też na potrzebę wsparcia w obszarach, które nie są objęte typami projektów w ramach WZ RPO. Wśród nich opieka paliatywna.

„O6: Mnie także brakuje tutaj jeszcze tak zwanej opieki pielęgniacyjnej długoterminowej. Bo to też jest coś, co jest w naszym regionie bardzo znikome. W tej chwili na ZOL czeka się od 9 do 15 miesięcy.” [FGI_Koszalin_lekarze]

„O3: Myślę, że w naszym regionie prawie nic nie robi się w kierunku zmniejszania uzależnienia od nikotyny. Jest jedna, jedyna poradnia antynikotynowa, która działa przy szpitalu pulmonologicznym i naprawdę to tam nie ma żadnej oferty takiej terapeutycznej. Jest to oferta czysto taka somatyczna.” [FGI_Szczecin_lekarze]

„O7: I chirurgiczne, które tak naprawdę powinny się koncentrować na tych zobowiązaniach, które przypisane są danym specjalnościom, a pewne ogólne prace można byłoby rozśrodkować i wtedy by na pewno poprawiła się bardzo duża dostępność do specjalisty typu neurolog i neurochirurg, a zapotrzebowanie też jest bardzo duże.” [FGI_Koszalin_lekarze]

Potencjalni beneficjenci – z JST i POZ - podobnie jak lekarze wskazywali na potrzebę dodatkowego wsparcia w zakresie:

- chorób układu krążenia;
- chorób nowotworowych;
- przewlekłej obstrukcyjnej choroby płuc;
- cukrzycy;

- starzenia się społeczeństwa;
- samobójstw;
- nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży;
- próchnicy wśród dzieci i młodzieży;
- wad postawy wśród dzieci i młodzieży.

Pogłębione opinie i wskazania w tej kwestii prezentują poniższe cytaty:

„O6: Według dostępnego, ostatnio dostępnego raportu, najczęstszą przyczyną zgonów w województwie zachodniopomorskim są choroby układu krążenia, następnie nowotworowe, a następnie związane z płucami, czyli POChP i inne.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

„O6: Nasza jednostka kilka lat temu prowadziła, dzięki urzędowi miasta program profilaktyki cukrzycy. (...) Myśmy taki program profilaktyki kardiologiczno-diabetologicznej napisali kilka lat temu już do RPO, niestety przypadek w Warszawie. (...) Cukrzyca jest jedną z chorób cywilizacyjnych w tej chwili, a nikt takiego programu profilaktycznego.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

„O5: No, jeżeli przyjmujemy wczesne trendy demograficzne, no to widzimy, że takim pierwszym wysuwającym się problemem to oczywiście jest starzejące się społeczeństwo.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

„O9: Tak, gdzieś tutaj na naszym obszarze największa umieralność była o, dziwo z przyczyn zewnętrznych, poprzez samobójstwa i to też jest jakiś problem, nad którym trzeba było się zastanowić i podzielać. Jakąś profilaktykę wprowadzić.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

Zauważyć można, że część z tych wskazań dotyczy chorób i nieprawidłowości występujących wśród najmłodszych dzieci i młodzieży. Dlatego też badani wskazywali na potrzebę prowadzenia działań prewencyjnych i profilaktycznych właśnie w tej grupie społeczeństwa, obarczając za taki stan rzeczy zaniedbania związane z medycyną szkolną i likwidacją gabinetów stomatologicznych i pielęgniarstwa w szkołach.

„O4: To jest tak. Przede wszystkim, jeżeli chodzi o prewencję i profilaktykę to dzieci i młodzież przede wszystkim. To co się zostało przez ostatnie lata całkowicie zaniedbane, to jest medycyna szkolna. Ale medycyna szkolna, tak ja jeszcze raz powiem, nie ułatwia się programów profilaktycznych. Natomiast na przykład prewencja i profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

„O5: Myślę, że kolejnym problemem wśród dzieci i młodzieży, to jest problem nadwagi i otyłości i to akurat fajnie, że Ministerstwo to zauważyło i mamy to rozporządzenie sklepikowe, tak zwane.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

„O5: To przecież dzieciaki w szkole, wiadomo, że nie wiem 70% dzieciaków jest z wadą postawy stwierdzoną i nie stać rodziców na to.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_II]

„O1: We wszystkich gminach, szczególnie wśród młodzieży. Mamy teraz problem z dopalaczami. Tak że tutaj w tym kierunku też powinien podążać.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

Wszyscy uczestnicy wywiadów IDI i sesji dyskusyjnych FGI podkreślają wagę uświadamiania rodziców i dzieci na temat konieczności badań profilaktycznych. Pogłębione opinie w tej kwestii prezentują poniższe cytaty:

„O7: Ale przede wszystkim ta profilaktyka, ta świadomość, podnoszenie tej świadomości społecznej. Tak jak pan tutaj powiedział o tych szczepieniach. Tutaj rodzice się nie decydują. Ale drugim takim obszarem, który też realizuje gmina, to jest zdrowie psychiczne.”
[FGI_Koszalin_JST_GM]

Dodatkowo, przedstawiciele JST wskazywali na potrzebą wsparcia w zakresie realizacji szczepień przeciwko pneumokokom z uwagi na wysokie koszty szczepień, na które nie stać niektórych rodziców.

„O8: Mi się wydaje, że właśnie szczepienia dla tych dzieci przeciwko pneumokokom. To jest bardzo dobry pomysł. Te szczepienie kosztuje, jedna dawka około 60-80zł. Trzeba przeprowadzić trzy. Tak że jakiś to jest koszt dla rodziców. Przeważnie jest to bariera.”
[FGI_Koszalin_JST_GM]

Poza wyżej wymienionymi obszarami ochrony zdrowia, przedstawiciele potencjalnych beneficjentów dużą uwagę przypisywali prowadzeniu działań rehabilitacyjnych nie tylko wśród osób starszych ale również wśród najmłodszych osób.

„O3: Społeczeństwo trzeba rehabilitować, tak jak pani kierownik powiedziała, społeczeństwo nam się starzeje w bardzo dużym tempie. Ustawy dodatkowo przyspieszają, bo seniorzy mają 60 lat, a pracują do 67. A te 7 lat również trzeba w jakiś sposób, mimo że pracują, zabezpieczyć, zapewnić im te świadczenia.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

2.16 Ocena poziomu komplementarności wsparcia planowanego w ramach EFS wobec innych działań podejmowanych przez instytucje publiczne w tym zakresie (innych publicznych źródeł finansowania)

Na Samorządzie Województwa ciąży obowiązek wynikły z Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy¹²⁵, na podstawie której tworzy on i utrzymuje wojewódzki ośrodek medycyny pracy. Zadania służby medycyny pracy finansowane są z dwóch źródeł: ze środków pochodzących z dotacji celowej budżetu państwa i ze środków własnych budżetu województwa. Samorząd ze środków własnych budżetu województwa finansuje świadczenia zdrowotne, określone w art. 21 ust.2 ustawy.¹²⁶

Służba medycyny pracy jest właściwa do realizowania zadań z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w szczególności przez:

- wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w Kodeksie pracy,
- orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie,
- ocenę możliwości wykonywania pracy lub pobierania nauki uwzględniającą stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy lub nauki,
- prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej,

¹²⁵ Por. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy [Dz.U. 1997 Nr 96 poz. 593] – z późniejszymi zmianami

¹²⁶ Por. Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego, Szczecin 2001.

- prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą,
- wykonywanie szczepień ochronnych, o których mowa w art. 20 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947 oraz z 2014 r. poz. 619 i 1138),
- monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka, a zwłaszcza osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych, młodocianych, niepełnosprawnych oraz kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnych,
- wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą.

Na terenie regionu Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia realizuje 8 programów zdrowotnych. Programy te posiadają wieloletni charakter i jak wskazane zostało przez Fundusz, umowy zawarte z realizatorami tych programów obowiązują do 31.12.2018 r.¹²⁷. W roku 2015 dwa programy związane z profilaktyką raka szyjki macicy obejmują swoim zakresem terytorialnym obszar całego regionu. Pozostałe programy w 4 przypadkach (badania prenatalne, profilaktyka raka piersi, pogłębiona diagnostyka raka szyjki macicy) w 2015 roku obejmują dwa z czterech subregionów województwa (szczeciński i koszaliński). Program Profilaktyki Raka Piersi - Etap Podstawowy – w Pracowni Stacjonarnej, realizowany jest w obrębie powiatu choszczeńskiego, kołobrzeskiego, szczecineckiego, gryfickiego, stargardzkiego, miasta Szczecin i miasta Koszalin. Jedynym programem NFZ, który swoim podmiotowym zakresem uwzględnia profilaktykę zarówno grupy kobiet jak i mężczyzn jest Program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych (w tym POCHP) - Etap Podstawowy. Program ten swoim terytorialnym zakresem obejmuje powiat choszczeński, myśliborski, szczecinecki i miasto Szczecin. Charakterystykę i zasięg terytorialny wszystkich programów zdrowotnych realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2015 prezentuje

¹²⁷ Informacja Zachodniopomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia przekazana w ramach badania 17.11.2015 r.

Tabela 23.

Tabela 23. Charakterystyka i zasięg terytorialny programów zdrowotnych realizowanych przez Narodowy Fundusz zdrowia na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2015

NAZWA PROGRAMU	CHARAKTERYSTYKA PROGRAMU	TERYTORIALNY ZASIĘG REALIZACJI
PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	Program skierowany do kobiet w ciąży spełniających jedno z kryteriów: wiek powyżej 35 lat; wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka; wystąpienie strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; stwierdzenie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową; stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu	dwa subregiony szczeciński i koszaliński
PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODYTONIOWYCH (W TYM POCHP) - ETAP PODSTAWOWY	Program skierowany do osób powyżej 18 r.ż. palących papierosy (poradnictwo antynikotynowe), oraz w zakresie diagnostyki POCHP (poradnictwo antynikotynowe z diagnostyką i profilaktyką) dla kobiet i mężczyzn pomiędzy 40 a 65 r.ż., którzy nie mieli wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu w ciągu ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej POCHP lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy .	powiat choszczeński, myśliborski, szczeciński, miasto Szczecin
PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - W PRACOWNI STACJONARNEJ	Program skierowany do kobiet (grupa wiekowa 50-69 lat), które nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy lub otrzymały w ramach programu pisemne wskazanie do wykonania ponownego badania po upływie 12 miesięcy z powodu obciążenia czynnikami ryzyka	powiat choszczeński, kołobrzeski, szczeciński, gryficki, stargardzki, miasto Szczecin, miasto Koszalin
PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - W PRACOWNI MOBILNEJ	Program skierowany do kobiet (grupa wiekowa 50-69 lat), które nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy lub otrzymały w ramach programu pisemne wskazanie do wykonania ponownego badania po upływie 12 miesięcy z powodu obciążenia czynnikami ryzyka	dwa subregiony szczeciński i koszaliński
PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	Program skierowany do kobiet (grupa wiekowa 50-69 lat) skierowanych z etapu podstawowego programu, celem wykonania dalszej diagnostyki (porada lekarska, stanowiąca cykl zdarzeń: badanie fizykalne; badania -mammografia uzupełniająca lub USG piersi, biopsja cienkoigłowa albo gruboigłowa)	dwa subregiony szczeciński i koszaliński
PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP PODSTAWOWY	Program skierowany do kobiet w grupie wiekowej 25-59 lat, badania przeprowadzane (pobranie materiału do przesiewowego badania cytologicznego) raz na 3 lata, a u kobiet obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV-typem wysokiego ryzyka) - co 12 miesięcy	wszystkie powiaty
PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP DIAGNOSTYCZNY	Program skierowany do kobiet w grupie wiekowej 25-59 lat, badania przeprowadzane (wykonanie oceny mikroskopowej materiału cytologicznego przesłanego przez realizatora etapu podstawowego programu) raz na 3 lata, a u kobiet obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV-	województwo

	typem wysokiego ryzyka) - co 12 miesięcy	
PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	Program skierowany do kobiet w grupie wiekowej 25-59 lat skierowanych z etapu podstawowego programu, celem wykonania dalszej diagnostyki (badania kolonoskopowe, badania histopatologiczne pobranego w wyniku biopsji materiału)	dwa subregiony szczeciński i koszaliński

Źródło: Informacja Zachodniopomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia przekazana w ramach badania 17.11.2015 r.

Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi realizowany jest w oparciu o współpracę Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia finansujące część administracyjną programu (refundację kosztów osobowych i zadaniowych, stworzonej dla potrzeb Programu sieci Centralnego i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących, monitorujących i nadzorujących realizację zadań; realizację wysyłki imiennych zaproszeń do kobiet) oraz prowadzenie akcji medialnych oraz informacyjno-edukacyjnych na rzecz popularyzacji profilaktyki wymienionego nowotworu. Profilaktyczne badania mammograficzne, realizowane w zakresie Programu profilaktyki raka piersi, finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który w ramach procedury konkursowej wybiera świadczeniodawców realizujących te badania i zawiera z nimi kontrakty. Program profilaktyki raka piersi realizowany jest w dwóch etapach. Etap I (podstawowy) polega na wykonywaniu badań mammograficznych co 24 miesiące u kobiet ubezpieczonych z przedziału wieku 50–69 lat.¹²⁸ Jeżeli wynik badania mammograficznego nie wskazuje zmian chorobowych, pacjentka powinna się zgłosić na następne badanie za 24 miesiące. W przypadku stwierdzenia zmian pacjentkę kieruje się do tzw. etapu diagnostyki pogłębionej (etap II). W ramach etapu II wykonuje się, w zależności od potrzeb, zdjęcia mammograficzne powiększone, sonomammografię (mammoUSG) lub biopsję aspiracyjną cienkoigłową (BAC) pod kontrolą USG. W przypadku BAC uzyskany materiał przekazywany jest do oceny cytologicznej. Procedury medyczne zastosowane w czasie tego etapu mają na celu wyjaśnienie charakteru zmiany wykrytej w etapie I. Jeżeli zmiana ma charakter złośliwy, lekarz w pracowni etapu II ustala wspólnie z pacjentką dalsze postępowanie lecznicze. Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące, aby zachęcić kobiety do skorzystania z badań mammograficznych, wysyłają do nich imienne zaproszenia. Zgodnie z Zarządzeniem nr 81/2013/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w przypadku przekroczenia przez świadczeniodawcę kwoty zaplanowanej na realizację badań NFZ zwiększa pulę środków przeznaczonych na ten cel. Oznacza to, że w praktyce dostępność do badań w programie jest Nielimitowana.¹²⁹ Zgodnie z informacjami Centralnego Ośrodka Koordynacyjnego, 47,8% populacji w województwie objętych zostało Programem profilaktyki raka piersi. W ciągu pierwszych miesięcy 2015 roku programem objęto 47429 osób, co stanowiło 37,2% zaplanowanej rocznej populacji do przebadania w regionie. Mediana odsetka populacji objętej programem w ramach poszczególnych gmin województwa na dzień 01.01.2015 wynosiła 49%. Najmniejszy odsetek populacji objęty był w gminach Nowe Warpno (23%), Szczecinek (30,6%) i Dziwnów (32,6%). Największy odsetek dotyczył zaś w gminach Pyrzyce (63,0%), Sianów (60,6%) oraz Drawsko Pomorskie (60,5%).¹³⁰ Szczegółowe dane na temat populacji poszczególnych gmin województwa zachodniopomorskiego objętych Populacyjnym programem wczesnego wykrywania raka piersi prezentuje Aneks nr 8.

¹²⁸ Wcześniejsze rozpoznanie nowotworu piersi wyklucza udział kobiety w badaniu przesiewowym

¹²⁹ Por. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

¹³⁰ Por. www.profilaktykaraka.coi.waw.pl

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy przewiduje wykonanie badania cytologicznego przez kobiety, które mieszczą się w grupie wieku 25–59 lat i nie wykonywały cytologii w ciągu ostatnich trzech lat, a w przypadku stwierdzenia niepokojących zmian skierowanie pacjentek na dalszą diagnostykę. Identyfikacja kobiet uprawnionych do wykonania badania cytologicznego opiera się na bazie danych NFZ.¹³¹ Ministerstwo Zdrowia finansuje część administracyjno-logistyczną Programu poprzez refundację kosztów osobowych i zadaniowych, stworzonej dla potrzeb Programu sieci Centralnego i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących, monitorujących i nadzorujących realizację zadań, a także realizację wysyłki imiennych zaproszeń do kobiet, prowadzenie akcji medialnych oraz informacyjno-edukacyjnych na rzecz popularyzacji profilaktyki wymienionego nowotworu. Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za finansowanie badań profilaktycznych. Fundusz w ramach procedury konkursowej wybiera świadczeniodawców realizujących te badania i zawiera z nimi kontrakty. Porada na etapie podstawowym obejmuje przeprowadzenie wywiadu, wypełnienie ankiety, pobranie materiału do badania cytologicznego, edukację w zakresie profilaktyki nowotworu szyjki macicy, wysłanie pobranego materiału wraz z wypełnioną ankietą do pracowni diagnostycznej, wręczenie przez lekarza pacjentce wyniku badania i decyzję co do dalszego postępowania. W przypadku niewłaściwego wyniku badania, pacjentka zostanie skierowana na dalsze badania na etapie pogłębionym programu, który obejmuje: badanie kolposkopowe i ewentualne badanie histopatologiczne wycinków. Podobnie jak w wypadku programu przesiewowego dot. raka piersi, praktyczna dostępność do badań w programie jest nielimitowana. Pomimo bezpośredniej akcji informacyjnej (imienna wysyłka zaproszeń) do udziału w programie w skali kraju w roku 2011 zgłosiło się 6,8% kobiet, do których skierowano zaproszenia.¹³² Zgodnie z informacjami Centralnego Ośrodka Koordynacyjnego, 28,4% populacji w województwie objętych zostało Programem profilaktyki raka piersi. W ciągu pierwszych miesięcy 2015 roku programem objęto 35252 osób, co stanowiło 24,1% zaplanowanej rocznej populacji do przebadania w regionie. Mediana odsetka populacji objętej programem w ramach poszczególnych gmin województwa na dzień 01.01.2015 wynosiła 28%. Najmniejszy odsetek populacji objęty był w gminach Rewal (9,4%), Dziwnów (11,3%) i Ustronie Morskie (12,4%). Największy odsetek dotyczył zaś w gminach Bielice (50,5%), Tychowo (42,9%) oraz Pyrzyce (41,4%).¹³³ Szczegółowe dane na temat populacji poszczególnych gmin województwa zachodniopomorskiego objętych Populacyjnym programem wczesnego wykrywania raka szyjki macicy prezentuje Aneks nr **Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**9.

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego realizowany jest w Polsce od 2000 r. w systemie oportunistycznym. Bezpłatnemu badaniu kolonoskopowemu poddawane są osoby, które na podstawie wypełnionej i podpisanej ankiety (wypełnianej przez pacjenta przed badaniem) spełniają warunki kwalifikujące do tego programu. W systemie oportunistycznym stosuje się następujące kryteria włączenia osób do badania:

- osoby w wieku 50–65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego;
- osoby w wieku 40–65 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego;

¹³¹ Z bazą NFZ bezpośrednio powiązany jest System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP), za pomocą którego generowane są listy adresowe, a następnie wysyłane imienne zaproszenia.

¹³² Por. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

¹³³ Por. www.profilaktykarako.coi.waw.pl

- osoby w wieku 25–65 lat z rodziny HNPCC (rodzinnego raka jelita grubego niezwiązanego z polipowatością).

Kryteriami wyłączenia z badania są:

- występowanie objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego;
- kolonoskopia wykonana w ostatnich 10 latach.

Od 2012 r. w ramach Programu wysyłane są imienne zaproszenia na kolonoskopię do osób w wieku 55–64 lata.¹³⁴ W latach 2000-2013 badaniami przesiewowymi w ramach programu objęto w województwie 17573 osoby. W roku 2012 liczb wykonanych w ramach systemu oportunistycznego badań wynosiła 1381, co stanowiło 4,5% wszystkich wykonanych w ramach programu w roku 2012 badań. W regionie badania w ramach programu wykonywały w roku 20123 ośrodki (wszystkie zlokalizowane w Szczecinie).¹³⁵ W roku 2014 Ministerstwo Zdrowia ogłosiło konkurs na realizatorów Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych w 2014 i 2015 r. w systemie zapraszonym. Program polega na wykonaniu kolonoskopii przesiewowych w populacji osób średniego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego (osoby w wieku 55-64 lata niezależnie od obecności objawów klinicznych). W każdym roku zaproszenie jest wysyłane do 10% osób z docelowej grupy wiekowej w danym obszarze geograficznym.¹³⁶ W wyniku dokonanej oceny ofert z terenu województwa zachodniopomorskiego na rok 2014 nie wybrana została żadna placówka, a w roku 2015 wybrana została 1 placówka na zasadzie warunkowej¹³⁷ - Specjalistyczny Szpital im. Prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie.¹³⁸

Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 podaje przykłady działań komplementarnych do narzędzi interwencji polityki spójności na lata 2014-2020 finansowanych ze środków krajowych. Te przykładowe działania przyporządkowane są do poszczególnych celów operacyjnych zdefiniowanych w ramach Policy Paper i uwzględniają m.in.¹³⁹:

- **Cel operacyjny A:** Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce.

Działania:

- Realizacja profilaktyki chorób układu krążenia w ramach POZ.
- Program profilaktyki gruźlicy – porada profilaktyczna.
- Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy (pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego), program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny, Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki.
- Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy Program profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki.

¹³⁴ Por. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

¹³⁵ Por. <http://pbp.org.pl>

¹³⁶ Por. http://www.mz.gov.pl/__data/assets/word_doc/0020/18605/ogloszenie-system-zapraszany-Zal.2a.doc

¹³⁷ Pod warunkiem uzupełnienia wymaganej dokumentacji

¹³⁸ Por. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/konkursy/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych/program-badan-przesiewowych-dla-wczesnego-wykrywania-raka-jelita-grubego,-w-zakresie-wykonywania-badan-kolonoskopowych-w-2014-i-2015-r.-w-systemie-zapraszonym>

¹³⁹ W zestawieniu poniżej pominięto m.in. część działań o zawężonym lokalnie i nie obejmującym obszaru województwa zachodniopomorskiego oddziaływaniu lokalnym.

- Program wczesnego wykrywania jaskry.
 - Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – etap podstawowy.
 - Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – etap specjalistyczny.
 - Program badań przesiewowych noworodków.
 - Badania profilaktyczne, promocja zdrowia w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych.
 - Badania profilaktyczne, promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD.
 - Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej.
 - Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Zapobiegania Chorobom Cywilizacyjnym Moduł I – Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej.
 - Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Zapobiegania Chorobom Cywilizacyjnym Moduł II –Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej.
 - Badania diagnostyczne w ramach Ogólnopolskiego programu wczesnej diagnostyki obrazowej nowotworów u dzieci.
 - Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2012–2016.
 - Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.
 - Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
 - Projekt rozwiązań systemowych w obszarze zdrowia publicznego – projekt ustawy o zdrowiu publicznym. Projekt ustawy o instytucjach systemu ubezpieczeń zdrowotnych (mapowanie potrzeb zdrowotnych).
 - Narodowy program bezpieczeństwa ruchu drogowego GAMBIT – zmniejszenie umieralności z powodu wypadków komunikacyjnych.
 - Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia w ramach Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016.
 - Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych.
 - Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia w ramach Narodowego programu rozwoju medycyny transplantacyjnej na lata 2011–2020
- **Cel operacyjny B:** Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi:
- Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016.
 - Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków.

- Program badań prenatalnych (NFZ).
 - Projekt dotyczący rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat trzech Maluch.
 - Opracowanie i wdrożenie Założeń długofalowej polityki senioralnej w Polsce.
 - Rządowy program na rzecz aktywności społecznej osób starszych.
 - Opracowanie założeń oraz wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie opieki nad matką i płodem w celu przeciwdziałania chorobie hemolitycznej płodu i noworodka w różnych układach grupowych krwi.
- **Cel operacyjny C:** Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.
- Opracowanie i wdrożenie rozwiązań dotyczących dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.
 - Opracowanie i wdrożenie zastawu standardów akredytacyjnych, w ramach realizacji ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia.
 - Wdrożenie standardów w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi w wieku 0-5 lat.
 - Rozwijanie akredytacji podmiotów leczniczych działających w lecznictwie uzależnień
 - Usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad szpitalami w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych. Dostosowanie obowiązujących przepisów do aktualnie obowiązujących trendów zgodnych z najnowszą wiedzą medyczną. Usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi.
 - Efektywne zarządzanie lekami refundowanymi – zmiana przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001r. oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.
- **Cel operacyjny D:** Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.
- Rozwój uczelni medycznych – finansowanie inwestycji w uczelniach medycznych, dotacja dydaktyczna dla uczelni medycznych ma kształcenie studentów i doktorantów.
 - Bezzwrotna pomoc materialna dla studentów i doktorantów.
 - Wspieranie wymiany akademickiej w zakresie kształcenia i doskonalenia zawodowego w ramach środkowoeuropejskiego Programu Studiów Uniwersyteckich CEEPUS.
 - Rozwój specjalizacji lekarskich – finansowanie etatów rezydenckich, kursów specjalizacyjnych dla lekarzy.
 - Rozwój kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych – finansowanie specjalizacji.
 - Rozwój kształcenia specjalizacyjnego diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów – finansowanie kursów specjalizacyjnych.
 - Szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia nt. przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

- Realizacja projektu „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”¹⁴⁰

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2015 NFZ zawarł 29 umów z 28 świadczeniodawcami na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych na łączną kwotę 7427403,39 zł. Siedziby tych świadczeniodawców zlokalizowani są w: Białogardzie, Białym Borze, Choszcznie, Gdańsku, Gnieźnie, Gryficach, Koszalinie, Myśliborzu, Stargardzie Szczecińskim, Szczecinie i Warszawie. Szczegółowy wykaz zawartych umów ukazuje Aneks nr 4.¹⁴¹

Równolegle do omówionych we wcześniejszej części raportu programów zdrowotnych realizowanych przez JST, programy oświatowo-zdrowotne realizowane są przez Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie. W 2014 roku pion Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa zachodniopomorskiego realizował zadania ukierunkowane głównie na przeciwdziałanie następstwom palenia tytoniu, propagowanie zdrowego stylu życia, w tym profilaktykę otyłości, a także przeciwdziałanie zakażeniom, m. in. HIV oraz promowanie szczepień ochronnych. Zakres działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia w pierwszym półroczu 2015 roku skupiony był przede wszystkim na realizacji zadań w zakresie profilaktyki chorób odtytoniowych, profilaktyce używania substancji psychoaktywnych i propagowaniu zdrowego stylu życia. Działania podejmowane przez przedstawicieli Wojewódzkiej i Powiatowych Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w partnerstwie bądź współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, szkołami i placówkami edukacyjnymi, uczelniami wyższymi, lokalnymi centrami kultury, Policją, Strażą Pożarną, organizacjami pozarządowymi, mediami.¹⁴²

W doniesieniu do sposobu realizacji Działania 7.7 w ramach SZOP zdefiniowano powiązanie interwencji z realizacją Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa. W systemie realizacji programu zastosowane mają być mechanizmy zapewniające komplementarność wsparcia EFS i Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ), w szczególności zapewniona ma być możliwość współpracy beneficjentów EFS z organizacjami partnerskimi i ich regionalnymi i lokalnymi jednostkami zajmującymi się dystrybucją żywności. Za stosowanie mechanizmów komplementarności w tym zakresie odpowiadać ma IZ RPO WZ.¹⁴³

Zgodnie z zapisami SOOP RPO WZ 2014-2020¹⁴⁴ realizowane i dofinansowane w ramach programu programy zdrowotne i programy profilaktyki zdrowotnej muszą być zatwierdzone w Planie działań w sektorze zdrowia i posiadać pozytywną lub warunkową opinię Agencji Oceny Technologii

¹⁴⁰ Por. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

¹⁴¹ <https://aplikacje.nfz.gov.pl>

¹⁴² Por. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego za 2014 rok, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie; Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego w I półroczu 2015 roku, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie

¹⁴³ Por. Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, wersja 2.0 – 29 września 2015 r.

¹⁴⁴ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, wersja z 2.0 – 28 września 2015 r.

Medycznych i Taryfikacji. Jednocześnie w ramach limitów i ograniczeń w realizacji projektów zdefiniowano, iż opracowanie przedmiotowych programów nie może być finansowane ze środków EFS.¹⁴⁵

Zgodnie z zapisami SOOP zdefiniowany w uszczegółowieniu programu wykaz wydatków kwalifikowanych Działania 6.8 jest katalogiem uogólnionym, szczegółowy zakres wydatków kwalifikowanych w ramach poszczególnych typów projektów ma być zawarty w Wytycznych w zakresie realizacji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej¹⁴⁶ oraz wsparcia deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz w Wytycznych w zakresie działań finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej 2014-2020 służących rozwojowi profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi^{147 148}.

Objęte finansowaniem w ramach projektów RPO WZ, zgodnie z wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS nie mogą zastępować świadczeń opieki zdrowotnej, których finansowanie jest zagwarantowane ze środków publicznych.¹⁴⁹

Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 nakładają na IZ RPO obowiązek zapewnienia, realizowane i finansowane z EFS Regionalne Programy Zdrowotne, które realizowane będą w odniesieniu do choroby układu krążenia; chorób nowotworowych; chorób i zaburzeń psychicznych; chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego; chorób układu oddechowego, które nie powielają działań realizowanych w PO WER w ramach programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej. Jednocześnie, zgodnie z treścią projektu wytycznych Ministra, w sytuacji, gdy co najmniej 50% regionów zgłosi zapotrzebowanie na realizację RPZ obejmującego tą samą jednostkę chorobową lub grupę chorób, opracowanie programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej może zostać zrealizowane w ramach działań przewidzianych w PO WER, o ile pozwala na to zakres wsparcia w PO WER. Weryfikacja i ewentualna decyzja co do możliwości opracowania w ramach PO WER programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej zgłaszanych przez IZ RPO odbywa się w ramach prac Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.¹⁵⁰

Jak wynika z diagnozy zawartej Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, zły stan zdrowia ludności przekłada się na wiele aspektów gospodarczych, przede wszystkim powoduje poważne obciążenie dla gospodarki. Z jednej strony wywołuje konieczność ponoszenia ogromnych nakładów

¹⁴⁵ Por. Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, wersja 2.0 – 29 września 2015 r.

¹⁴⁶ Na stronie funduszeuropejskie.gov.pl dostępny jest projekt przedmiotowych wytycznych: https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/6615/projekt_wytycznych_w_zakr_obszaru_zdrowia_EFS_17072015.pdf

¹⁴⁷ Strona funduszeuropejskie.gov.pl nie zawiera odniesień do przedmiotowych wytycznych

¹⁴⁸ Por. Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, wersja 2.0 – 29 września 2015 r.

¹⁴⁹ Por. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

¹⁵⁰ Por. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

publicznych związanych z leczeniem oraz wypłacaniem świadczeń socjalnych, z drugiej zaś powoduje spadek przychodów i zubożenie społeczeństwa. Istotne jest również powiązanie pomiędzy zdrowiem a ubóstwem. Ryzyko ubóstwa powszechnie uznaje się za wskaźnik obrazujący nie tylko ubóstwo materialne, ale również istotny czynnik wykluczenia społecznego, rozumianego także jako ograniczony dostęp do różnego rodzaju usług, w tym do świadczeń zdrowotnych. Z jednej strony status społeczny i ekonomiczny jednostki ma ogromny wpływ na jej stan zdrowia i długość życia, z drugiej – zła kondycja zdrowotna wpływa na zmniejszenie zdolności do pracy, a tym samym na zwiększenie ryzyka ubóstwa i wykluczenia społecznego. W Polsce zły stan zdrowia był jedną z podstawowych przyczyn pozostawania bez pracy w latach 2000–2011. Ten niekorzystny trend utrzymuje się nadal. Choroba i niepełnosprawność są w Polsce trzecią w kolejności przyczyną pozostawania biernym zawodowo.¹⁵¹

W tym kontekście polityka zdrowotna stanowić powinna komplementarny element realizowanej polityki społecznej. Jak wynika z pisma Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, realizacja kompleksowego wsparcia w planowanych przedsięwzięciach może wymagać uzupełnienia usług zdrowotnych usługami społecznymi. Jest to zgodne z ogólnoeuropejskimi zasadami przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, które mówią o integrowaniu usług społecznych i zdrowotnych. Włączenie i sfinansowanie w ramach programu ukierunkowanego na usługi zdrowotne usług uzupełniających w postaci usługi społecznej (i odwrotnie) musi być jednak każdorazowo bezsprzecznie związane z realizacją celu projektu, czyli „usługi przewodniej”.¹⁵²

Przedstawiciele Instytucji Pośredniczącej RPO WZ, którzy wzięli udział w wywiadach jakościowych również wskazywali w swoich wypowiedziach, iż środki, które zostaną przyznane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego nie mogą powielać działań, które są realizowane ze środków publicznych, a powinny stanowić ich uzupełnienie.

„No, właśnie, zasada tutaj jest taka sama, jak w poprzednich perspektywach finansowych. To znaczy, że te środki, które są przyznane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego, one nie mogą powielać działań, które są realizowane ze środków publicznych. One mają uzupełniać, mają stanowić dodatkowe środki. Natomiast nie mogą ze sobą powielać działań, czy też badań, które są finansowane na przykład w ramach środków publicznych z Narodowego Funduszu Zdrowia”. [IDI_IPRPO_2]

W celu zobrazowania tego założenia, respondenci wywiadów odwoływali się również do konkretnych przykładów.

„Na przykład tutaj jest badanie cytologiczne, które jest właśnie finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, stąd też w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego naszego województwa zachodniopomorskiego koszt samego badania nie może być finansowany. Ale mogą być finansowane za to inne działania, które jakby temu mogą towarzyszyć. Na przykład, dojazd na to badanie. Czyli sam koszt tego badania strategicznego nie, gdyż jest on już finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, , ale na przykład inne dodatkowe, uzupełniające rzeczy owszem”. [IDI_IPRPO_2]

¹⁵¹ Por. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

¹⁵² Pismo Z-cy Dyrektora Departamentu Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju z dnia 02.04.2015 (DZF.I.8511.4.2015.PP.1)

Najbardziej istotny problem, na który zwracali uwagę respondenci wywiadów w kontekście wymogu zapewnienia owej komplementarności to wskazanie na **niewystarczający poziom koordynacji** działań w obszarze zdrowia, co znacznie utrudnia i osłabia możliwości skutecznego działania.

„Trzeba coś zrobić z tą koordynacją w tym kraju. Ja mówię, to napiszcie to w tych swoich protokołach NIK-owskich, bo bez tego, przecież to zawsze się będzie wymykało spod kontroli. Pieniądz nie jest śledzony, z NFZ-em, NFZ ma tą swoją bazę danych, prawda? Ja bym mogła też do tej bazy wprowadzać te dane, co my robimy, za jakie pieniądze, ale jak?”.
[IDI_JST_WOJ_1]

Przedstawiciele jednostek samorządowych wskazywali też w swoich wypowiedziach na nie do końca zaspokojoną potrzebę w zakresie otrzymywania informacji zwrotnej na temat działań realizowanych w obszarze zdrowia.

„Wszyscy powinniśmy realizować te populacyjne programy. Bo one mają sens i koordynacja, skoro minister zbiera te wszystkie programy, co roku, zawsze pytam, po co wam te książki, bo to jest książka. 16 książek dostają i co wy z tym robicie? No, nic. Odkładają to na półkę. Nawet nie analizują tego wszystkiego. Ja bym chciała dostać zwrotną informację, czy to, co zostało przesłane z gmin, powiatów i województwa, jakie macie zdanie o tym. Nikt tego tam nie analizuje, nikt tego nie robi, ale myślę, że było to właśnie po to zrobione, żeby ta koordynacja była jednak centralna. Gdybyśmy robili te populacyjne wszyscy, to oni, by sobie sami tym sterowali i na pewno oceniali, a my powinniśmy się tylko skupić na tym, co tak naprawdę jest jakąś wyjątkową specyfiką naszą”. [IDI_JST_WOJ_1]

W wypowiedziach respondentów uwidaczniała się również kwestia **niewystarczającego poziomu współpracy samorządów z Narodowym Funduszem Zdrowia**. W tym względzie, zdaniem respondentów, zawodzi przede wszystkim kwestia przekazywania niezbędnych informacji na temat istotnych problemów zdrowotnych regionów i województwa.

„Są NFZ-y, które w ogóle nie współpracują z samorządami. Zresztą z nami, jako z województwem, to jeszcze tak, z Urzędem Marszałkowskim, ale z gminami i powiatami, to już nasz NFZ już niekoniecznie. Do tego ta ich baza, do której chętnie bym zajrzała i zapoznała się z ich wynikami. A tej bazy, ani mowy nie ma, żebyśmy otworzyli, ani zajrzeli. To jest ich baza, oni też, na przykład jeżeli o, faktycznie mamy tych 14 nowotworów wykryliśmy i tak dalej, to chcielibyśmy to też do tej bazy wrzucić, wydane takie środki, tam są pewne takie kolumny, pewne miejsca, do których się wprowadza odpowiednie dane, ale to jest, w ogóle niemożliwe. Kompletnie niemożliwe”. [IDI_JST_WOJ_1]

Lekarze, którzy wzięli udział w badaniu FGI również dostrzegają pewne podobieństwo realizacji wskazanych form wsparcia z pakietami, jakie standardowo są realizowane w ramach innych programów. Postrzegają je jednak na zasadzie uzupełniania pewnych już wykonywanych programów, które należy wesprzeć, aby bardziej kompleksowo objąć grupy docelowe wsparciem. W niektórych obszarach mogą również stanowić jedno z głównych źródeł finansowania z uwagi na brak odpowiednich środków np. w obszarze psychiatrii.

„O3: Zdecydowanie, moim zdaniem uzupełniania, a nawet w niektórych obszarach takich działań pionierskich.” [FGI_Szczecin_lekarze]

„O3: Tak, tak. Przynajmniej w obszarze psychiatrii, rehabilitacja umożliwiająca powrót do pracy pacjentom, to nie jest żadne tutaj dublowanie. To dla naszych pacjentów są szanse,

które w żaden sposób nie uzyskamy z funduszy proponowanych przez NFZ i tych programów, które do tej pory... korzystaliśmy, czy z Urzędu Miasta, czy Urzędy Marszałkowskiego. To one na pewno nie są wystarczające.” [FGI_Szczecin_lekarze]

2.17 Ocena zgodności dokumentów programowych RPO WZ 2014 z kierunkami działań określonymi w dokumentach wskazujących na najistotniejsze potrzeby zdrowotne województwa zachodniopomorskiego

Głównym Celem Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (NPZ 2007-2015) jest: Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu. Cel ten osiągnąć ma być poprzez: kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa, tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu, jak również, co istotne w kontekście przyjętego sposobu wdrażania RPO WZ 2014-2020, aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Przyjęte w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 strategiczne cele zdrowotne to:

- 1) Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu.
- 2) Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.
- 3) Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.
- 4) Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne.
- 5) Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego.
- 6) Zmniejszenie zachorowalności i zmniejszenie przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu oddechowego.
- 7) Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.
- 8) Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

Zdefiniowane w NPZ 2007-2015 cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia obejmują:

- 1) zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu;
- 2) Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;
- 3) Poprawę sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości;
- 4) Zwiększenie aktywności fizycznej ludności;
- 5) Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;
- 6) Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju, w kontekście wybranych populacji;
- 7) Poprawę opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem;

- 8) Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży;
- 9) Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;
- 10) Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych;
- 11) Intensyfikację zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

NPZ 2007-2015 definiuje również następujące, niezbędne działania ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego:

- 1) Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia społeczeństwa;
- 2) Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta;
- 3) Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.¹⁵³

Interwencja w obszarze ochrony zdrowia na lata 2014-2020 nawiązuje do wyzwań określonych w ramach Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju 2030¹⁵⁴. Zgodnie z treścią Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 głównym celem planowanej interwencji jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce. Realizacja celu głównego i celów długookresowych prowadzona będzie w perspektywie do 2020 r. w oparciu o cztery cele operacyjne i odpowiadające im kierunki interwencji, które w ujęciu logicznym ukazują

¹⁵³ Por. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007

¹⁵⁴ Polska 2030 Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju 2030, Warszawa 2013

Tabela 24.

Tabela 24. Matryca logiczna celów strategicznych, kierunków interwencji i narzędzi opisujących planowane na lata 2014–2020 działania (wg. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020)

CEL GŁÓWNY:				
Zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce				
CELE DŁUGOTERMINOWE DO 2030 R.				
DRSK	1. Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych	2. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej 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 starszym	3. Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej.	4. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).
POLICY PAPER DLA OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2014–2020	CEL OPERACYJNY A	CEL OPERACYJNY B	CEL OPERACYJNY C	CEL OPERACYJNY D
	A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce	B: Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi	C: Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia	D: Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.
KIERUNKI INTERWENCJI DO 2020 R.				
LP.	DLA CELU OPERACYJNEGO A	DLA CELU OPERACYJNEGO B	DLA CELU OPERACYJNEGO C	DLA CELU OPERACYJNEGO D
1	Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu.	Dostosowanie opieki prenatalnej do modelu późnego macierzyństwa.	Wprowadzenie zmian w systemie opieki zdrowotnej (zmiany w modelu finansowania zarządzania – dodatkowe źródła finansowania), zwiększenie efektywności.	Zwiększenie dostępu mieszkańcom obszarów peryferyjnych do lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów oraz dostępu do usług pielęgnacyjnych i specjalistycznych.

2	Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów.	Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.	Zwiększenie – z uwzględnieniem możliwości finansowych państwa – wydatków publicznych na ochronę zdrowia z towarzyszącą temu procesowi systematycznie polepszającą się efektywnością zarządzania ww. środkami, ale także stworzenie warunków umożliwiających dalszy rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako dodatkowych źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych.	Rozwijanie kształcenia i doskonalenia zawodowego profesjonalistów zajmujących się opieką nad osobami w wieku podeszłym (będących wsparciem dla rodzin sprawujących opiekę nad osobą niesamodzielną i umożliwiających powrót członków rodzin do aktywności zawodowej).
3	Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne.	Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobiegania najczęstszemu problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży.	Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji (nierówności w zdrowiu).	Dostosowanie do prognozowanych potrzeb systemu opieki zdrowotnej, modelu kształcenia kadr medycznych i innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w szczególności w kontekście zmian demograficznych.
4	Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostnowęzłowego i mięśniowego.	Intensyfikacja zapobiegania i leczenia próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych.	Kształcenie edukatorów zdrowia odpowiedzialnych za realizację działań w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym.
5	Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.	Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych i osób niepełnosprawnych.	Poprawa zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacją medyczną.	Zwiększenie wiedzy personelu medycznego w zakresie możliwości wykorzystywania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w ochronie zdrowia.
6	Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich	Wdrożenie nowego modelu opieki nad osobami niesamodzielnymi.	Poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych.	

	skutków.	Rozwój opieki długoterminowej.		
7	Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.	Zwiększenie dostępności i jakości opieki nad osobami starszymi, w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych.	Efektywna gospodarka produktami leczniczymi.	
8	Poprawa funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.		Dostosowanie otoczenia regulacyjnego i finansowego do potrzeb działalności innowacyjnej.	
9	Poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz instytutów badawczych.			

Źródło: Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

Zdefiniowane w ramach Strategii Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego wyzwania rozwojowe regionu w znacznej mierze nawiązują do wyzwań obszaru opieki zdrowotnej w wymiarze całego kraju. Zgodnie z zawartą w Strategii diagnozą systemu ochrony zdrowia w kolejnych latach kształtować będzie postępująca tendencja starzenia się społeczeństwa i wskaźniki demograficzne. Zwiększająca się populacja osób starszych i zapadających na przewlekłe choroby wymagać będzie szerszego dostępu do specjalistycznych świadczeń i usług. W planowanych działaniach konieczne jest uwzględnianie wzrostu zachorowalności i umieralności z powodu chorób wieku podeszłego. Wyzwania stanowić będzie też prognozowany niedobór kadr medycznych, systematycznie zachodzące zmiany liczby i struktury łóżek, niedostateczna liczba miejsc opieki długoterminowej i psychiatrycznej, poziom finansowania świadczeń zdrowotnych, przekształcenia i komercjalizacja placówek. Dokument podkreśla potrzebę realizacji działań ukierunkowanych na zmniejszenie zachorowalności i umieralności spowodowanej nowotworami złośliwymi, chorobami układu krążenia, urazami i wypadkami oraz umieralności niemowląt. Opieka zdrowotna powinna być dostosowana do dynamiki długookresowych trendów demograficznych i epidemiologicznych. Finansowanie świadczeń zdrowotnych i alokacja środków w myśl zapisów Strategii powinny być oparte na zasadach optymalnej jakości. Konieczne jest wprowadzanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych, stałe odnawianie aparatury oraz remonty i modernizacje poprawiające stan sanitarny oddziałów szpitalnych.

Zgodnie z założeniami Strategii, programy realizowane przez samorząd województwa mają charakter długotrwałego procesu inwestowania w zdrowie mieszkańców. Strategia odwołuje się w tym zakresie do jak najszerszej realizacji zasady subsydiarności. Wśród najistotniejszych planowanych efektów jest zwiększenie zaangażowania społecznego, podniesienie poziomu wiedzy, a przede wszystkim zwiększenie liczby kompetentnych realizatorów zadań profilaktycznych i liczby dostępnych programów w tym zakresie.

Cele oraz planowane działania w obszarze ochrony zdrowia zdefiniowane zostały w ramach Celu 6 - Wzrost tożsamości i spójności społecznej regionu, w obrębie celu kierunkowego 6.2: Zwiększanie jakości i dostępności opieki zdrowotnej. Zaplanowane na okresy lat 2010-2015 i 2015-2020¹⁵⁵ działania uwzględniają:

- A. Zapewnienie wysokiej jakości i dostępności opieki medycznej (w tym poprawa wyposażenia technicznego) w dziedzinie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, opieki stacjonarnej i lecznictwa uzdrowiskowego.
- B. Reorganizacja ratownictwa medycznego.¹⁵⁶
- C. Przekształcenia własnościowe zakładów opieki zdrowotnej.¹⁵⁷
- D. Podnoszenie poziomu wykształcenia personelu medycznego oraz kształcenie w zakresie profilaktyki, promocji i edukacji zdrowotnej.
- E. Dostosowanie opieki zdrowotnej do zwiększającej się liczby osób starszych, wzbogacanie form opieki i pomocy osobom starszym, rozwój opieki długoterminowej i opieki psychiatrycznej.
- F. Promocja zdrowia i zdrowego trybu życia.

Strategiczne kierunki powiązane ze stanowiącą przedmiot niniejszego raportu ewaluacją interwencji EFS w obszar zdrowia w ramach RPO WZ 2014-2020 znajdują się również w ramach innych celów kierunkowych Strategii:

- Celu kierunkowym 6.1: Wspieranie funkcji rodziny, Działania:
 - A. Wsparcie rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej, dotkniętych marginalizacją, rodzin wielodzietnych, zastępczych, niepełnych i zagrożonych
 - B. Wspieranie i promowanie rozwiązań sprzyjających realizowaniu funkcji rodziny w połączeniu z wykonywaniem pracy zawodowej
 - C. Edukacja i promocja kształtująca postawy rodzinne i rodzicielskie oraz pozytywny wizerunek rodziny
 - D. Wdrażanie programów wsparcia dla kobiet w ciąży i rodzin z małymi dziećmi
 - E. Integracja działań dotyczących funkcjonowania rodziny (pomocy społecznej, ochrony zdrowia, edukacji, kultury) przy współudziale partnerów społecznych.
- Celu kierunkowym 6.4: Wzmacnianie tożsamości i integracji społeczności lokalnej
Działanie E: przewyższanie ograniczeń w integracji społecznej związanych ze zróżnicowaniem pokoleniowym, kulturowym, pochodzeniem, miejscem zamieszkania, niepełnosprawnością i innymi uwarunkowaniami.

Oraz w ramach 5 Celu strategicznego - Budowanie otwartej i konkurencyjnej społeczności, w obrębie:

- Celu kierunkowego 5.2: Zwiększanie aktywności zawodowej ludności,
Działanie E: Aktywizacja zawodowa osób w wieku niemobilnym oraz przedłużenie aktywności zawodowej osób starszych¹⁵⁸

¹⁵⁵ Zgodnie z przyjętymi w ramach Strategii ramami czasowymi, każde z działań powiązane jest z czasowym okresem odniesienia - przedziały lat 2010-2015 oraz 2015-2020 (większość działań odnosi się do obu okresów).

¹⁵⁶ Wskazane działanie nie ma czasowych ram odniesienia do okresu 2015-2020.

¹⁵⁷ Wskazane działanie nie ma czasowych ram odniesienia do okresu 2015-2020

Istotnych informacji na temat potrzeb zdrowotnych regionu dostarczają zapisy układu wykonawczego projektu regionalnego Programu Strategicznego – Ochrona Zdrowia, który w obrębie zapisanych celów, priorytetów i działań, bazując na przeprowadzonej diagnozie, prezentuje specyficzne dla regionu, kluczowe problemy zdrowotne i wyzwania polityki zdrowotnej województwa¹⁵⁹:

- **Cel 1:** Podnoszenie wiedzy i świadomości zdrowotnej mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób
 - Priorytet 1.1.: Zwiększenie skuteczności promocji zdrowia i profilaktyki zagrożeń zdrowotnych.
 - Działanie 1.1.1.: Wspieranie programów profilaktyki chorób układu krążenia (Działanie powinno obejmować m.in. edukację zdrowotną na temat sposobów zapobiegania chorobom naczyniowo-sercowym, w tym udarom mózgowym, wczesne wykrywanie symptomów i predyspozycji na zachorowanie, edukację lekarzy rodzinnych w zakresie rozpoznania typowych objawów choroby wieńcowej oraz czynników ryzyka, możliwości diagnostycznych oraz leczniczych, działalność telefonicznego punktu konsultacyjnego, wizyty konsultacyjne dla pacjentów według indywidualnych wskazań. Rekomendowane będą również projekty o tematyce profilaktyki chorób układu sercowo – naczyniowego, którego celem powinno być dotarcie do chorych z typowym wywiadem dolegliwości wieńcowych z miejscowości województwa zachodniopomorskiego pozbawionych specjalistycznej opieki kardiologicznej, a także poprawa dostępności do nieinwazyjnej i inwazyjnej diagnostyki chorób układu krążenia.)
 - Działanie 1.1.2.: Wspieranie programów profilaktyki chorób nowotworowych (Realizacja działania powinna opierać się na realizacji programów w obszarach: profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, czyli zapobiegania chorobom nowotworowym poprzez kontrolowanie czynników ryzyka ich wystąpienia w odniesieniu do osób narażonych oraz zapobiegania konkretnym nowotworom poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie, profilaktyki trzeciorzędowej skoncentrowanej na zahamowaniu postępu choroby i ograniczeniu powikłań.)
 - Działanie 1.1.3.: Wspieranie programów przeciwdziałania chorobom zakaźnym, w tym HIV/AIDS i STD.

(Zakres działań powinien obejmować: programy stałego monitorowania i zapobiegania nowym zakażeniom wirusem HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową, wspieranie działalności punktów konsultacyjno-diagnostycznych, telefonicznego punktu konsultacyjnego dla osób zarażonych HIV oraz chorujących na AIDS, prowadzenie działań edukacyjno-profilaktycznych wśród osób szczególnie narażonych oraz

¹⁵⁸ Por. Strategia Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego, Szczecin 2010.

¹⁵⁹ W sposób szczegółowy zaprezentowano poniżej te elementy Programu Ochrona Zdrowia, które w największym stopniu powiązane są z zakresem planowanej do realizacji interwencji EFS w ramach RPO WZ 2014-2020

wspieranie programów szczepień przeciwko grypie, HPV i innych chorób zakaźnych.)

- Działanie 1.1.4.: Wspieranie programów promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, ze szczególnym uwzględnieniem przeciwdziałania uzależnieniom.
(Działanie to ukierunkowane jest na wsparcie i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, a także promocję zdrowia psychicznego. Wszystkie programy realizowane w tym zakresie powinny wpisywać się w przyjęty przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego dokument pn.: „Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2011-2015”, który ukierunkowany jest na zapewnienie mieszkańcom województwa zachodniopomorskiego równego dostępu do różnych form leczenia i opieki psychiatrycznej, stąd zabezpieczenie ich realizacji stanowi ważny element polityki zdrowotnej województwa.)
- Działanie 1.1.5.: Wspieranie programów zapobiegania wypadkom i urazom
(Programy rekomendowane powinny dotyczyć prowadzenia działań edukacyjnych w placówkach wychowawczych skierowanych do nauczycieli i dzieci oraz programów edukacyjnych dla dorosłych. Proponowana tematyka to: najczęstsze zagrożenia, bezpieczne korzystanie z kąpielisk, bezpieczna droga do szkoły, właściwa organizacja bezpiecznego miejsca zabawy i nauki.)
- Działanie 1.1.6.: Wspieranie programów promujących dojrzałe macierzyństwo w czasie ciąży, porodu i połogu.
(W ramach działania powinna być realizowana edukacja dla kobiet przygotowujących się do porodu oraz przyszłych rodziców w celu podnoszenia wiedzy przyszłych rodziców, promocji świadomego rodzicielstwa i innych działań edukacyjnych przygotowujących do opieki nad małym dzieckiem.)
- Działanie 1.1.7.: Wspieranie programów profilaktycznych w zakresie chorób przewlekłych i geriatrycznych.
(Wdrażanie profilaktyki w celu wykrycia chorób we wczesnym stadium rozwoju, co pozwoli na uniknięcie niepełnosprawności spowodowanej zaniedbaniem chorobowym, m.in. profilaktyki skierowanych do osób chorych na astmę i ich rodzin, profilaktyki jaskry 40+, profilaktyki cukrzycy, zapobiegania i zwalczania przewlekłych powikłań cukrzycy, profilaktyki złamań u osób z osteoporozą, wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.)
- Działanie 1.1.8.: Wspieranie profilaktyki i promocji zdrowia populacji pracujących.
(Realizacja projektów ukierunkowanych na poszczególne grupy osób pracujących oraz grupy zawodowe. Programy powinny być związane z profilaktyką chorób zawodowych, poprawą warunków pracy, promocją zachowań zdrowotnych chroniących przed szkodliwymi czynnikami

środowiska pracy, tj. min.: hałasem, nieodpowiedni oświetleniem, zwiększonym obciążeniem fizycznym i psychicznym, związkami chemicznymi, itd.)

- Działanie 1.1.9.: Instytucjonalizacja Zachodniopomorskiego Forum Samorządowego Profilaktyki i Promocji Zdrowia
- Działanie 1.1.10.: Wspieranie promocji zdrowego stylu życia.
(Projekty promujące właściwe zachowania zdrowotne i postawę prozdrowotną oraz edukacyjne dotyczące podstaw zdrowego stylu życia, promujące aktywność fizyczną, właściwe odżywianie, minimalizujące negatywne skutki stresu, promujące samokontrolę zdrowotną organizmu, programy antynikotynowe i ukierunkowane na redukcję używania innych substancji psychoaktywnych oraz inne projekty promujące prozdrowotne zachowania. Działania w zakresie promocji zdrowia powinny być realizowane w szerokim współdziałaniu interdyscyplinarnym z sektorami odpowiedzialnymi za jakość powietrza, wody, żywności oraz warunków pracy i życia w środowisku zamieszkania)
- Działanie 1.1.11.: Wykorzystanie infrastruktury lecznictwa uzdrowiskowego jako miejsca utrzymania i regeneracji zdrowia.
(Postępowanie rehabilitacyjne lub profilaktyczne z wykorzystaniem właściwości leczniczych miejscowości uzdrowiskowych (wody lecznicze, właściwości klimatu) oraz zabiegi fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne wzmacniające zachowanie witalności i równowagi zdrowotnej organizmu.)
- **Cel 2:** Poprawa jakości i efektywności systemu ochrony zdrowia w regionie, zwiększających poziom bezpieczeństwa i satysfakcji pacjentów
 - **Priorytet 2.1.:** Wzmocnienie potencjału opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju lecznictwa wysokospecjalistycznego oraz infrastruktury medycznej.
 - Działanie 2.1.1.: Wzmocnienie zasobów lecznictwa wysokospecjalistycznego w ośrodkach subregionalnych i ponadregionalnych.
Zadania w tym zakresie winny wzmocnić i optymalnie rozwinąć wysokospecjalistyczną opiekę zdrowotną w ośrodkach subregionalnych i ponadregionalnych w zakresie: utworzenia centrum urazowego, utrzymania w na najwyższym poziomie leczenia ciężkich oparzeń i specjalistycznego lecznictwa pediatrycznego.
 - Działanie 2.1.2.: Przebudowa jednostek leczenia chorób zakaźnych.
(Modernizacja istniejącej bazy lecznictwa zakaźnego oraz zapewnienie warunków szybkiej interwencji, izolacji i leczenia osób chorych, w szczególności w przypadku inwazyjnych chorób zakaźnych.)
 - Działanie 2.1.3.: Utrzymanie wysokiego poziomu wykonywania transplantacji narządów, zastosowania genetyki i innych dziedzin medycznych o znaczeniu ponadregionalnym
Wzmocnione rozwiniętych ośrodków leczniczych w celu zapewnienia nieprzerwanego dostępu do usług medycznych w zakresie m.in.

transplantacji nerek, wątroby, płuc i innych narządów i tkanek, zarówno mieszkańcom regionu, jak i kraju. Wykorzystanie badań genetycznych i innych w profilaktyce i leczeniu.

- Działanie 2.1.4.: Poprawa stanu obiektów ochrony zdrowia
- Priorytet 2.2.: Podniesienie poziomu zarządzania podmiotami leczniczymi, zwiększającego efektywność wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej.
 - Działanie 2.2.1.: Wsparcie działań edukacyjno-informacyjnych dot. zarządzania, restrukturyzacji i przekształcenia podmiotów leczniczych.
 - Działanie 2.2.2.: Wsparcie procesów restrukturyzacji i przekształcania podmiotów leczniczych (połączenia, komercjalizacja).
- Priorytet 2.3.: Rozwój regionalnych zasobów kadrowych w ochronie zdrowia zmierzających do standaryzacji i wzrostu jakości usług
 - Działanie 2.3.1.: Podnoszenie kompetencji zawodowych oraz etyki zawodowej Wspieranie rozwoju kadr ochrony zdrowia, w tym kadry zarządzającej. Wsparcie rozwoju kadr medycznych w celu ich profesjonalizacji, m.in. w zakresie zarządzania czasem, wypalenia zawodowego, asertywności, rozwoju kadr ratownictwa medycznego, kompetencji personelu w zakresie standardów opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem. Stworzenie warunków do rozwoju kadr medycznych w zakresie leczenia psychiatrycznego, ze szczególnym uwzględnieniem terapii uzależnień. Wspieranie rozwoju kompetencji personelu w zakresie niwelowania zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz wspieranie rozwoju kompetencji kadry zarządzającej w ochronie zdrowia.
 - Działanie 2.3.2.: Promowanie równomiernego i systematycznego naboru na specjalizacje medyczne
- Priorytet 2.4.: Rozwój opieki zdrowotnej nad osobami przewlekle chorymi i starszymi
 - Działanie 2.4.1.: Rozwój lecznictwa w zakresie chorób geriatrycznych.
 - Działanie 2.4.2.: Wsparcie tworzenia nowych form opieki długoterminowej.
 - Działanie 2.4.3.: Wzmocnienie zasobów rehabilitacji leczniczej. Wsparcie lecznictwa uzdrowiskowego. Zwiększenie różnorodnych form rehabilitacji leczniczej.
- Priorytet 2.5.: Usprawnienie opieki zdrowotnej nad kobietą i dzieckiem.
 - Działanie 2.5.1.: Utworzenie Zachodniopomorskiego Centrum Opieki nad Kobieta i Dzieckiem. Przygotowanie odpowiedniej infrastruktury leczniczej, która zapewni dostęp do kompleksowych wysokospecjalistycznych usług medycznych pediatrycznych w jednym miejscu, obejmujących możliwości transportu oraz dostęp do nowoczesnej bazy diagnostyczno – terapeutycznej i profesjonalnej kadry medycznej.
 - Działanie 2.5.2.: Wsparcie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji zaburzeń i wad Rozwojowych Zadanie w zakresie modernizacji i doposażenia jednostek realizujących świadczenia lecznicze na rzecz dzieci i młodzieży. Zapewnienie dostępności

do wysokiej klasy sprzętu i aparatury medycznej monitorującej podstawowe funkcje życiowe zmniejszy umieralność oraz ryzyko wystąpienia odległych powikłań i wad rozwojowych.

- Priorytet 2.6.: Wsparcie rozwoju wielostronnej, zintegrowanej opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.
 - Działanie 2.6.1.: Wspieranie tworzenia sieci Centrów Zdrowia Psychicznego
Utworzenie sieci 9-17 Powiatowych Centrów Zdrowia Psychicznego (PCZP) zapewniających kompleksową psychiatryczną opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, we współpracy z ośrodkami interwencji kryzysowych, pomocą społeczną, urzędami pracy i realizacją programów profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego polegające na przeciwdziałaniu zaburzeniom zdrowia psychicznego u osób zdrowych oraz na poprawie jakości życia i opieki nad osobami chorymi.
 - Działanie 2.6.2.: Uruchomienie placówki opieki psychiatrycznej dla osób w wieku rozwojowym i ich rodzin z tzw. podwójną diagnozą (jednocześnie uzależnionych i chorych psychicznie)
Zorganizowanie placówki leczniczej dla osób z tzw. podwójną diagnozą, która umożliwi realizację podejścia holistycznego „ku rodzinie” a nie tylko „ku pacjentowi” tj. uzależnionemu członkowi rodziny.
 - Działanie 2.6.3.: Wspieranie rozwoju opieki psychiatrycznej dla dorosłych, dzieci, młodzieży i ich rodzin w subregionach.
Wzmocnienie funkcjonujących ośrodków psychiatrycznych. Utworzenie oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w subregionie koszalińskim. Rozwinięcie psychiatrycznej opieki zdrowotnej w każdym powiecie.
 - Działanie 2.6.4.: Wspieranie rozwoju opieki dziennej i środowiskowej, w tym tworzenia hosteli dla osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych.
Tworzenia środowiskowych form opieki psychiatrycznej w oparciu o istniejące stacjonarne oddziały i poradnie psychiatryczne. Tworzeniu wyjazdowych zespołów środowiskowych, oddziałów psychiatrycznej opieki dziennej, w szczególności w tych powiatach, które stanowią „białe plamy” w dostępności do opieki psychiatrycznej. Tworzenie hosteli dla osób psychicznie chorych i osób uzależnionych w podregionach.
 - Działanie 2.6.5.: Wspieranie rozwoju psychiatrii sądowej.
- Priorytet 2.7.: Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego
 - Działanie 2.7.1.: Budowa ładowisk sanitarnych przy szpitalnych oddziałach ratunkowych.
 - Działanie 2.7.2.: Przebudowa i rozbudowa szpitalnych oddziałów ratunkowych
 - Działanie 2.7.3.: Zakup ambulansów ratownictwa medycznego z wyposażeniem.
 - Działanie 2.7.4.: Doskonalenie teletransmisji przepływu danych medycznych pomiędzy ambulansami a ośrodkami wysokospecjalistycznymi.

- Działanie 2.7.5.: Przebudowa i modernizacja miejsc stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego.
- **Cel 3:** Wspieranie rozwiązań innowacyjnych, badań naukowych i rozwoju technologii medycznych w ochronie zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem współpracy z ośrodkami badawczo-naukowymi.
 - Priorytet 3.1.: Wprowadzanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych
 - Działanie 3.1.1.: Stała odnowa bazy sprzętowej i aparaturowej
Zakup specjalistycznej aparatury medycznej do diagnozowania schorzeń i analiz laboratoryjnych. Wyposażenie w nowoczesną aparaturę zabiegową i terapeutyczną.
 - Działanie 3.1.2.:Rozwój innowacyjnych technik radioterapii i diagnostyki radioizotopowej
 - Priorytet 3.2.: Zwiększenie dostępności placówek ochrony zdrowia do technologii informacyjnych i komunikacyjnych.
 - Działanie 3.2.1.: Budowa sieci nowych generacji (NGN) oraz odnowienie infrastruktury informacyjno-komunikacyjnej w placówkach ochrony zdrowia.
 - Działanie 3.2.2.: Kompleksowe wdrażanie systemów informacyjnych w szpitalach.
 - Działanie 3.2.3.: Rozwój i rozbudowa sieci telemedycznych.
 - Działanie 3.2.4.: Zwiększenie dostępności podmiotów leczniczych do szerokopasmowego Internetu.
 - Działanie 3.2.5.: Budowa i wdrożenie dziedzicznych systemów umożliwiających mieszkańcom województwa korzystanie z technologii informacyjnych i komunikacyjnych w tym e-Uслуг w ochronie zdrowia.
 - Działanie 3.2.6.: Szkolenia z zakresu technologii informacyjnych i komunikacyjnych (TIK) dla zarządzających i pracowników podmiotów leczniczych.

Zaprezentowane powyżej strategiczne kierunki Działań oraz przyjęte wartości wskaźników wskazują na wyraźny planowany wzrost oddziaływania regionalnego programów promocji zdrowia i profilaktyki zagrożeń zdrowotnych w perspektywie kolejnych 5/7 lat (lata pomiaru 2020/2022).

Interwencja EFS w ramach RPO WZ 2014-2020 w obszarze zdrowia skoncentrowana jest w obrębie Działania 6.8 i 7.7. Jej zakres w znacznej mierze pokrywa się z przyjętymi priorytetowymi obszarami Działań zdefiniowanych w ramach regionalnego Programu – Ochrona Zdrowia.

Działanie 6.8: Wdrożenie kompleksowych programów zdrowotnych dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy, ułatwiających powroty do pracy, umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej oraz zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne

Celem szczegółowym Działania 6.8 jest: wdrożenie programów profilaktycznych skoncentrowanych na chorobach negatywnie wpływających na rynek pracy, dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.

Zgodnie z wersją 2.0 Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych RPO WZ 2014-2020 w ramach Działania 6.8 planuje się:

- wdrożenie programów profilaktycznych ukierunkowanych na choroby zdiagnozowane jako istotne problemy zdrowotne regionu, mających na celu przeciwdziałanie negatywnym trendom epidemiologicznym,
- realizację programów rehabilitacji medycznej skoncentrowanych na schorzeniach, wpływających dezaktywująco na rynek pracy, tj.: chorobach układu krążenia, chorobach nowotworowych, zaburzeniach psychicznych, chorobach układu kostno-stawowo-mięśniowego oraz chorobach układu oddechowego. W ramach wdrożenia rehabilitacyjnych programów profilaktycznych możliwe będzie m.in.: opracowanie indywidualnego planu rehabilitacji, profilaktyka zespołów bólowych i zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, których głównym celem będzie wydłużenie aktywności zawodowej ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku produkcyjnym,
- realizację programów profilaktycznych zintegrowanych z populacyjnymi programami wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, raka piersi i raka jelita grubego, mających na celu m.in. zwiększenie poziomu zgłaszalności do badań profilaktycznych realizowanych w ramach ww. programów populacyjnych,

Wszystkie przewidziane działania mają na celu wydłużenie aktywności zawodowej oraz niwelowanie ryzyka jej przerwania z powodów zdrowotnych.

Interwencja podejmowana w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Działania 6.8 ma mieć charakter uzupełniający i rozszerzający w stosunku do realizowanych programów populacyjnych dotyczących nowotworów szyjki macicy, piersi i jelita grubego oraz do programów pilotażowych realizowanych w ramach PO WER.

Dopuszczone w ramach charakterystyki Działania 6.8 opisanej SOOP typy projektów uwzględniać mogą:

1. Wdrożenie kompleksowych programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu;
 - * *W ramach przedmiotowych projektów wspierane mają być projekty profilaktyczne, które stanowią odpowiedź na zdiagnozowane w regionie problemy zdrowotne, a ich wdrożenie pozwala skutecznie przeciwdziałać negatywnym skutkom trendów epidemiologicznych*
2. Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy
 - * Świadczenia rehabilitacyjne świadczone w ramach projektów finansowanych ze środków EFS są realizowane zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności Zarządzenia Nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza (i późniejszych).
 - * *Programy rehabilitacji medycznej dotyczyć mają następujących typów schorzeń: choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, zaburzenia psychiczne, choroby układu kostno-stawowo-mięśniowego, choroby układu oddechowego*

3. Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i piersi

- * *W przypadku programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi podmiotami uprawnionymi do składania wniosków mają być tylko te, które posiadają kontrakt z NFZ.*

Przykładowe typy operacji dopuszczone do realizacji obejmują:

- realizację usług zdrowotnych, w tym usługi rehabilitacji, rozszerzenie katalogu okresowych badań profilaktycznych (w zakresie wykraczającym poza schematy finansowane ze środków publicznych)¹⁶⁰,
 - * *Dotyczy typu projektu 1,2*
- realizację usług medycznych
 - * *Dotyczy typu projektu 3.*
 - * *Z wyłączeniem profilaktyki raka piersi.*
 - * *W przypadku profilaktyki raka szyjki macicy usługi obejmują koszty badań w kierunku HPV, w przypadku profilaktyki raka jelita grubego usługi obejmują koszty znieczulenia i koszty badania kolonoskopowego.*
 - * *Ze środków EFS nie mogą być finansowane badania mammograficzne i badania cytologiczne – badania te finansowe są ze środków NFZ (stąd wymóg wspierania tych podmiotów, które już posiadają kontrakt z płatnikiem). Środki europejskie nie mogą zastąpić środków krajowych.*
- działania informacyjno-edukacyjne o charakterze regionalnym,
 - * *Działania informacyjno-edukacyjne nie mogą być realizowane w ramach odrębnych projektów, lecz stanowią element uzupełniający przedsięwzięć realizowanych w działaniu, ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia osób w wieku aktywności zawodowej. Ponadto, działania w ramach tego typu wydatku obejmują również edukację prozdrowotną, pod warunkiem, że świadczone są przez osoby do tego przygotowane (tzw. edukatorów zdrowotnych).*
- dojazdy na badania,
- opiekę nad osobą zależną,
- zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji zadań wynikających z realizowanego programu (m.in. mammobus, cytobus, kolonoskop)
 - * *Wyłącznie przy zdiagnozowaniu deficytów w tym zakresie i przy uwzględnieniu ogólnych zasad wynikających z Wytycznych kwalifikowalności...*
- działania informacyjno-szkoleniowe skierowane do lekarzy i pielęgniarek POZ
 - * *Dotyczy typu projektu 1, 2*
 - * *Działania prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz przedstawicieli zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia.*
 - * *Katalog kategorii wydatków jest zgodny z Wytycznymi w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.*
 - *

¹⁶⁰ Dotyczy typu projektu 3

Beneficjentami Działania 6.8 mogą być:

- jednostki samorządu terytorialnego (w tym w szczególności gminy i powiaty),
- podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą,
- organizacje pozarządowe, których działalność statutowa dotyczy promocji zdrowia,
- podmioty ekonomii społecznej, których założenia statutowe przewidują działania w zakresie lecznictwa lub promocji zdrowia.

Ostatecznymi odbiorcami wsparcia Działania 6.8 są:

- Typ projektów 1, 2:
 - osoby w wieku aktywności zawodowej
- Typ projektów 3:
 - program profilaktyki raka piersi jest skierowany do kobiet w wieku od 50 do 69 lat.
 - Program profilaktyki raka szyjki macicy jest skierowany do kobiet w wieku 25 do 59 lat.
 - Program profilaktyki raka jelita grubego w ramach EFS jest skierowany do osób w wieku 25–65 lat pochodzących z rodzin HNPCC lub FAP (z potwierdzonym obciążeniem genetycznym).

Przyjęte w SOOP wskaźniki rezultatu bezpośredniego Działania 6.8 to:

1. Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie[osoby],
2. Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne[osoby].¹⁶¹

Działania 7.7: Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnościami oraz zagrożonych niepełnosprawnością.

Celem szczegółowym Działania 7.7 jest: Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych dla osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym.

Zgodnie z wersją 2.0 Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych RPO WZ 2014-2020 w ramach Działania 7.7 planuje się:

- Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnościami oraz zagrożonych niepełnosprawnością, w tym dotyczące:
 - a) zaburzeń komunikowania się tj.:
 - wdrożenie systemu badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy wykonywanych w pierwszej klasie szkoły podstawowej (system zarządzania programem, koordynacja działań podmiotów zaangażowanych, podział zadań i kompetencji),
 - * *Badania uczniów powinny być wykonane przez pielęgniarkę szkolną/higienistkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania.*
 - wdrożenie systemu szkoleń pielęgniarek lub higienistek szkolnych w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy POZ,

¹⁶¹ Por. Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, wersja 2.0 – 29 września 2015 r.

- zaangażowanie podmiotów POZ w opiekę nad dziećmi ze stwierdzonymi wadami lub zagrożonymi ich wystąpieniem,
 - tworzenie i prowadzenie bazy danych wyników badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy, która posłuży m.in. do monitorowania rzeczywistej skali problemu zaburzeń słuchu, wzroku i mowy u dzieci oraz do prowadzenia analiz i przygotowywania wytycznych mających na celu podnoszenie jakości i efektywności ekonomicznej proponowanych świadczeń,
 - podnoszenie świadomości społecznej w zakresie wiedzy na temat zaburzeń słuchu, wzroku i mowy u dzieci, następstw niezdiagnozowanych i nieleczonych dysfunkcji, możliwości terapii oraz kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych w tym obszarze,
- b) zaburzeń psychicznych:
- * *Dotyczy całościowych zaburzeń rozwoju. Choroby zaliczane do grupy całościowych zaburzeń rozwoju to: autyzm dziecięcy, zespół Aspergera, zespół Hallera, zespół Retta.*
 - zwiększenie dostępności do wczesnej diagnozy umożliwiającej wdrożenie terapii i rehabilitacji oraz zapewnienie odpowiedniej terapii aż do dorosłości,
 - zwiększona liczba bezpłatnych godzin wysokospecjalistycznej terapii dla dzieci,
 - rozszerzenie oferty terapeutycznej dla dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju,
 - szkolenia dla lekarzy POZ w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych dzieci,
 - zaangażowanie podmiotów POZ w opiekę nad dziećmi ze stwierdzonymi wadami lub zagrożonymi ich wystąpieniem,
 - zapewnienie rodzicom edukacji i praktycznych umiejętności potrzebnych w postępowaniu z dziećmi dotkniętymi zaburzeniami psychicznymi.
- c) wdrożenie programów rehabilitacji leczniczej dla dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych, a także programów przyczyniających się do wczesnego wykrywania i leczenia wad rozwojowych innych, niż wymienione powyżej, w szczególności dotyczących układu krążenia u noworodków, niemowląt i małych dzieci.

Beneficjentami Działania 7.7 mogą być:

- jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne,
- organizacje pozarządowe i podmioty ekonomii społecznej prowadzące działalność statutową lub gospodarczą w obszarze usług użyteczności publicznej,
- podmioty lecznicze wymienione w ustawie o działalności leczniczej,
- podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, statutowo świadczące usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym.

Ostatecznymi odbiorcami wsparcia Działania 7.7 są:

- Osoby zagrożone ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym, w tym:
 - osoby zależne i ich opiekunowie,

- kobiety w ciąży, dzieci oraz młodzież w zakresie ochrony zdrowia, w tym diagnostyki i programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych w zakresie chorób rozwojowych i cywilizacyjnych,
- podmioty realizujące usługi zdrowotne, wyłącznie w zakresie działań podnoszących standard i jakość usług realizowanych na rzecz bezpośrednich odbiorców.
- * *W ramach RPO WZ nie przewiduje się wsparcia dla osób odbywających karę pozbawienia wolności (wsparcie udziela się wyłącznie w ramach PO WER).*
- * *Preferowane jest wsparcie dla osób lub rodzin lub środowisk zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz środowisk lub lokalnych społeczności zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020.*
- * *Preferowane do wsparcia są osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 11 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020.*
- * *Preferowane do objęcia wsparciem są osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi.*
- * *Preferowane do objęcia wsparciem EFS są osoby korzystające z PO PŻ.*

Zgodnie z zapisami Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 koszty kampanii medialnych promujących udział w działaniach profilaktycznych oraz kształcenia kadr medycznym ponoszone są przez władze centralne.¹⁶²

Działania profilaktyczne powinny koncentrować się na pięciu głównych typach schorzeń dezaktywujących rynek pracy w Polsce:

- chorobach układu krążenia,
- chorobach nowotworowych,
- chorobach (zaburzeniach) psychicznych,
- chorobach układu kostno-stawowego i mięśniowego,
- chorobach układu oddechowego
- lub na innych typach schorzeń pod warunkiem, że zostaną one uznane za istotny problem zdrowotny regionu¹⁶³

Działania władz regionalnych w zakresie profilaktyki powinny:

- koncentrować się na dotarciu do osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji, tj. wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, o niskim statusie społecznym i ekonomicznym,
- z wykształceniem podstawowym;

¹⁶² Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

¹⁶³ Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

- koncentrować się na dotarciu do osób, które nigdy nie wykonywały badań profilaktycznych (na postawie SIMP);
- kierunkować wsparcie na osoby zamieszkałe w miejscowości poniżej 20 tys. mieszkańców, w tym w szczególności na obszarach wiejskich;
- koncentrować działania na powiatach lub gminach o szczególnie niskim poziomie zgłaszalności na badania populacyjne, tj. o poziomie poniżej 30%;
- wspierać projekty zgłaszane przez podmioty lecznicze dla których organem założycielskim jest pomiot inny niż utworzony przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, a także podmiot powstały z przekształcenia powyższych jednostek¹⁶⁴

Wsparcie w ramach RPO nie może co do zasady obejmować:

- wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego,
- wsparcia infrastruktury ponadregionalnych podmiotów leczniczych (podmiotów leczniczych, a także przedsiębiorców powstałych z ich przekształcenia, utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, uczestniczące w systemie ochrony zdrowia),
- wsparcia infrastruktury w zakresie innym niż pięć głównych grup chorobowych stanowiących główne przyczyny niezdolności do pracy i umieralności wśród mieszkańców Polski:
 - choroby układu krążenia,
 - choroby nowotworowe,
 - choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego,
 - choroby układu oddechowego,
 - choroby psychiczneoraz specyficznych, zdiagnozowanych potrzeb regionalnych,
- wsparcia infrastruktury innej niż infrastruktura istotna z punktu widzenia trendów demograficznych, tj. dedykowana opiece nad matką i dzieckiem oraz osobom starszym.

Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, za istotny problem zdrowotny regionu uznaje się ten problem, który w porównaniu z innymi regionami kraju sytuuje go w szczególnie trudnej sytuacji pod względem zapadalności i umieralności lub problem zdrowotny powodowany przez czynniki chorobotwórcze zidentyfikowane i wskazane przez samorząd województwa jako istotny na podstawie wiarygodnych danych.¹⁶⁵

¹⁶⁴ Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

¹⁶⁵ Por. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

2.18 System wyboru i oceny projektów do dofinansowania, który zapewni realizację celów programu

Zgodnie z projektem wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 wybór projektów służących realizacji programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej następować powinien w zgodzie z trybami przewidzianymi Ustawie o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020¹⁶⁶.¹⁶⁷ Przedmiotowa Ustawa przy wyborze projektów, zgodnie z treścią Art. 38 dopuszcza tryb:

- konkursowy
- pozakonkursowym.

Jak wskazuje dalej, tryb pozakonkursowy może być zastosowany do wyboru projektów, których wnioskodawcami, ze względu na charakter lub cel projektu, mogą być jedynie podmioty jednoznacznie określone przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu. W tym trybie mogą być wybierane wyłącznie projekty o strategicznym znaczeniu dla społeczno-gospodarczego rozwoju kraju, regionu lub obszaru objętego realizacją ZIT, lub projekty dotyczące realizacji zadań publicznych. W trybie konkursowym, zgodnie z definicją ustawy, wybór projektów do dofinansowania, uzależniony jest od spełnienia przez te projekty kryteriów wyboru projektów albo spełniania kryteriów wyboru projektów i uzyskania wymaganej liczby punktów albo uzyskania kolejno największej liczby punktów, w przypadku, gdy kwota przeznaczona na dofinansowanie projektów w konkursie nie wystarcza na objęcie dofinansowaniem wszystkich projektów. To, w jakim trybie zostanie dokonywany wybór projektów zależy w myśl treści ustawy do właściwej instytucji¹⁶⁸

Zapisy aktualnej wersji Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 wskazują, iż zarówno w odniesieniu do trybu wyboru projektów Działania 6.8, jak i Działania 7.7 przewidzianym trybem wyboru projektów jest tryb konkursowy. Wskazaniem podmiotem odpowiedzialnym za nabór i ocenę wniosków oraz przyjmowanie protestów jest Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie.¹⁶⁹

Zgodnie z treścią projektu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, każdy z planowanych naborów – zarówno projektów konkursowych, jak i pozakonkursowych – wymagać powinien w pierwszej kolejności uzgodnienia na poziomie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia i wpisania do Planu działania w sektorze zdrowia oraz zatwierdzenia przez Komitet Monitorujący dany PO a także wpisania do Planu działania danego PO. Powyższy mechanizm ma zapewnić koordynację działań nie tylko w ramach regionu, lecz także np. w sąsiadujących ze sobą województwach lub w skali kraju - w celu maksymalizacji efektywności

¹⁶⁶ Por. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 [Dz.U. 2014, poz. 1146]

¹⁶⁷ Por. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

¹⁶⁸ Por. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 [Dz.U. 2014, poz. 1146]

¹⁶⁹ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, wersja 2.0 – 29 września 2015 r.

realizowanych inwestycji. Według określonych w projekcie wytycznych warunkiem uzyskania dofinansowania z EFS jest zatwierdzenie przedmiotowego programu w Planie działania w sektorze zdrowia i posiadanie pozytywnej lub warunkowej opinii AOTMiT.¹⁷⁰

Wytyczne zwracają uwagę na fakt, iż ocenie AOTMiT podlegają programy, a nie pojedyncze projekty ubiegające się o dofinansowanie ze środków EFS (zgodnie z przyjętą logiką interwencji w obszarze zdrowia, projekty realizowane w RPO mają być narzędziem implementacji poszczególnych programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej).¹⁷¹

W świetle powyższej uwagi istotne wydają się zapisy Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z treścią Art. 48b tej Ustawy wybór realizatora programu polityki zdrowotnej dokonywany musi być w drodze konkursu ofert. Ogłoszenie o konkursie na realizatorów programów profilaktyki zdrowotnej powinno być każdorazowo publiczne i spełniać powinno wymagania formalne określone w ust. Art. 48b. Ustawa wskazuje ponadto jednoznacznie, iż do wyboru realizatorów programów zdrowotnych i programów profilaktyki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, nie mniej jednak w zakresie nieuregulowanym w Ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu polityki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu.¹⁷²

Dla sprawnego i efektywnego wdrożenia wszystkich założeń i narzędzi przewidzianych w ramach „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”, jak podkreślane jest w treści samego wspomnianego dokumentu, wymagane jest zaangażowania zarówno władz centralnych, jak i regionalnych. Potrzeba koordynacji regionalnych działań w sektorze zdrowia z krajowymi kierunkami reform dotyczy zarówno obszarów związanych z działaniami profilaktycznymi, jak i infrastrukturalnymi. Skuteczna koordynacja wdrażania poszczególnych narzędzi ma kluczowe znaczenie dla maksymalizacji efektów zaplanowanych działań. W tym wymiarze istotnym organem, którego opinie powinny być wykorzystywane w procesie organizacji systemu wyboru i oceny projektów jest Grupa Robocza ds. Koordynacji Polityki Zdrowotnej, której rolą jest wspieranie procesu decyzyjnego poziomu strategicznego. Zgodnie z założeniami Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, w skład Grupy wchodzi m.in. przedstawiciele:

- Ministerstwa Zdrowia,
- Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju,
- samorządowych władz wojewódzkich,
- Narodowego Funduszu Zdrowia (w tym oddziałów wojewódzkich),
- Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia,
- Centralnych Ośrodków Koordynujących programy populacyjne,
- przedstawiciele organizacji społecznych, których działalność statutowa związana jest ochroną zdrowia.

¹⁷⁰ Por. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

¹⁷¹ Por. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

¹⁷² Por. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późniejszymi zmianami – tekst ujednolicony opublikowany w: Dz.U. 2015 poz. 581

Grupa ma m.in. pełnić funkcje doradcze. Do zadań członków Grupy należy m.in. przedstawienie opinii i propozycji dotyczących przedsięwzięć z zakresu ochrony zdrowia możliwych do dofinansowania w ramach RPO oraz programów krajowych, w szczególności w zakresie kryteriów wyboru projektów konkursowych, jak i obszarów merytorycznych rekomendowanych do wsparcia w trybie pozakonkursowym (systemowym, indywidualnym).¹⁷³

W wymiarze regionalnym, organem strategicznym odpowiedzialnym za ustalaniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej jest omówiona we wcześniejszej części raportu Wojewódzka Rada do spraw Potrzeb Zdrowotnych. Rada ta funkcjonuje jednak w wymiarze strategicznym i w zakresie powierzonym na mocy zarządzenia Wojewody Zachodniopomorskiego nie ma pełnić funkcji doradczych (w tym np. opiniujących działania podejmowane przez poszczególne podmioty zaangażowane we wdrożenie polityki zdrowotnej) w wymiarze regionalnym.¹⁷⁴

Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 wskazują w odniesieniu do realizacji programów zdrowotnych, iż faza koncepcyjna procesu realizacji programów zdrowotnych oraz programów polityki zdrowotnej obejmować ma m.in. uzgodnienie zakresu i założeń merytorycznych programu z Komitetem Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia i wpisanie go do Planu działania w sektorze zdrowia. Założenia programu wraz z opinią Ministerstwa Zdrowia o zgodności założeń programu z Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, są przedkładane pod obrady Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI. Dopiero wówczas program zdrowotny lub program polityki zdrowotnej ma zostać opracowany i w celu uzyskania finansowania ze środków europejskich – wymagać będzie uzyskania pozytywnej lub warunkowej oceny AOTMiT, przy czym w przypadku uzyskania oceny warunkowej, uzyskanie dofinansowania ma być możliwe dopiero po spełnieniu wszystkich postawionych przez AOTMiT warunków.¹⁷⁵

Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 wskazują, iż eksperci uczestniczący w ocenie wniosków o dofinansowanie projektu oceniać mają zgodność działań podejmowanych w projekcie z właściwym Regionalnym Programem Zdrowotnym, stanowiącym element regulaminu konkursu.¹⁷⁶

Wśród respondentów, którzy wzięli udział w badaniach ankietowych przeważają głosy, że procedura wyboru wniosków powinna być celowa. Jedynie w grupie respondentów z JST liczba wskazań na procedurę konkursową jest zbliżona do liczby wskazań na celową. Podobnie w sektorze NGO: 28 z 36 badanych wskazuje na procedurę celową. Również respondenci z podmiotów leczniczych wskazują na procedurę celową (35,2%), a dopiero potem na konkursową (21,3%).

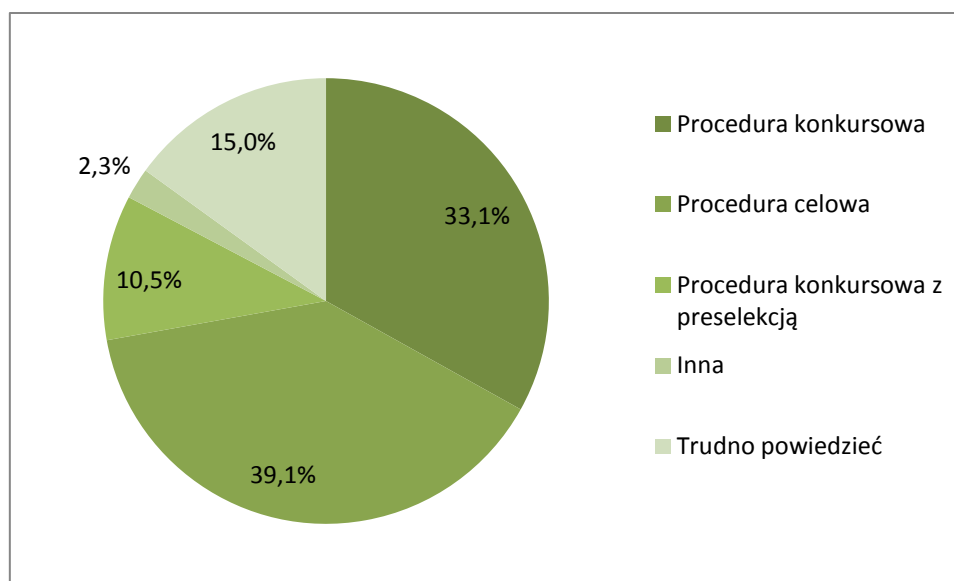
¹⁷³ Por. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

¹⁷⁴ [http://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/5638/\(20150826.120854\).zarzadzenie_wojewody_w_sprawie_powolania_rady.pdf](http://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/5638/(20150826.120854).zarzadzenie_wojewody_w_sprawie_powolania_rady.pdf)

¹⁷⁵ Por. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

¹⁷⁶ Por. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

Wykres 32. Jaka procedura powinna być Pana/i zdaniem zastosowana w przypadku wyboru projektów do dofinansowania?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST - CATI/CAWI – N=95

Uczestników badania ankietowego poproszono o podanie propozycji kryteriów, jakie powinny być zastosowane. Poniżej została przedstawiona tabela kryteriów, które pojawiały się najczęściej we wszystkich ankietowanych grupach. Wśród kryteriów formalnych najczęściej pojawiają się po prostu: kompletna dokumentacja, poprawny wniosek o dofinansowanie. Natomiast wśród kryteriów merytorycznych najczęściej pojawiają się zapisy, które powinny dokumentować, że projektodawca posiada:

- Odpowiednie doświadczenie – potwierdzające kwalifikacje beneficjenta w danej dziedzinie, w której będzie realizował wsparcie zdrowotne;
- Precyzyjne kryteria doboru/rekrutacji pacjentów – z uwzględnieniem ich potrzeb;
- Celowość projektu – diagnoza potwierdzająca, że dane wsparcie jest odpowiednie dla danej grupy odbiorców i zaspokaja jej największe potrzeby.

Tabela 25. Kryteria formalne i merytoryczne najczęściej wskazywane podczas badań ankietowych

Kryterium formalne	JST	ZOZ	NGO
Dobrze wypełnione wnioski, kompletna dokumentacja	8,3%	-	-
Dobrze określone kryteria doboru pacjentów/odbiorców wsparcia	7,6%	3,7%	19,4%
Odpowiednie doświadczenie, kwalifikacje beneficjenta	5,3%	18,5%	27,8%
Najbiedniejsze gminy powinny być objęte dofinansowaniem	2,3%	-	-
Celowości projektu (określona grupa i jej potrzeby)	12,0%	8,3%	13,9%
Doświadczenie beneficjenta, dobra znajomość przedmiotowa zagadnień zawartych w programie	9,8%	21,3%	5,6%
Stan zdrowia danej społeczności i dotychczasowe dofinansowanie takich programów zdrowotnych w danym obszarze/regionie	1,5%	9,3%	2,8%

Wielkość problemu zdrowotnego, odsetek ludzi z problemami	2,3%	8,3%	5,6%
Dobry biznes plan, innowacyjność	-	2,8%	-

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z JST/ZOZ/NGO - CATI/CAWI

Wypowiedzi respondentów wywiadów jakościowych, pokazują, że zakładany **tryb konkursowy** budził różnego typu wątpliwości badanych związane z jego skuteczną realizacją.

„To co EFS proponuje, czy też nowa alokacja ma ścisły związek, dlatego jest droga konkursowa, to wynika z tej ustawy. Chcę, żebyśmy wszyscy jednolicie pracowali, bo my pracujemy bardzo różnie w samorządach.” [IDI_JST_WOJ_1]

Jednym z najpoważniejszych zagrożeń wdrożenia systemu wyboru projektów w trybie konkursowym jest, zdaniem respondentów, **zagrożenie dużej ilości wniosków** przy jednoczesnej niskiej ich jakości.

„Jak oni sobie to rozpiszą, te konkursy wszystkie, jak ktoś usłyszy, że są tam pieniądze, to efekt końcowy będzie taki, że naprawdę przyjdzie tysiąc wniosków. Bo każdy, kto wpadnie na pomysł, wystarczy indywidualna praktyka lekarska, grupowa, mały ZOZ-ik niepubliczny, większy ZOZ-ik niepubliczny, tysiące lekarzy rodzinnych i potem, od maluchów do gigantów, to ja im współczuję, jak oni będą musieli to faktycznie obrabiać.” [IDI_JST_WOJ_1]

W związku z tym, ważne jest, zdaniem dużej części uczestników wywiadów, precyzyjne określenie kryteriów wyboru realizatorów takich programów w przypadku wdrożenia trybu konkursowego. Jednym z takich czynników, wielokrotnie podkreślanym przez respondentów, który powinien być uwzględniony w tym zakresie jest **gwarancja realizacji** założonych zadań. Respondenci podkreślali, iż może dojść do sytuacji, w której wiele podmiotów zdecyduje się na złożenie wniosków, ale tylko nieliczni z nich tak naprawdę będzie w stanie zapewnić odpowiedni potencjał pozwalający na zrealizowanie w pełni przyjętych zadań.

„Ciągle podkreślam rzetelność i ta gwarancję realizacji, bo wybór realizatorów może być przeogromny. Możemy, naprawdę wiele osób angażować do tego, tylko pytanie jest zawsze jakich osób, jakie podmioty, jakie instytucje. Jeżeli ja znam swoje gminy i powiaty od tej strony. poprzez monitorowanie, wiele rozmów z burmistrzami, wójtami. Pieniądz powinien być dystrybuowany do kogoś, kto jest gwarantem tego rzetelnego wykonania zadania. Oczywiście można pytać, czy ma pan doświadczenie, czy tam jest doświadczenie w zakresie realizacji projektów unijnych. Jak się przyłożą, to rozpiszą takie rzeczy, że w gruncie się okaże, że są wspaniałymi realizatorami. W praniu wychodzi co innego”. [IDI_JST_WOJ_1]

Respondenci wywiadów, w kontekście trybu konkursowego, bardzo mocno podkreślali potrzebę uściślenia kryteriów doboru realizatorów w zależności od typu projektów, z uwzględnieniem ich potencjału. Istotnymi czynnikami w tym zakresie, jest zdaniem respondentów, kwestia związana przede wszystkim z **potencjałem infrastrukturalnym i diagnostycznym** danego beneficjenta. Kolejnym czynnikiem, który powinien być, zdaniem respondentów uwzględniony w tym zakresie są również **zasoby kadrowe i posiadane doświadczenie** we wskazanym obszarze. Respondenci sugerowali też potrzebę dostosowania tych kryteriów do typu danego projektu.

„To zależy jakiego projektu miałoby to dotyczyć, jaki byłby zakres tego projektu. Bo myślę, że przy konkursowych i przy warunkach pewnych, kryteriach wyboru podmiotu realizującego też można uściślić realizatorów. Bo niektóre projekty na pewno będą wymagały bardzo

profesjonalnej bazy. Czyli musiałyby być to szpital, który posiada kadre do edukacji zdrowotnej i możliwości aparaturowe do diagnozowania wczesnego, tak to widzę. Ale prawdopodobnie, niektóre z tych projektów typu edukacja zdrowotna w jakimś zakresie, czy może nawet rehabilitacja mogły być realizowane przez inne podmioty”. [IDI_JST_WOJ_2]

Warto jednak zauważyć, iż dla niektórych grup beneficjentów, wymóg dotyczący wymagań w zakresie posiadanego potencjału kadrowego, dostępu do specjalistów, a także wymaganej infrastruktury i zaplecza umożliwiającego realizację założonych zadań będzie bardzo trudny do spełnienia. Respondenci wskazywali w tym względzie, m.in. na grupę, jaką stanowią jednostki samorządowe na poziomie gminnym, które niejednokrotnie dysponują bardzo małym zapleczem w tym zakresie. Czynniki ten, zdaniem respondentów, również powinien zostać uwzględniony w kontekście projektowania systemu wyboru projektów w tym obszarze.

„Wyobraźmy sobie, że nam zależy na specjalistach. Pojawia się specjalista i patrzy jaki rodzaj gabinetu, z wyposażeniem i tutaj też się można zastanowić czy my spełniamy te wymagania dotyczące możliwości wypełnienia tego obowiązku przez tych, których my potrzebujemy, bo póki co nie wiem jaki jest stan wyposażenia tego ośrodka, ale myślę, że tam dla specjalisty nic ciekawego takiego nie ma. Nie wiem, , żeby to nie było przesłanką na przykład, że dobrze wyposażony gabinet, więc macie w pierwszej kolejności, a jak my nic nie mamy, tu pustynia jest. Tak, albo specjaliści – to dostaniecie na usługi. A my specjalistów nie mamy.” [IDI_JST_GM_4]

Problem braku odpowiedniego zaplecza kadrowego, specjalistów, którzy byliby w stanie realizować dany program, sygnalizowali również w swoich wypowiedziach przedstawiciele jednostek ochrony zdrowia działający na terenie województwa zachodniopomorskiego.

„Jeżeli nie mamy nadmiaru lekarzy, bo nas na to nie stać, a z drugiej strony ich nie ma, to jeżeli coś chcemy działać na dużą skalę, to właściwie trzeba by znaleźć nowych lekarzy do różnej skali jakiegoś przedsięwzięcia. No, to skąd ich wziąć, skoro ich brakuje na co dzień? Zawsze można taką dać kwotę, że się ich, po prostu przekupi, że przyjadą z Warszawy, tylko jakie to będą kwoty i gdzie jest racjonalizm tego? Nie ma racjonalności, ale możemy sobie wymyślić. Możemy wymyślić, że będzie program, nie wiem geriatryczny i zapłacimy miesięcznie po 100 tysięcy złotych i przyjadą lekarze z Dolnego Śląska.” [IDI_ZOZ_5]

Dość kontrowersyjnym kryterium okazała się również kwestia związana z **kryterium liczebności** osób objętych wsparciem. Ważne jest zdaniem respondentów, odniesienie tej kwestii do skali regionu, rozważenie jej z uwzględnieniem szerszego kontekstu uwarunkowań demograficznych danego obszaru, ponieważ automatyczne traktowanie tej kategorii, może, zdaniem respondentów, w dużym stopniu utrudniać wybór projektów i powodować, iż część beneficjentów straci szansę na otrzymanie wsparcia w tym zakresie.

„My jesteśmy małą miejscowością, więc na przykład jak byśmy chcieli napisać na te dane szczepionki i byśmy wykazali 150 dziewczyn, to na pewno my nie jesteśmy super atrakcyjnym wnioskiem. Więc kryteria tej takiej skali, my automatycznie byśmy odpadali”. [IDI_JST_GM_4]

„U nas, wykazać w diagnozie, że mamy taką potrzebę i to tak naprawdę te 150 będzie 100%. Czyli dużo. Nie wiem jak to powiedzieć. Nie liczebność jakaś taka w stricte osób, tylko liczebność osób w stosunku do danej społeczności, żeby to tak wyglądało”. [IDI_JST_GM_4]

W wywiadach ujawniła się również istotna kwestia związana z tym, jak **projekty powinny być traktowane w ujęciu terytorialnym**. Kluczową kwestią było tutaj zagadnienie, na jakie regiony system wyboru projektów powinien w szczególności być ukierunkowany. W tym aspekcie respondenci przyznawali, iż mniejsze miejscowości, gminy niejednokrotnie zmagają się z problemem braku wystarczającego poziomu dostępności do usług. Jednak wskazanie regionów, które powinny być premiiowane jest, zdaniem respondentów, dosyć problematyczne.

„Trudno powiedzieć, na jaki algorytm powinniśmy postawić w sensie obliczenia tego, w które miejsce ta dotacja powinna być bardziej kierowana, czy jakieś kryterium doboru tego powinno być. Ja jestem zdania, że jeżeli są pieniądze to powinniśmy przede wszystkim wiedzieć, czy i w jaki sposób jesteśmy w stanie je wykorzystać właśnie, żeby ludziom żyło się lepiej i podnosić jakość życia przede wszystkim. To jest najważniejsze”. [IDI_NGO_ZD_1]

Respondenci przyznawali niejednokrotnie, iż trudno w tym kontekście wskazać jednoznaczne rozwiązanie. W jednej kwestii respondenci w większości byli jednak zgodni, iż w małym miejscowościach/gminach **dostęp** do tego typu możliwości jest znacznie utrudniony.

„Nikt nie znajdzie złotego środka, bo z naszego punktu widzenia, jesteśmy dużym ośrodkiem, powinniśmy duże mieć pogromy. Ale trzeba też patrzeć na to, że w małych miejscowościach, w małych miasteczkach, to oni się w życiu nie dostaną. Bo patrzą ekonomicznie, że musi kupić bilet, dojechać do dużego miasta, do Szczecina, no część nawet niech przyjedzie z Białogardu, ale ze Świdwina, z Recza, z Reska. To są takie przykłady. Jak on ma dojeżdżać do realizacji programu, no to machnie ręką. No, więc muszą być proporcjonalnie dzielone te programy, bo to można przewidzieć na daną populację programujemy na tyle i tyle, ale jeszcze tam powiedzmy sobie filialnie, czy inaczej tam nazywając, na mniejsze ośrodki, bo nie przyjadą. [IDI_ZOZ_2]

Respondenci wskazywali również na jeszcze jeden aspekt, który jest istotny w tym kontekście, a mianowicie **czas trwania projektu**. Zdaniem niektórych badanych ważne jest, aby projekty wybrane do realizacji były projektami długoterminowymi. Sugerowany przez respondentów wymiar czasowy to minimum 3 lata.

„Jednoroczne to jest za krótko. To jest katastrofa żeby powodować, że w ciągu jednego roku należy coś zainicjować, przeprowadzić i jeszcze ewaluować. Tego się nie da. Ja myślę, że takie programy powinny być minimum trzyletnie. Trzyletnie, nawet nie dwuletnie, 36 miesięcy to jest na dobrą realizację programu. Można wtedy sprawdzić czy ta instytucja naprawdę jakby przeprowadziła to w takie w taki, a nie inny sposób, trzy lata”. [IDI_NGO_ZD_1]

Innym aspektem poruszonym przez respondentów w wywiadach jakościowych, była kwestia właściwej **oceny efektów** takich projektów. Respondenci zwracali uwagę w tym aspekcie również na problem trwałości efektów wybranych projektów, jako istotny czynnik, który powinien być uwzględniany w procesie wyboru i oceny wniosków.

„Wiadomo, że nie każdego pacjenta da się wyleczyć. Natomiast jeśli efektem będzie powstanie jakiejś filii bądź też punktu, który będzie raz na tydzień działał, czy raz na dwa tygodnie i ta dostępność do usług zostanie zachowana, to dla mnie jest efekt. Bo zrobienie programu, który będzie przez pół roku czy rok działał, a później, że tak powiem się zawinie i wróci do Szczecina, to tak naprawdę nie ma efektu programu. Natomiast myślę, że jak dla

mnie efektem byłaby dostępność dalsza do tego typu usług, do faktycznie przebadanych osób, do faktycznie przebadanych dzieci w takim programie”. [IDI_ZOZ_3]

W wypowiedziach respondentów pojawiała się również kwestia związana z tym, iż w przypadku niektórych grup beneficjentów, procedura konkursowa może okazać się zbyt skomplikowana i wiązać się może z licznymi trudnościami natury technicznej. Wynikać to może, zdaniem respondentów, z niewielkiej palety doświadczeń w aplikowaniu o wsparcie unijne. Zdaniem badanych, może to prowadzić do sytuacji, w której składane wnioski będą zawierały znaczną ilość błędów, co uniemożliwi im pozytywne przejście już pierwszego etapu oceny – tj. oceny formalnej.

„My już ze środków europejskich również w ochronie zdrowia korzystaliśmy, więc wiemy z czym to się wiąże i sobie z tym radzimy. W mniejszych miejscowościach, no różnie to może być, bo mogą nie mieć ludzi, którzy będą w stanie się tym zająć, którzy będą w stanie napisać odpowiednią ofertę na konkurs i tak dalej. Wszystko też będzie zależało od tego jaka będzie skomplikowalność postępowania, no głównie tego konkursowego, jaka ilość dokumentów, jakie to mają być dokumenty, jak wygląda później rozliczenie. Projekty, przynajmniej te z ostatniej perspektywy finansowej, projekty unijne charakteryzowały się jednak dosyć dużą skomplikowalnością dokumentacji”. [IDI_JST_POW_1]

W niektórych wypowiedziach respondentów wywiadów jakościowych uwidaczniała się wyraźna sugestia, iż być może w odniesieniu do niektórych typów projektów, bardziej uzasadnione byłoby przyjęcie **trybu wyboru pozakonkursowego**, jako bezpieczniejszego i gwarantującego w większym stopniu zrealizowanie celów programu. Przedstawiciele jednostek samorządowych, wskazywali, iż tego typu podejście może być znacznym ułatwieniem.

„Wydaje mi się, że pomimo wszystko, systemówka jest łatwiejsza dlatego, że nikt mi nie odrzuci wniosku, bo będę mogła go 15 razy poprawiać, bo instytucja będzie mi go zwracała. A ja będę musiała aha, w tym temacie, w tym temacie, w tym temacie, aż w końcu dobrze zrobię i pójdzie, no nie. Oczywiście możemy sobie w systemie zrobić różne pomysły. Ale wydaje mi się, że [system] konkursowy jest bardziej taki no, dla bardziej ambitnych”. [IDI_JST_POW_5]

Warto jednak zwrócić uwagę, iż niektórzy respondenci dostrzegali dość znaczne bariery w przyjęciu tego typu rozwiązania. Należy do nich m.in. kwestia związana z **brakiem kompleksowych analiz** w tym zakresie. Respondenci podkreślali, iż tego typu podejście wymaga bardzo dobrego przygotowania i wiedzy o potencjale regionu.

„Żeby zrobić systemowe podejście, to trzeba by było być bardzo dobrze przygotowanym, do tego, żeby cały region ubrać w tak zwaną mapę potrzeb. To jest wyjście jakieś, bo to można zrobić, tylko należałoby dokonać takiej szczegółowej analizy, czym my dysponujemy, jako zasoby w regionie. Takie badania chyba nie są w ogóle przeprowadzone, jeśli chodzi szczególnie o ochronę zdrowia. Czym my dysponujemy,, jaką mamy infrastrukturę, zarówno budowlaną, jak i ludzką, bo to zaplecze ludzkie jest niezmiernie ważne, ilu fizjoterapeutów jest, ale do tego potrzebna jest rzesza osób, które taką analizę przeprowadzą. Wtedy nam powstanie mapa potrzeb regionu i wtedy możemy jakby obliczyć pewne kryteria, czy zobaczyć, czy wskaźniki jakieś sobie tutaj przyjąć, co do tego, gdzie można te kryteria włożyć w taki sposób, żebyśmy no nie wylewali dzieci z kąpielą od razu”. [IDI_NGO_ZD_1]

Niewątpliwie warto jednak podkreślić, iż w wypowiedziach respondentów niejednokrotnie pojawiały się spostrzeżenia dotyczące wagi **premiowania projektów przygotowywanych w partnerstwie**. Respondenci podkreślali, jak istotne jest partnerstwo w osiągnięciu założonych celów programu i współpraca między poszczególnymi podmiotami w zakresie realizacji założonych działań.

„Dobrze, by było, żeby te mniejsze ośrodki na tyle ze sobą współpracowały, żeby te środki się nie rozdrabniały na to, że wiadomo, każdy ma swoje potrzeby i każdy chce mieć to w swojej miejscowości, a jednak w programie nie ma, aż tylu środków. Żeby to jakoś obszarowo było powiązane i żeby te obszary były ze sobą jakoś dogadane i aplikowały o te środki”. [IDI_IZRPO_1]

„Jeżeli chodzi o tryb wyboru projektów, ale jednak należałoby w jakimś sensie troszeczkę reglamentować. Lepiej chyba zrobić coś porządnego, gdzie oddziaływanie byłoby w obszarze 3 gmin, niż żeby każda z 3 gmin robiła coś na pół gwizdka”. [IDI_IZRPO_1]

„Moje osobiste zdanie jest takie, że, w zależności też od tej specyfiki programu, ale jeżeli będą to ważniejsze jednostki chorobowe, no to uważam, że powinien być jeden operator, który dopuszcza partnerstwa z wieloma na przykład POZ-ami, lub innymi jednostkami, które mogą wdrażać tę profilaktykę”. [IDI_IZRPO_2]

„Ewidentnie widać, że jeżeli byśmy mieli powiedzmy siedmiu operatorów programu profilaktycznego raka piersi, no to w ramach swojego projektu nie są w stanie zakupić tego mammobusa, bo to byłby duży koszt jakby na tle, całego kosztorysu, projektu, więc lepiej by było, żeby realizował to jeden operator, który jest w stanie wydajnie zagospodarować ten środek trwały. W ramach, w partnerstwie na przykład z innymi podmiotami”. [IDI_IZRPO_2]

Badanie FGI przeprowadzone z respondentami pokazuje, iż jeżeli chodzi o system wyboru i ocen projektów do dofinansowania, to zarówno potencjalni beneficjenci jak i przedstawiciele JST wskazują na procedurę konkursową. Oczywiście jeżeli chodzi o tryb konkursowy to musiałby on mieć szczegółowo określone kryteria, jakie należy spełnić. Jednak tryb ten jest według części respondentów obciążony również pewnymi ograniczeniami w szczególności dla małych gmin, które uważają, że mają w takiej procedurze mniejsze szanse, niż większe aglomeracje. Część z respondentów uważała też, że należałoby uprościć tę procedurę od strony formalnej i przy składaniu dokumentów ograniczyć się tylko do składania fiszek i przeprowadzenia preselekcji na tej podstawie.

„O2: Jeżeli konkursowo, to kryteria by musiały być tak szczegółowo określone, do ostatniego przecinka dosłownie.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_II]

„O6: Jeżeli jest forma konkursowa, a niejednokrotnie aplikowałam o środki konkursowe, no to wygrywają tylko duże aglomeracje. Małe gminy w ogóle nie mają szans. Napiżemy się, narobimy się, bo wiadomo, że robimy to same, przygotowujemy.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

„O1: \ Jeżeli nie ma podziału pieniędzy przeznaczonych na daną gminę, to jest ciężko się przebić z takim miastem jak Koszalin na przykład, czy z większymi jeszcze aglomeracjami. To dotyczy każdego konkursu.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

Według respondentów projekty powinny spełniać określone kryteria, które powinny być uwzględnione w procesie wyboru i oceny projektów do dofinansowania. Przede wszystkim chodzi tutaj o posiadanie **odpowiedniego doświadczenia** umożliwiającego realizację takich projektów oraz posiadanie odpowiedniego potencjału, który gwarantowałby prawidłową realizację takich działań.

„O4: Oczywiście kryteria, to doświadczenie, potencjał i tutaj, bym się zastanowił nad ograniczeniem podwykonawców składanych we wniosku, bo nie chciałbym, żeby przechodziły projekty, gdzie jak to się mówi delikatnie firma teczka, a inni się narobią i nie dostaną. Ten bierze gify, czyli bierze kasę, a płaci grosze rzeczywistemu realizatorowi. To nie jest do końca dobre. To niestety funkcjonowało w naszym województwie, właśnie w Europejskim Funduszu EFS-ie, że zjeżdżały firmy z kraju, wygrywały konkursy w WUP-ie.”
[FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

Wśród pomysłów potencjalnych beneficjentów dotyczących kryteriów, jakie powinny spełniać projekty znalazły się również wskazania dotyczące **preferowania obszarów o dużym bezrobociu (rejonów o dużym zaniedbaniu „społecznym”), czy też znaczącego występowania problemów wśród grup docelowych na danym terenie.**

„O5: Jakież preferencje dla rejonów szczególnie zaniedbanych.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_II]

„O1: Bezrobocie.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_II]

„O6: No przede wszystkim, to co występuje, grupa celowa.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_II]

Przedstawiciele JST jako dodatkowe kryteria wskazali realizację projektów w partnerstwie z innymi podmiotami. Celem wprowadzenia dodatkowej punktacji za spełnienie tego kryterium miałyby być zachęcenie projektodawcy do podejmowania współpracy z jednostkami mieszczącymi się w małych gminach, aby również do nich docierało to wsparcie z uwagi na to, że gminy często nie mają możliwości realizowania własnych projektów ponieważ mimo składania wniosków nie przechodzą one do realizacji. W opinii JST kluczową rolę również odgrywa doświadczenie i potencjał wnioskodawcy, który można uznawać za gwarancje prawidłowej realizacji projektu.

„O1: Co innego gdyby miasto Koszalin chciało wystąpić z takim programem do reszty gmin i na zasadzie, że robimy to razem. Wtedy oczywiście mamy szansę. Pytanie czy byłyby zainteresowane pozyskaniem środków z innymi gminami. Punkty oczywiście za partnerstwo jakieś tam na pewno są.” FGI_Koszalin_JST_GM]

„O5: Na przykład jeżeli ktoś jest dużym ośrodkiem, to dać kryterium, że musi to się odbyć na przykład na zasadzie współpracy, partnerstwa.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

„O7: Albo ileś tam procent usług wykonanych na terenie gminy wiejskiej.”
[FGI_Koszalin_JST_GM]

Lekarze również byli zdania, że kluczowe jest to, aby potencjalny realizator projektu posiadał odpowiednie doświadczenie, umiejętności oraz potencjał, który umożliwiłby mu realizację projektu.

„O3: Kryterium na przykład, dwa lata na rynku medycznym co najmniej. Czyli to jest jakiś egzamin z życia.” [FGI_Szczecin_lekarze]

„O3: (...) jeżeli to są jakby jednostki budżetowe, no to na przykład dwuletnim kontraktem z NFZ.” [FGI_Szczecin_lekarze]

„O1: Czyli generalnie, lepiej żeby to były działające podmioty, że to na przykład musi być kilkuletnie doświadczenie w pracy z danym problemem.” [FGI_Szczecin_lekarze]

Lekarze podczas wywiadów zwrócili uwagę na jeszcze jedną ważną kwestię. Projekty oprócz tego, że powinny być faktycznie przydatne i odpowiadać na potrzeby występujące w społeczeństwie to również powinny spełniać warunek trwałości i ciągłości. Dlatego ważne by było, aby

projekty/działania realizować w sposób ciągły najlepiej w perspektywie rocznej lub, jeżeli byłoby to możliwe, wieloletniej tak, aby zagwarantować kompleksowość tych działań.

„O3: Programy startują około października i kończą się z początkiem roku. I wtedy gdy naprawdę grupa osób zaczyna już w tym funkcjonować, to mamy lukę. Więc jakby możliwość ciągłości funkcjonowania programu na przykład całorocznie. (...) I w związku z tym, tutaj gdyby można było postulować o całoroczność, czy ciągłość, powtarzalność. Wieloletność. Wtedy to po prostu nabiera kompletnie innego wymiaru.” [FGI_Szczecin_lekarze]

„O1: Perspektywa na przyszłość też. Czy on w ogóle, po tym czasie wspierania przez Unię [środki EFS] , czy może uzyskać wsparcie z jakiejś instytucji, albo nawet z instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Czy wtedy to będzie funkcjonowało.” [FGI_Szczecin_lekarze]

2.19 System wyboru ekspertów (w tym przejrzysty systemu naboru kandydatów na ekspertów) jaki będzie najskuteczniejszy, tj. zapewnił będzie sprawne funkcjonowanie systemu oceny i wyboru projektów, który to zagwarantuje wsparcie najbardziej pożądanym projektów w obszarze zdrowia, które funkcjonować będą w ramach RPO WZ na lata 2014-2020

Ustawa o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w treści Art. 49. wskazuje, iż właściwa instytucja określa rolę eksperta w wyborze projektów do dofinansowania oraz wyznacza go spośród kandydatów na ekspertów. Uwzględnienie w gronie kandydatów warunkowane jest, w myśl przedmiotowej ustawy, spełnieniem przez daną osobę następujących warunków:

- korzystanie z pełni praw publicznych;
- posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych;
- nie bycie skazanym prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne lub za umyślne przestępstwo skarbowe;
- posiadanie wiedzy, umiejętności, doświadczenia lub wymaganych uprawnień w dziedzinie objętej programem operacyjnym, w ramach której jest dokonywany wybór projektu;
- posiadanie wiedzy w zakresie celów i sposobu realizacji danego programu operacyjnego.

Zgodnie z treścią Ustawy, właściwa instytucja zobowiązana jest prowadzić wykaz kandydatów na ekspertów i zamieszczać go na stronie internetowej.¹⁷⁷

Sposób wyboru ekspertów zaangażowanych w wybór umów o świadczenie opieki zdrowotnej w ramach konkursów ogłaszanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i w zakresie środków będących w dyspozycji Funduszu, regulowany jest zapisami o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Członkowie komisji powoływani są przez Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Zgodnie z ust. 5 Art. 139 przedmiotowej ustawy, członkiem komisji nie może być osoba, która:

- jest świadczeniodawcą ubiegającym się o zawarcie umowy;

¹⁷⁷ Por. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 [Dz.U. 2014, poz. 1146]

- pozostaje ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej lub w linii bocznej do drugiego stopnia;
- jest związana, z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkiem organów osób prawnych biorących udział w postępowaniu;
- pozostaje ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje ich małżonek lub osoba, z którą pozostają we wspólnym pożyciu.

Poza wskazanymi zapisami Ustawa nie precyzuje kwalifikacji, czy innych wymogów formalnych, które powinni spełniać członkowie komisji.¹⁷⁸

Narzędziem koordynacji działań określonych w ramach Por. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, ma być zapewnienie możliwości udziału ekspertów w obszarze zdrowia w ocenie projektów dotyczących tego obszaru. Celem uczestnictwa ekspertów w weryfikacji projektów ma być rzetelna i bezstronna ocena wniosków o dofinansowanie przez osoby legitymujące się specjalistyczną wiedzą lub umiejętnościami z poszczególnych dziedzin objętych danym programem operacyjnym. Bazę ekspertów w obszarze zdrowia prowadzona ma być w dwóch obszarach: profilaktyka i infrastruktura, przy czym ekspertem można być w jednym lub w obu obszarach. Szczególną rolę ekspertów ma być ocena celowości podejmowania działań na rzecz zabezpieczenia świadczeń w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Baza ekspertów prowadzona ma być przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, natomiast wybór ekspertów powierzony jest Ministerstwu Zdrowia.¹⁷⁹

2.20 Grupy docelowe jakie powinny być w szczególności objęte wsparciem biorąc pod uwagę cele programu

Planowane wytyczne wskazują, iż Regionalne Programy Zdrowotne dotyczące chorób będących istotnym problemem dla regionu. Regionalne Programy Zdrowotne z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy, ukierunkowane powinny być na grupy docelowe najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskich powrotowi na rynek pracy w wyniku udzielanych w RPZ świadczeń zdrowotnych/świadczeń rehabilitacyjnych.¹⁸⁰

Programy z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami w ramach RPO zgodnie z planowanymi wytycznymi powinny koncentrować się na:

- wczesnym wykrywaniu w szczególności nabytych wad rozwojowych;
- leczeniu i rehabilitacji wad rozwojowych;

¹⁷⁸ Por. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późniejszymi zmianami – tekst ujednolicony opublikowany w: Dz.U. 2015 poz. 581

¹⁷⁹ Por. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

¹⁸⁰ Por. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

- edukacji skierowanej do dzieci, ich opiekunów oraz kadry medycznej POZ.¹⁸¹

Przy określaniu priorytetów wyboru programów profilaktyki raka piersi/raka szyjki macicy, zgodnie z projektowanymi wytycznymi preferowane powinny być projekty, które m.in:

- koncentrują się na dotarciu do kobiet, które na podstawie danych Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyk nigdy nie wykonywały badań profilaktycznych w kierunku wykrycia raka piersi / raka szyjki macicy, a które kwalifikują się do udziału w programie.
- koncentrują działania na osobach zamieszkałych w miejscowościach poniżej 20 000 mieszkańców, w tym w szczególności na obszarach wiejskich;
- koncentrują działania w powiatach lub gminach o szczególnie niskim poziomie zgłaszalności na badania mammograficzne/cytologiczne, tj. o poziomie zgłaszalności poniżej 30%;¹⁸²

Przy określaniu priorytetów wyboru programów profilaktyki raka jelita grubego, zgodnie z projektowanymi wytycznymi preferowane powinny być projekty które zakładają włączenie badań kolonoskopowych do pakietu badań dodatkowych wykonywanych podczas okresowych badań pracowniczych.¹⁸³

Przedstawiciele JST wskazują w ankietach, że wsparcie w ramach EFS powinno być dedykowane przede wszystkim: dzieciom i osobom starszym (14,3%), osobom 65+ (9,0%) a w szczególności podkreślają, że nie powinno zawężać się grupy docelowej – należy wspierać wszystkich, bez względu na wiek, czy płeć – 22,6% wskazań. W przypadku sektora NGO opinie są podobne: przede wszystkim wsparcie powinno się dedykować niepełnosprawnym, a także dzieciom, osobom 50+. Podobne wyniki pojawiają się w grupie respondentów z POZ, przede wszystkim osoby 50+ (18,5%), dzieci (9,3%) oraz dla każdego, w zależności od jego potrzeb (25,9%).

Na podstawie badań IDI oraz FGI można stwierdzić, iż wszystkie 3 grupy respondentów były zgodne, jeżeli chodzi o wskazanie grup docelowych, które powinny być w szczególności objęte wsparciem biorąc pod uwagę cele programu. Podczas wywiadów zostały wskazane **dwie główne grupy, tj. osoby młode i dzieci oraz osoby starsze**. Respondenci w przypadku grupy osób młodych kierowali się tym, aby już od najmłodszych lat prowadzić działania profilaktyczne wśród młodzieży. Dodatkowym efektem, jaki można byłoby osiągnąć poprzez prowadzenia działań właśnie w tej grupie społeczeństwa jest to, że dzieci częściowo przeniosłyby nawyki wypracowane np. w szkole czy też zdobyte informacje do swoich domów i tym wpłynąć również na rodziców. W przypadku osób starszych respondenci zauważyli, że jest to sfera, które jest mocno niedoinwestowana, o którą w przypadku zjawiska starzenia się społeczeństwa trzeba szczególnie zadbać prowadząc działania rehabilitacyjne, diagnostyczne oraz opiekuńcze.

„O3: Tak, jak mówiliśmy do najmłodszych, przede wszystkim.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]

„O6: Geriatria.” [FGI_Szczecin_Beneficjenci_II]

„O3: Ja myślę, przede wszystkim ludzie starsi. Niepełnosprawność.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

¹⁸¹ Por. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

¹⁸² Por. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

¹⁸³ Por. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 [projekt]

*„O1: Jednak ja bym była za młodzieżą i to taką gimnazjalną, ale z pracującymi.”
[FGI_Szczecin_lekarze]*

*„O1: Tak. Że to będzie funkcjonowało u osób starszych. I wbrew pozorom, właśnie ta edukowana i zresocjalizowana młodzież, wspomogą osoby starsze. Stąd... jeżeli ma się ograniczone środki, to chyba jednak można ograniczyć ich wydatkowanie do tych grup.”
[FGI_Szczecin_lekarze]*

Powyższe wskazania są też potwierdzone przez lekarzy specjalistów. Według nich **dzieci i młodzież oraz osoby starsze (szczególnie 50+) to priorytetowi odbiorcy** wsparcia zarówno w kontekście celów WZ RPO jak i stanu demograficzno-epidemiologicznego województwa, a także kraju.

2.21 Działania planowane w ramach interwencji EFS, które charakteryzują się największym potencjałem do realizacji założonych celów

W zasadzie każda z trzech grup badanych zarówno przedstawiciele JST, potencjalni beneficjenci oraz lekarze wskazywali w badaniu na to, że szczególnie ważne – pod kątem realizacji celów WZ RPO - są działania profilaktyczne prowadzone w sposób ciągły oraz zapewnienie dostępu do usług rehabilitacyjnych. Zarówno wśród najmłodszych osób, poprzez edukację już w wieku dziecięcym, jak i działania profilaktyczne wśród osób starszych związane np. z chorobami nowotworowymi. Przedstawiciele JST wskazywali ponadto na działania prowadzone wśród osób niepełnosprawnych.

*„O4: Edukacja pierwotna. Dlaczego o tym mówię? Bo mi się przypomniał od razu taki wzór. Niestety, mądrzy w piśmie powiedzieli, że działalność naprawcza, czyli cała medycyna, to jest raptem 20% skuteczności, jeżeli chodzi o utrzymanie dobrostanu zdrowotnego. 60% to jest edukacja i profilaktyka, czyli w 60% sami odpowiadamy personalnie za nasze zdrowie.”
[FGI_Szczecin_Beneficjenci_I]*

„O3: Tak jak pokazuje życie, najbardziej zagrożonymi obecnie miejscami, to jest profilaktyka raka, która niestety powinna być bardzo mocno dofinansowywana i nie na zasadzie, pani jest w czwartym stadium i już nie mamy dalszej możliwości leczenia, bo się okazuje, że są inne środki, ale Narodowy Fundusz Zdrowia ich nie refunduje, a one kosztują bardzo dużo. No oczywiście kwestie dotyczące niepełnosprawności i osób starszych.” [FGI_Koszalin_JST_GM]

Oba wskazane obszary wsparcia w największym stopniu oddziałują na aktywność zawodową oraz społeczną odbiorców wsparcia. Poza tym ich prognozowana trwałość jest względnie długa, satysfakcjonująca.

„O1: Samo w ogóle takie sformułowanie, program profilaktyczny, narzuca nam od razu myśl o tym, że będzie to bardziej idea i myśl, ale nie coś trwałego. Tutaj ten program profilaktyczny jest jakby trwałym tworzeniem pewnych zachowań. Od razu sobie pomyślałam, że tworzenie nawyków u nauczycieli, które będą robili na przykład w każdym roku w danej klasie. I na zasadzie trochę takiej idei.” [FGI_Szczecin_lekarze]

2.22 Potencjalny koszt realizacji poszczególnych typów operacji

Zgodnie z zapisami SOOP alokacja Działania 6.8 wynosi 7 000 000 EUR, zaś Działania 7.7 wynosi 7 700 000 EUR¹⁸⁴.

Pewnym odniesieniem zakresu dostępnych w ramach RPO WZ 2014-2020 środków EFS na finansowanie interwencji w obszarze zdrowia mogą być pule środków przeznaczane w ramach realizowanych w skali kraju programów profilaktycznych i zdrowotnych. Tabela 26 prezentuje zestawienie wybranych programów planowanych do realizacji w ramach budżetu państwa w latach 2014-2020 wg informacji zawartych w dokumencie Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020.

Tabela 26. Zestawienie wybranych programów wieloletnich i programów zdrowotnych planowanych do realizacji w ramach budżetu państwa w latach 2014–2020, wraz z przewidywanymi środkami na ich sfinansowanie (na podstawie Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	OGÓŁEM
	W TYSIĄCACH ZŁOTYCH							
Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych	250000	250000						500000
Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej	45000	45000	45000	45000	45000	45000	45000	315000
Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce	232787	213611	221729					668127
Narodowy program leczenia hemofilii i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2012-2018	125000	271489	295506	318516	343536			1354047
Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych	13000							13000
Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego	15391	15929	16487					47807
Program psychiatrycznej opieki zdrowotnej	2137	2188	2241					6566
Program badań przesiewowych noworodków w Polsce	22601							22601
Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków	1400	1434	1468	1503				5805
Narodowy program ochrony antybiotyków w Polsce	1600	1600						3200
Program monitorowania stanu zdrowia ustnej populacji polskiej	200	200						400

¹⁸⁴ Por. Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, wersja 2.0 – 29 września 2015 r.

Narodowy program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym, w tym:	3683	398	413					4494
Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej	1621							1621
Narodowy program profilaktyki i edukacji diabetologicznej	1678							1678
Program eliminacji niedoboru jodu w Polsce	384	398	413					1195
Program wczesnej diagnostyki obrazowej nowotworów u dzieci w latach 2012-2016	1000	1000	1000					3000
Krajowy program zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc przez tworzenia pododdziałów nieinwazyjnej wentylacji (PWN)	5000							5000
Program zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016	80000	80000	80000					240000

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie: Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, marzec 2014

Zgromadzone przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego dane na temat realizowanych w roku 2014 programów zdrowotnych. Pozwalają one w pewnej mierze odnieść zabudżetowane w ramach RPO 2014-2020 środki do kwot przeznaczanych przez poszczególne samorzady na realizację programów zdrowotnych. Zgromadzone dane z uwagi na swoją niepełną charakterystykę w ograniczonym zakresie pozwalają na pełne opisanie wartości budżetów jednostek samorządu terytorialnego zaangażowanych w realizację programów profilaktyki zdrowotnej. Dostępne dane finansowe dotyczą jedynie połowy (50,7%) zrealizowanych programów. Zadeklarowana wartość środków samorządowych zaangażowanych w realizację programów profilaktyki zdrowotnej w roku 2014 wyniosła 8612211,36 zł i stanowiła ok 60,7% ogólnej wartości zrealizowanych działań¹⁸⁵. Mediana wartości środków finansowych z budżetu jednostki samorządu terytorialnego zaangażowanych w realizację 298 programów profilaktyki zdrowotnej, co do których zadeklarowano wkład finansowy w roku 2014 wynosiła 5000 zł. Największa zadeklarowana pula środków przeznaczonych na realizację jednego programu stanowiła wartość 1 117 560 zł.¹⁸⁶

¹⁸⁵ Wnioski te z uwagi na niepełny charakter zgromadzonych w zestawieniu danych traktować należy szacunkowo.

¹⁸⁶ Por. „Informacja o planowanych programach zdrowotnych: programy realizowane w roku 2014” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

2.23 System wdrażania projektów w obszarze zdrowia, który zapewni realizację celów programu

Istniejące badania zwracają uwagę na fakt, iż realizowane programy zdrowotne i profilaktyczne powinny zostać zaplanowane jako narzędzie o wystarczająco długim okresie trwania, przede wszystkim ze względu na potrzebę oddziaływania na świadomość i postawy społeczeństwa.¹⁸⁷

Przy wyborze projektów z obszaru ochrony zdrowia należy również zwrócić uwagę na podejście projektodawców do niwelowania istniejących barier fizycznych i administracyjnych, które utrudnić, lub uniemożliwić mogą uczestnictwo w programie. Bliskość miejsca przeprowadzenia badania dla uczestników programu może mieć kluczowe znaczenie dla skuteczności zaplanowanych działań. Programy powinny zawierać tym samym nie tylko moduł badań profilaktycznych, ale także zakładać środki dotarcia do szerokiego grona odbiorców programu, wydatki związane z uczestnictwem (np. zwrot kosztów dojazdu) oraz inne niezbędne koszty, w tym także związane z poszerzaniem sieci punktów, w których przeprowadzane mogą być diagnozy.¹⁸⁸

Jednym z elementów decydujących o skuteczności programu jest właściwa diagnoza. Istniejące opracowania zwracają uwagę na fakt, iż o jej precyzyjności i użyteczności dla programu decyduje bazowanie na danych powiązanych z kategoryzacją rejestru usług medycznych i jednostek chorobowych.¹⁸⁹

Zgodnie z założeniami Programu, wybór projektów do realizacji będzie opierał się na kryteriach zaakceptowanych przez Komitet Monitorujący.

Kierunkowe zasady wyboru projektów w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się zakładają, iż główne kryteria wyboru będą odnosić się do kwestii polityk horyzontalnych. Każdorazowo decyzja o dofinansowaniu realizacji programu zdrowotnego będzie poprzedzana analizą epidemiologiczną terytorium i grup docelowych z uwzględnieniem odpowiednich dla danego programu elementów: skali zapadalności, czynników wykluczających z rynku pracy, wieku, płci oraz profilu zawodowego osób planowanych do objęcia programem zdrowotnym. W szczególności programy zdrowotne powinny być ukierunkowane na grupy docelowe najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskich powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych.

Premiowane mają być działania mające na celu utrzymanie aktywności zawodowej lub powrót do pracy po przerwie związanej z problemami zdrowotnymi. Przedsięwzięcia powinny obejmować wdrożenie programów zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej ułatwiających powroty do pracy. Powinny również uwzględniać populacyjne programy profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego, piersi i szyjki macicy oraz programy dotyczące chorób

¹⁸⁷ Por. Raport końcowy badania ewaluacyjnego, Ocena potrzeb województwa lubelskiego w zakresie realizacji projektów dotyczących profilaktyki w zakresie chorób cywilizacyjnych i zawodowych, WYG PSDB Sp. z o. o., 2014

¹⁸⁸ Por. Raport końcowy badania ewaluacyjnego, Ocena potrzeb województwa lubelskiego w zakresie realizacji projektów dotyczących profilaktyki w zakresie chorób cywilizacyjnych i zawodowych, WYG PSDB Sp. z o. o., 2014

¹⁸⁹ Por. Raport końcowy badania ewaluacyjnego, Ocena potrzeb województwa lubelskiego w zakresie realizacji projektów dotyczących profilaktyki w zakresie chorób cywilizacyjnych i zawodowych, WYG PSDB Sp. z o. o., 2014

będących istotnym problemem zdrowotnym regionu, takie jak m.in.: przeciwdziałanie chorobom psychicznym, zapobieganie chorobom układu krążenia w następstwie cukrzycy i otyłości oraz profilaktyka chorób układu kostno-stawowego. Ponadto będą preferowane projekty, w których realizatorem usług społecznych będą podmioty ekonomii społecznej (np. poprzez zastosowanie klauzul społecznych).¹⁹⁰

Głównymi kryteriami wyboru w odniesieniu do projektów realizowanych w obrębie Priorytetu Inwestycyjnego 9iv - Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym, powinny odnosić się do:

- polityk horyzontalnych;
- zdolności instytucjonalnej;
- zwiększenia racjonalnego wykorzystania zasobów;
- zwiększenia efektywności organizacji/instytucji;
- udostępnienia mieszkańcom województwa zasobów publicznych oraz zmniejszenie kosztów dla odbiorcy usługi;
- zapewnienia równego dostępu i przeciwdziałanie dyskryminacji osób z niepełnosprawnościami do oferowanego wsparcia oraz zapewnienia niezbędnego dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (kwestie dotyczące niepełnosprawności powinny być uwzględniane w sposób horyzontalny, tzn. potrzeby osób z niepełnosprawnościami powinny być brane pod uwagę we wszystkich działaniach).

Preferencyjnie mają być traktowane projekty kompleksowe, które zapewniają komplementarność poprzez realizację przedsięwzięć integrujących usługi różnych służb publicznych, a także innych podmiotów działających na rzecz włączenia społecznego i walki z ubóstwem. Ponadto premiowane będą przedsięwzięcia, w których realizatorem usług społecznych będą podmioty ekonomii społecznej (np. poprzez stosowanie klauzul społecznych).¹⁹¹

2.24 Opinie Mieszkańców województwa nt. usług zdrowotnych

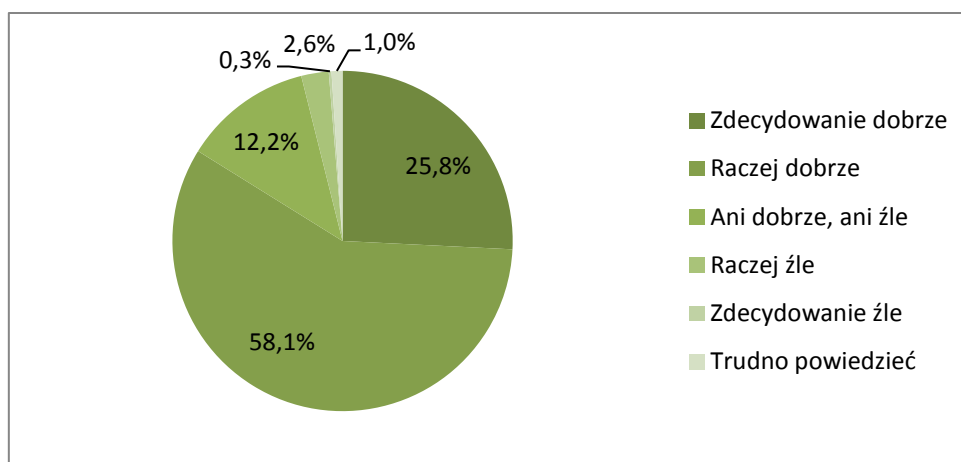
2.24.1 Stan zdrowia mieszkańców

Wśród badanych Mieszkańców regionu, którzy byli wybrani losowo do badania ankietowego dominowały kobiety (57,6%), mężczyźni stanowili mniejszą część grupy osiągniętej próby (42,3%). Wśród respondentów dominowały osoby, które nie korzystają ze świadczeń pomocy społecznej – 86,5%. Aspekt ten nie różnicuje istotnie odpowiedzi badanych. 53,9% osób zadeklarowało, że posiada dzieci – zatem zadane im były także pytania dotyczące dostępności usług z zakresu wykrywania wad rozwojowych. Z wyników badania ankietowego wynika, że ¾ ankietowanych bardzo dobrze lub dobrze ocenia swój stan zdrowia.

¹⁹⁰ Por. Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Szczecin 2015

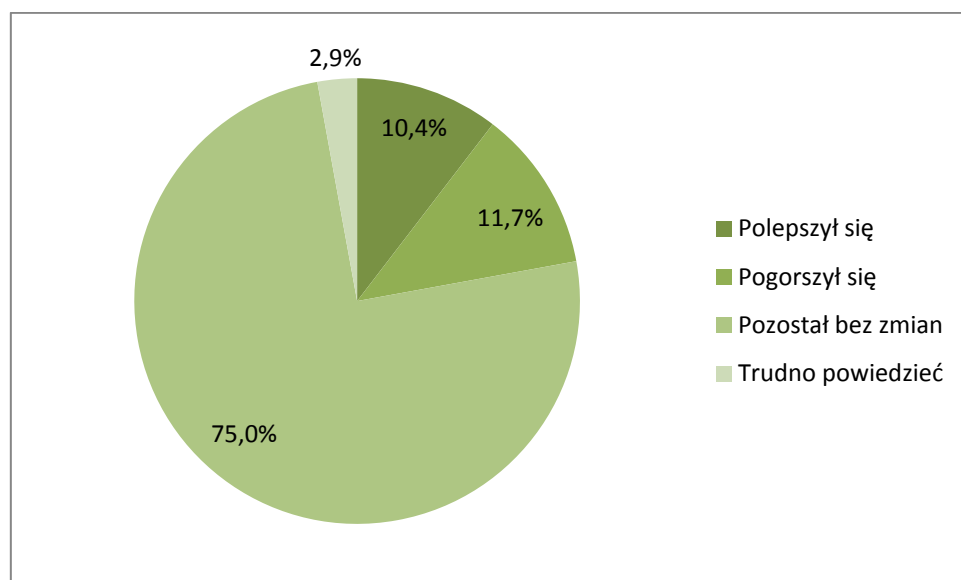
¹⁹¹ Por. Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Szczecin 2015

Wykres 33. Jak ocenia Pan/i ogólny stan swojego zdrowia?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

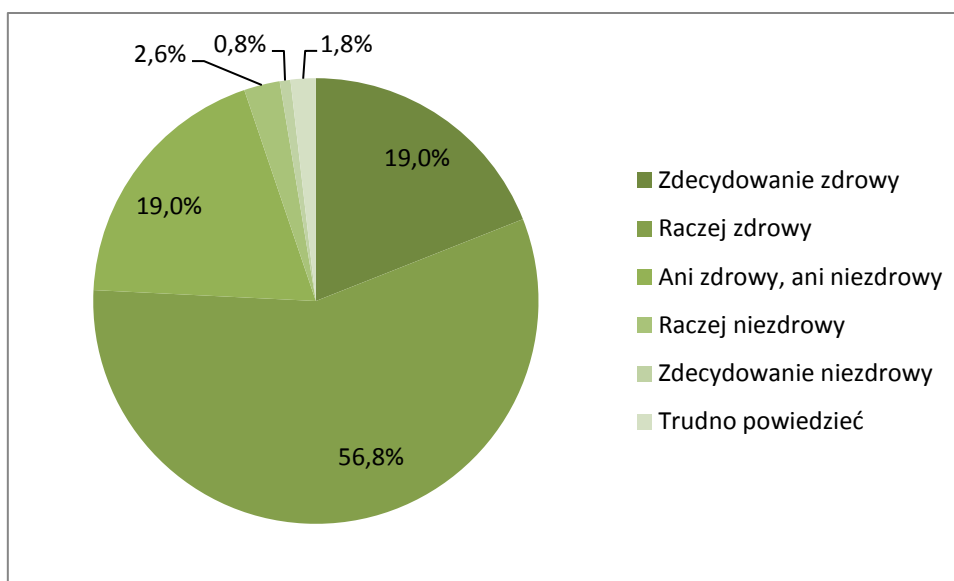
Wykres 34. Czy w ciągu ostatniego roku stan Pani/a zdrowia?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

75% badanych zadeklarowało, że w ciągu ostatniego roku ich stan zdrowia pozostał bez zmian. Badani wskazują, że w większości prowadzi zdrowy tryb życia – 56,8% odpowiedzi. 84,6% badanych – dodaje, że w ciągu ostatniego roku ten styl życia nie uległa zmianie. Wśród tych 5,5%, które zmieniło styl życia najczęściej podaje się następujące przyczyny: zmiana żywienia, zmiana stylu życia ze względu na stan zdrowia, zmiana ze względu na urodzenie dziecka oraz zmiana wynikająca z walki z nadwagą.

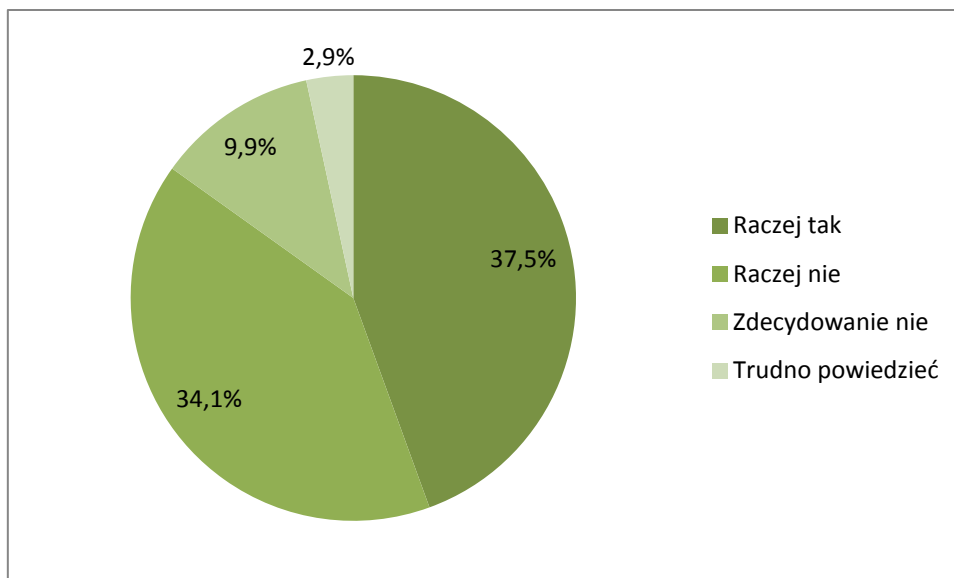
Wykres 35. Jak ocenia Pan styl życia, który Pan/i prowadzi?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

Mieszkańców województwa zapytano też o uprawianie sportu. Niecałe 40% badanej grupy deklaruje, że tak. wśród nich dominują osoby, uprawiające sport średnio raz w tygodniu.

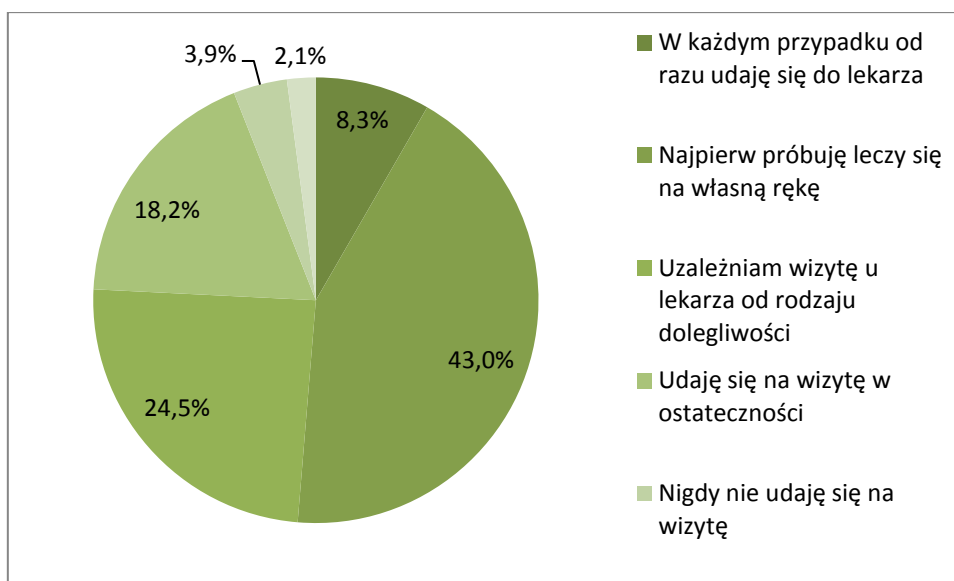
Wykres 36. Czy uprawia Pan/i sport/ jest Pan/i aktywny/a fizycznie?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

Analizując tryb życia respondentów zapytano też o inne obszary, które determinują stan zdrowia. Badani najczęściej spożywają od 3 do 4 posiłków dziennie (57,6%) lub 5 posiłków (26,3%). Dwa posiłki dziennie je 5,5% respondentów. Dominują osoby nie palące – 76,3% wskazań w całej badanej grupie.

Wykres 37. Jak postępuje Pan/i, w przypadku, gdy czuje się Pan/i chora?



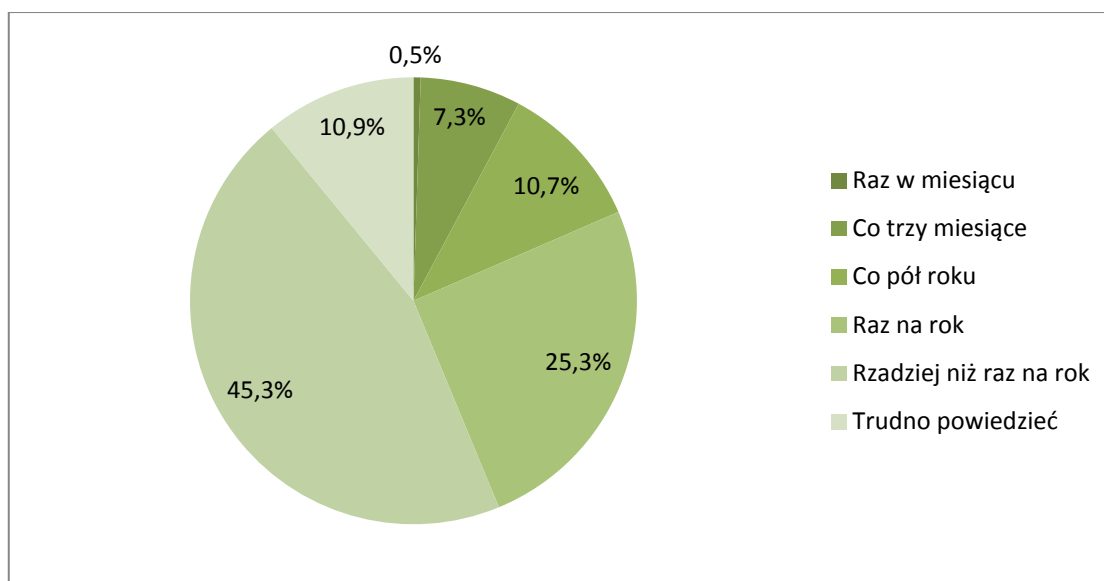
Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

2.24.2 Korzystanie z usług zdrowotnych

W przypadku gdy respondenci poczuć się chorzy, to przeważnie próbują sami się leczyć (43%). W innych przypadkach: 8,3% od razu udaje się do lekarza, a 24,5% uzależnia to od rodzaju dolegliwości. 2,1% deklaruje, że nigdy nie udaje się do lekarza. 47,8% respondentów wskazuje, że korzysta z odpłatnej opieki medycznej. Respondentów zapytano o dostępność usług medycznych. Jak wynika z ankiet badania laboratoryjne najczęściej respondenci robią rzadziej niż raz na rok (45,3%)

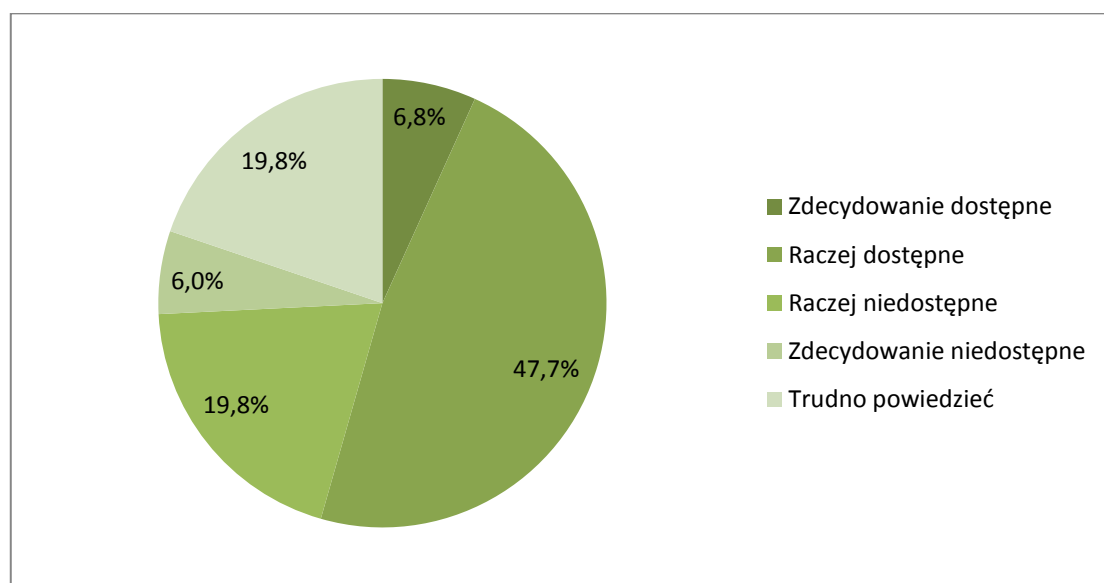
lub raz do roku (25,3%). Dostępność usług laboratoryjnych oceniona jest raczej jako dostępna (47,7%) lub zdecydowanie dostępna (6,8%).

Wykres 38. Jak często robi Pan/i badania lekarskie laboratoryjne np. cukru, cholesterolu i badania ciśnienia itp.?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

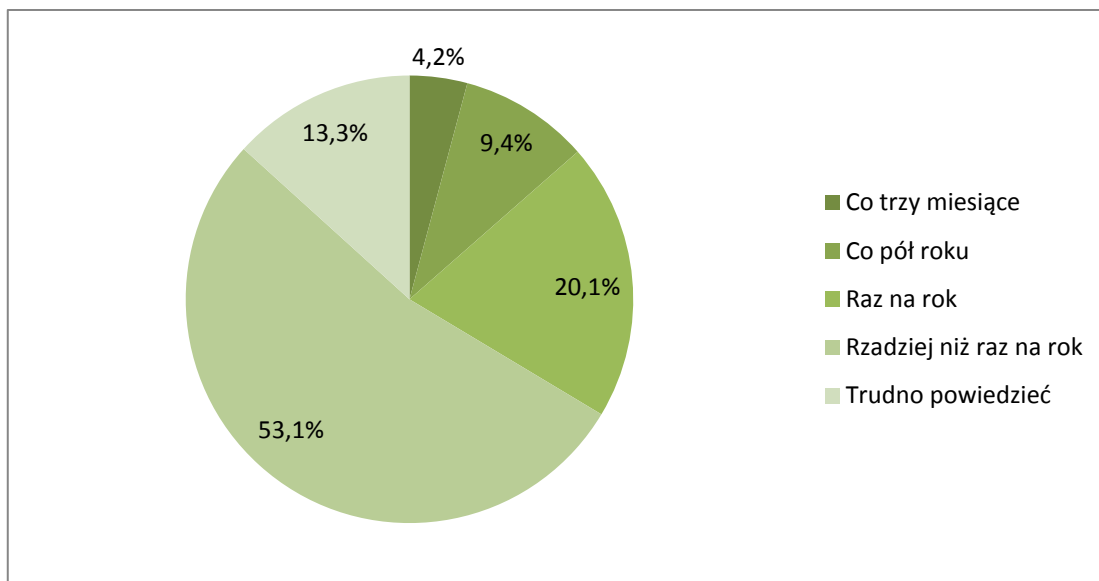
Wykres 39. Jak Pan/i ocenia dostępność do tego typu badań w Pana/i otoczeniu?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

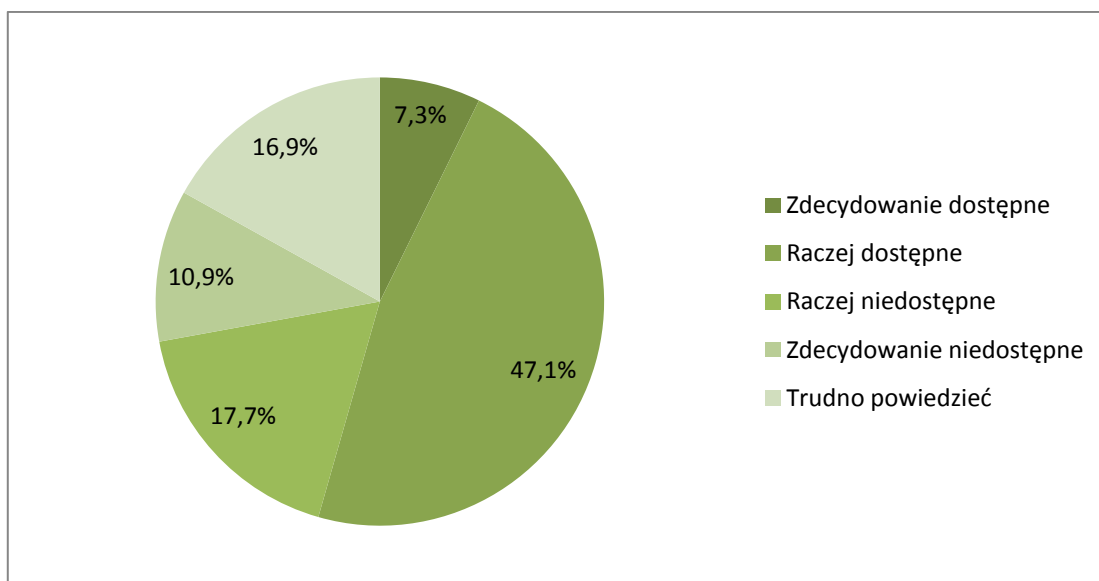
Jak wynika z ankiet badania specjalistyczne także najczęściej respondenci robią rzadziej niż raz na rok (53,1%) lub raz do roku (20,1%). Dostępność usług specjalistycznych oceniona jest raczej jako dostępna (47,1%) lub zdecydowanie dostępna (7,3%).

Wykres 40. Jak często robi Pan/i badania lekarskie specjalistyczne np. usg, rtg, ekg?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

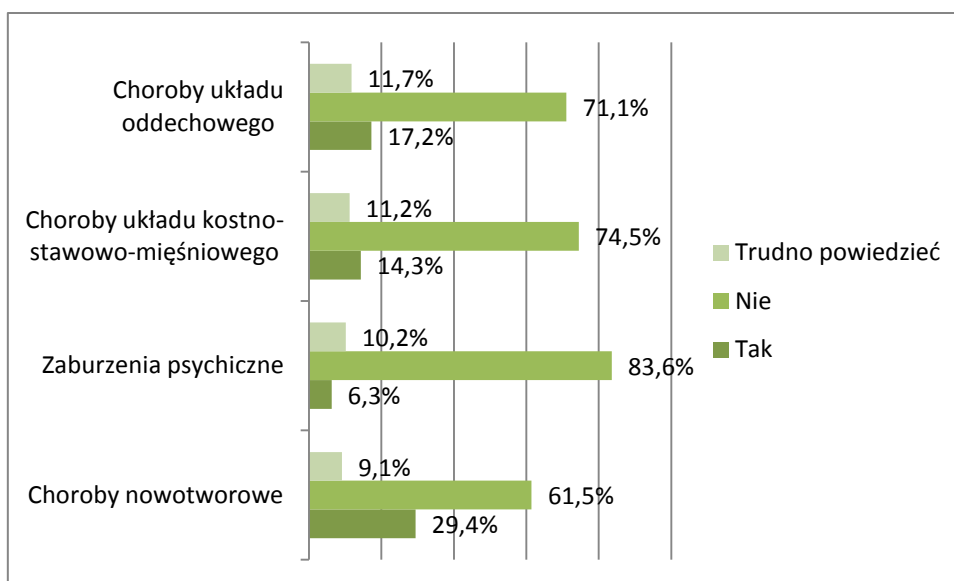
Wykres 41. Jak Pan/i ocenia dostępność do tego typu badań w Pana/i otoczeniu?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

82,3% deklaruje, że w ich otoczeniu nie są rozpowszechnione żadne choroby długotrwałe. Wśród tych kilku procent, które zauważa takie tendencje najczęściej wymieniane są choroby nowotworowe. W otoczeniu badanych, w rodzinie, najwięcej osób również miało problemy onkologiczne.

Wykres 42. Czy ktokolwiek z Pana/i rodziny chorował na wskazane poniżej choroby?



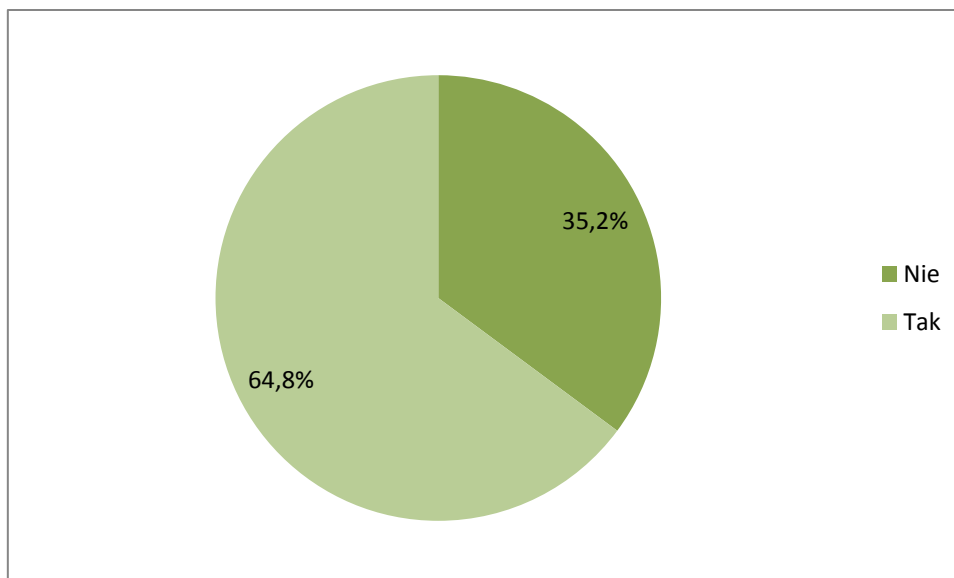
Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

2.24.3 Zdrowie mieszkańców w kontekście aktywności zawodowej

Wśród badanych 64,8% osób obecnie pracuje. Wśród badanych tylko w przypadku 3,9% wystąpiła długotrwała dolegliwość zdrowotna (pow. 6 miesięcy), która zmusiła respondenta do przerwania aktywności zawodowej. Te dolegliwości to:

- zawał,
- udar mózgu,
- wrzody,
- kontuzja stanu biodrowego,
- problemy z kręgosłupem,
- złamanie nogi,
- migotanie przedsionków.

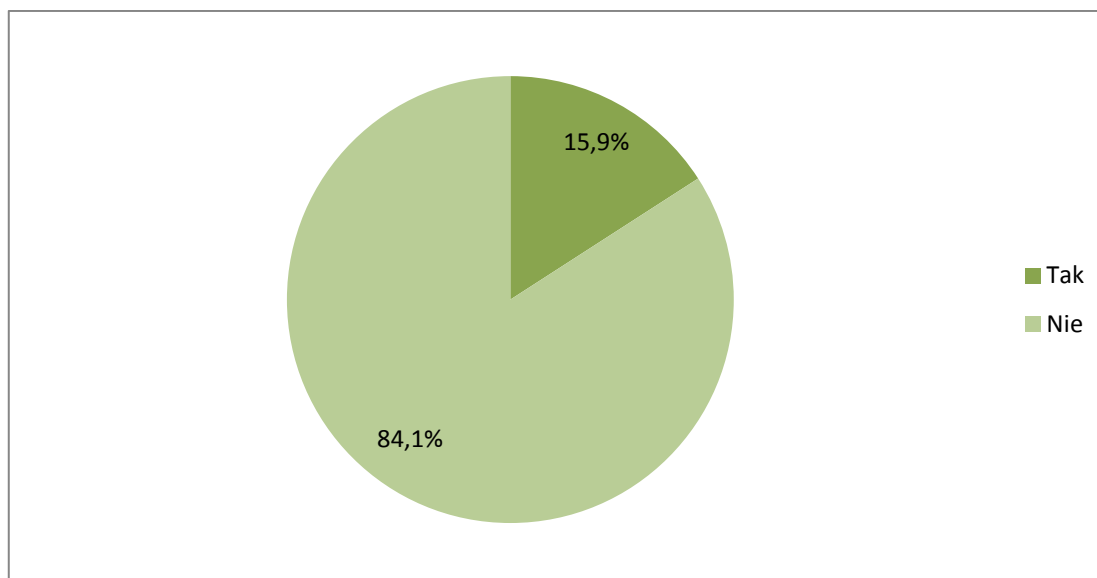
Wykres 43. Czy jest Pan obecnie osobą aktywną zawodowo?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

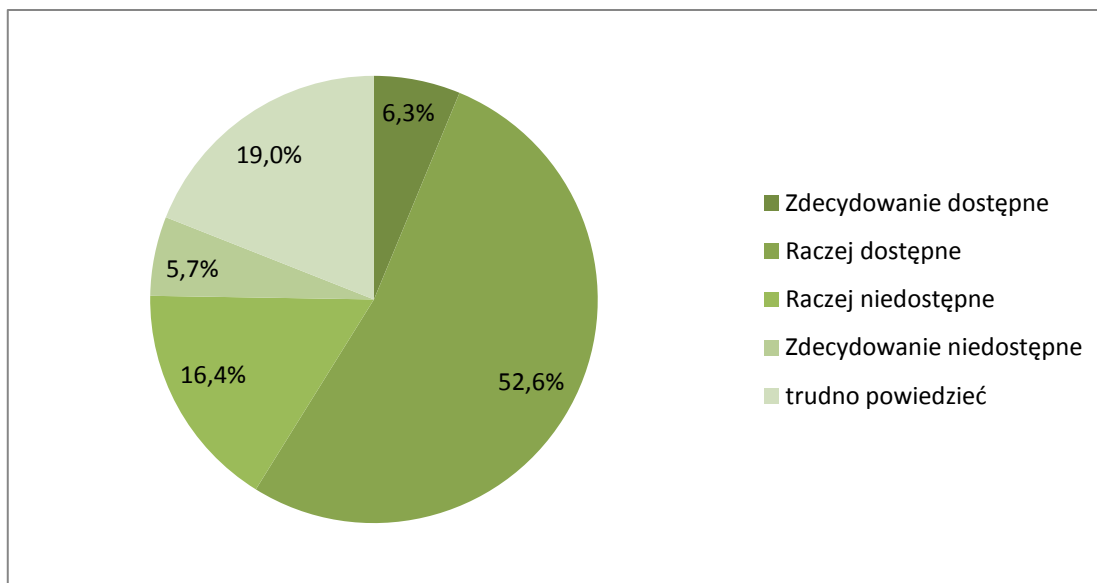
Wśród badanych 15,9% korzystało z usług rehabilitacyjnych ułatwiających powrót do pracy. dostępność tych usług jest w opinii ankietowanych raczej dostępna – 52,6%.

Wykres 44. Czy korzystał Pan/i z usług rehabilitacyjnych ułatwiających powrót do pracy?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

Wykres 45. Jak ocenia Pan/i dostępność usług rehabilitacyjnych w Pana/i otoczeniu?

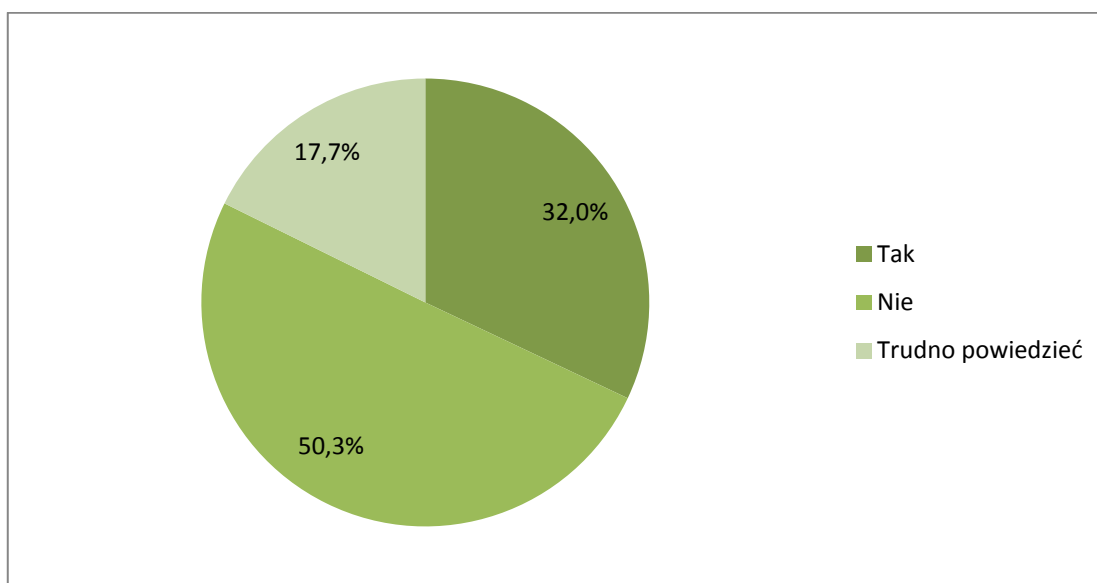


Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

2.24.4 Korzystanie z ofert usług zdrowotnych

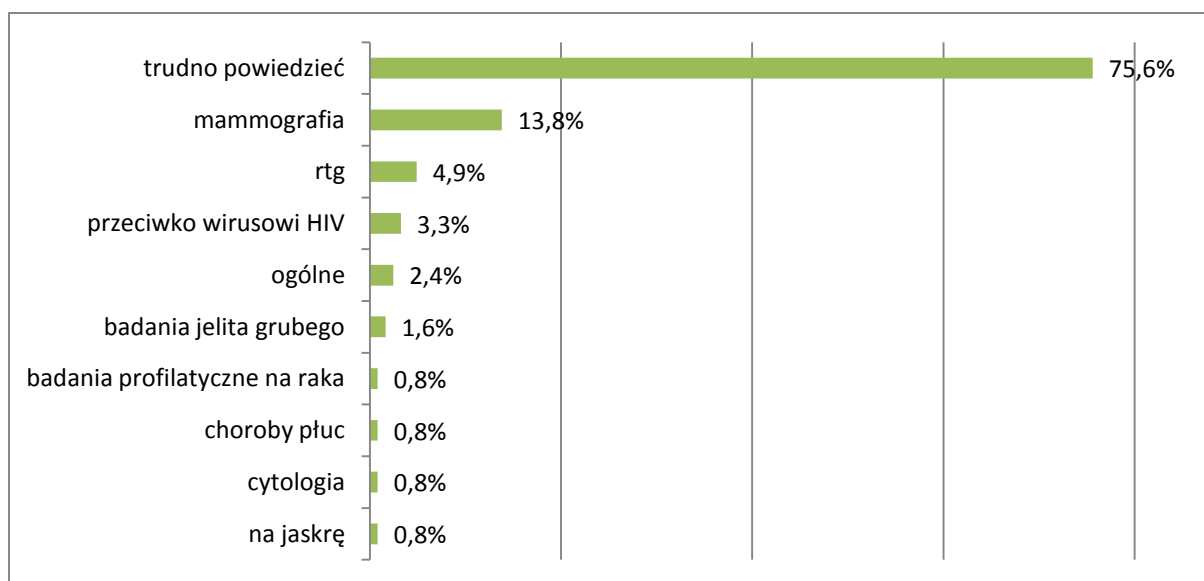
1/3 badanych wskazuje, że docierają do nich informacje o ofercie bezpłatnych badań profilaktycznych. Badanie te dotyczą przede wszystkim: mammografia, badania RTG oraz przeciwko wirusowi HIV. Badani wskazują, że sposób komunikowania i promocji dostępności tych badań jest raczej poprawny, skuteczny – ponad 60% odpowiedzi. Osoby uważające inaczej mają trudności aby wskazać lepszy sposób komunikacji i promocji. Sugerują aby informować pacjentów poradniach i gabinetach lekarzy. Ponadto wskazują, że informacje powinny być przesyłane bezpośrednio do adresatów wsparcia – w formie przesyłki pocztowej, komunikatu sms czy ulotki i plakaty w instytucjach w regionie.

Wykres 46. Czy docierają do Pana/i informacje o możliwości wykonywania bezpłatnych badań profilaktycznych?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=384

Wykres 47. Jakich bezpłatnych badań profilaktycznych?

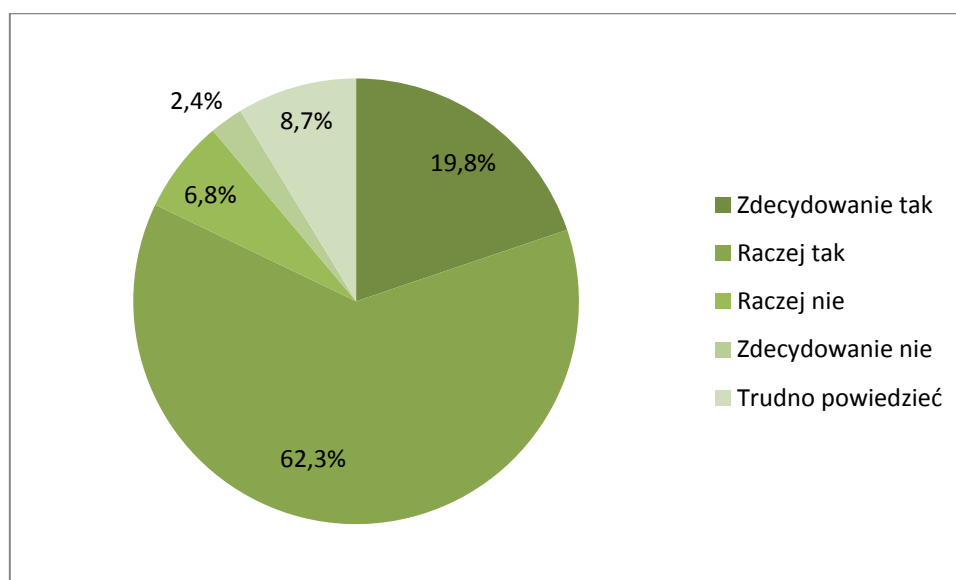


Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=123

2.24.5 Opinie rodziców o usługach zdrowotnych dla dzieci i rodziców

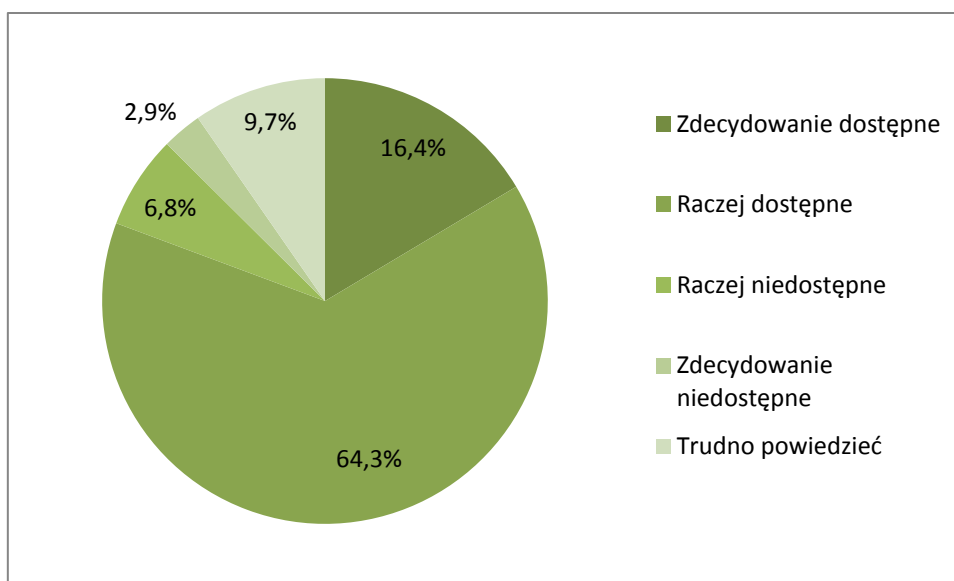
Osoby, które zadeklarowały w ankiecie, że posiadają dzieci były poproszone o ocenę dostępności badań dotyczących wykrywania wad rozwojowych u dzieci i informowania o nich. Było 207 z 384 badanych osób – czyli 53,9% osób. Wśród badanych kobiet 4/5 badanych twierdzi, że miała świadomość o wymaganych badaniach dla kobiet w ciąży. Podobny odsetek badanych wskazuje, że tego typu badania są dostępne lub raczej dostępne. Niewiele ponad 10% wskazuje, że nie są dostępne.

Wykres 48. Czy oczekując na dziecko miał Pan/i świadomość, jakie badania powinna wykonywać kobieta w ciąży?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=207

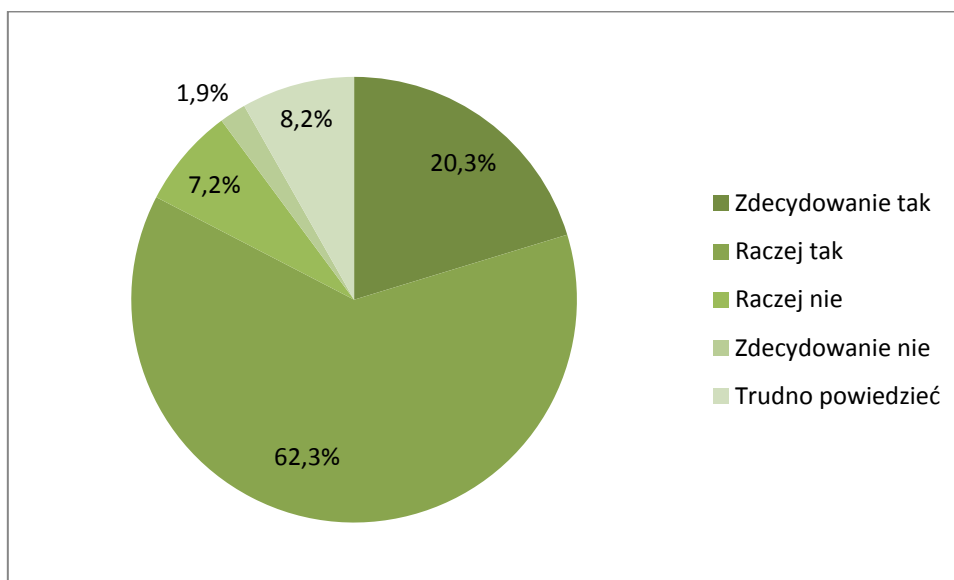
Wykres 49. Jak ocenia Pan/i dostępność do tego typu badań dla kobiet w ciąży?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=207

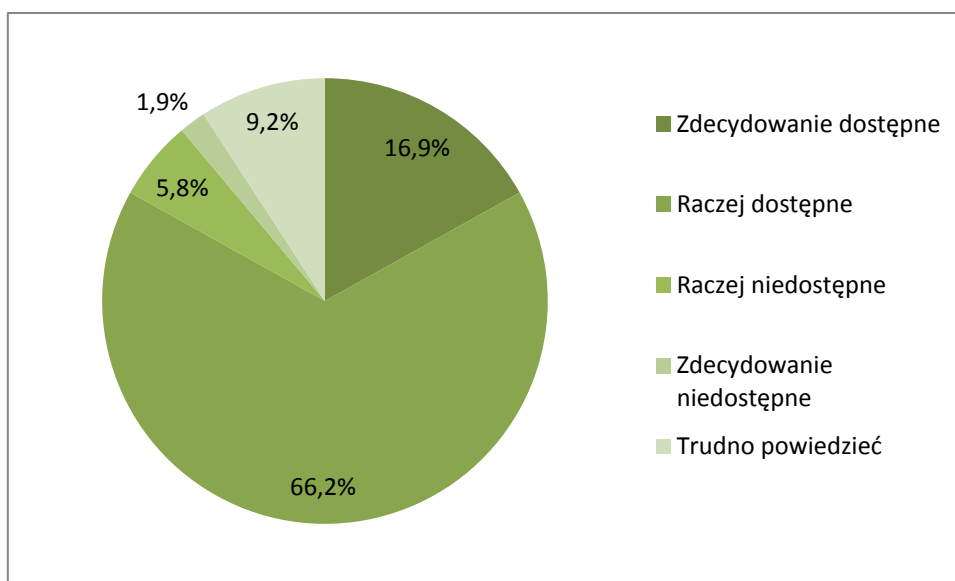
Wśród badanych kobiet 4/5 badanych twierdzi, że miała świadomość o wymaganych badaniach dla kobiet po urodzeniu dziecka. Blisko 83% badanych wskazuje, że tego typu badania są dostępne lub raczej dostępne. Niewiele ponad 10% wskazuje, że nie są dostępne.

Wykres 50. Czy po przyjęciu dziecka na świat, miał Pan/i świadomość jakie badania powinna wykonywać kobieta po urodzeniu dziecka?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=207

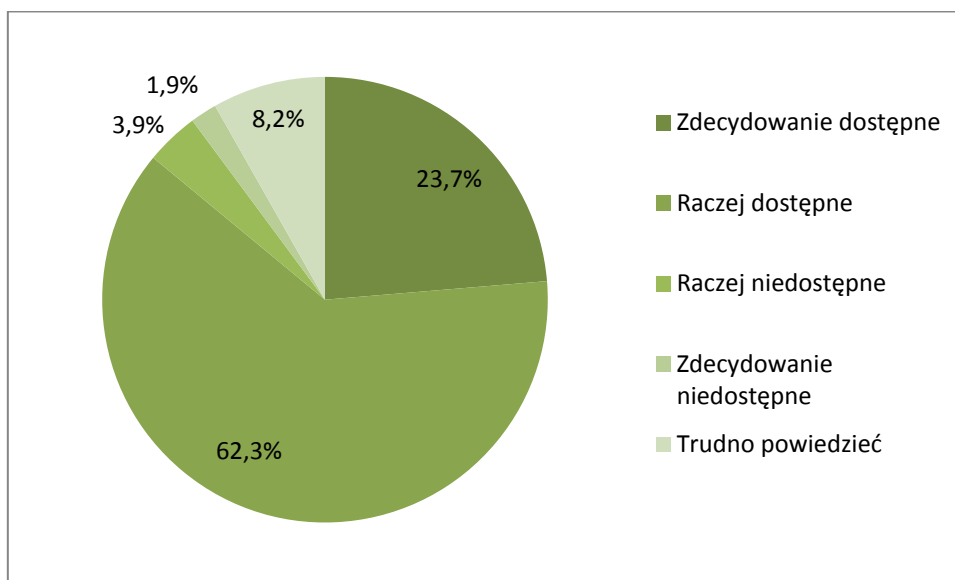
Wykres 51. Jak ocenia Pan/i dostępność do tego typu badań dla kobiet po urodzeniu dziecka?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=207

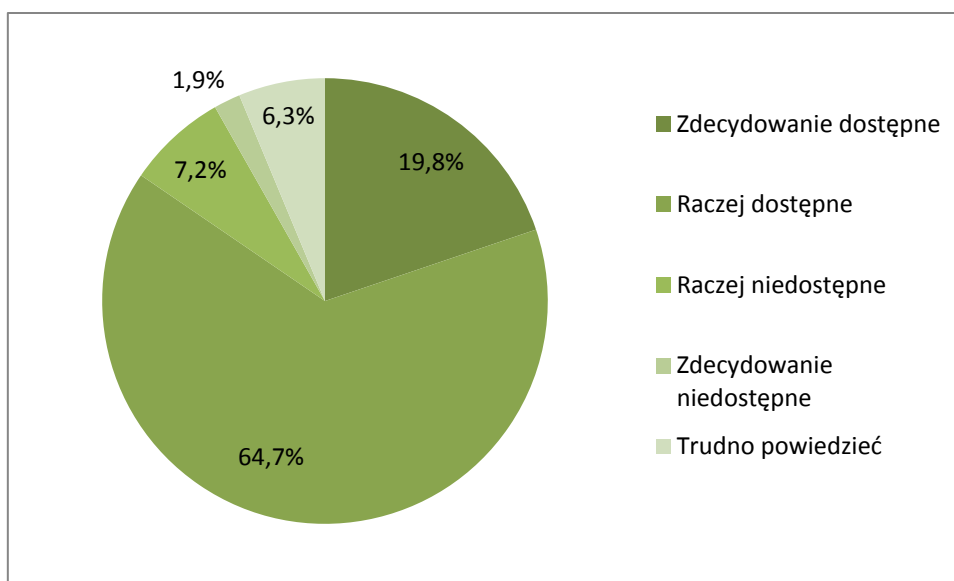
Wśród badanych ponad 85% twierdzi, że miała świadomość o wymaganych badaniach dla dziecka po urodzeniu. Blisko 86% badanych wskazuje, że tego typu badania są dostępne lub raczej dostępne. Niewiele ponad 8% wskazuje, że nie są dostępne.

Wykres 52. Czy po przyjściu dziecka na świat, miał Pan/i świadomość jakim badaniom powinno być poddane dziecko po urodzeniu?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=207

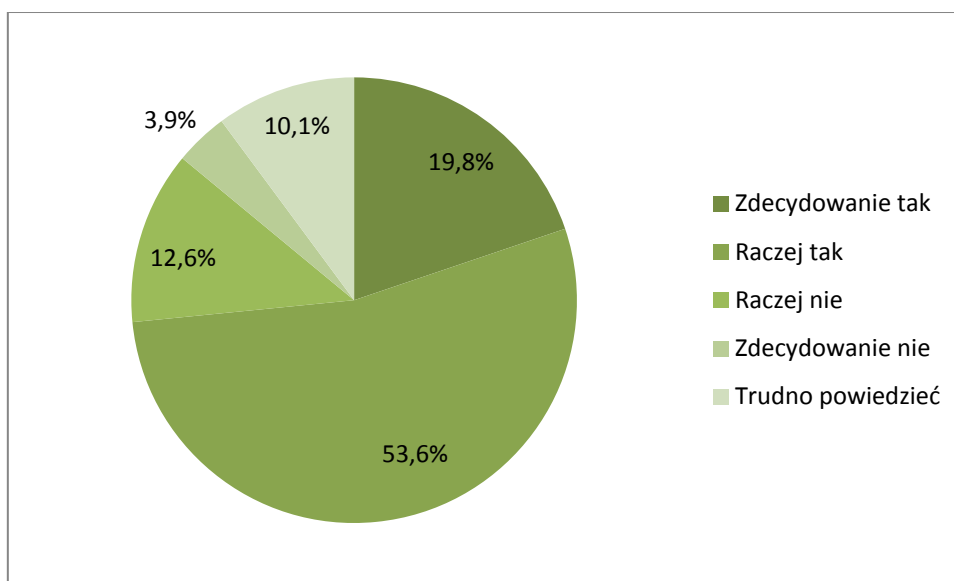
Wykres 53. Jak ocenia Pan/i dostępność do tego typu badań dla dziecka po urodzeniu?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=207

Wśród badanej grupy osób dominują osoby, które były świadome możliwości przeprowadzenia badań z zakresu wykrywania wad rozwojowych u dzieci – 19,8% w stopniu zdecydowanym, a 53,6% deklaruje, że były raczej świadome. 14% badanych nie miało tej świadomości. 98% badanych wskazuje, że informacje o tego typu badaniach były wystarczające. Respondenci zapytani w jaki sposób chcieli by dowiadywać się o konieczności i możliwościach prowadzenia badań dla matek i nowonarodzonych dzieci wskazują przede wszystkim: gabinety lekarskie/przychodnie (24,6%), pocztę tradycyjną (21,3%) oraz kontakt sms (17,4%).

Wykres 54. Czy była Pan/i informowany/a o możliwości przeprowadzenia badań z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych u dzieci?



Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie ankiet z Mieszkańcami – CATI N=207

Jak ukazują powyższe wyniki mieszkańcy województwa oceniają swój stan zdrowia raczej dobrze i badania wykonują dość rzadko. Co potwierdza tezę, że należy promować wszelkie przedsięwzięcia związane z profilaktyką czy zdrowym trybem życia. Z jednej strony badani oceniają dostępność usług medycznych dobrze, a drugiej nie potrafią wskazać czego te oferty dotyczą. Należy kierować ofertę udziału w programach zdrowotnych bezpośrednio do potencjalnych odbiorców, za pomocą zaproszeń kierowanych drogą pocztową, a przede wszystkim podczas wizyt w jednostkach leczniczych. Ponadto ciekawym pomysłem, a zarazem skutecznym, wydaje się promocja zdrowia za pomocą organizowanych pikników i festynów tematycznych oraz organizując konkursy tematyczne w szkołach.

III. Wnioski i rekomendacje

SYTUACJA DEMOGRAFICZNO-EPIDEMIOLOGICZNA / DIAGNOZA PROBLEMÓW

Aktualny i prognozowany stan demograficzno-epidemiologiczny województwa zachodniopomorskiego

Wyniki analiz prowadzonych w ramach przedmiotowego badania wskazują, iż obraz stanu demograficzno-epidemiologicznego regionu, w przeważającej części pokrywa się z obrazem, który wyłania się z innych opracowań strategicznych i diagnostycznych, odnoszących się do problematyki zdrowotnej badanego regionu. W województwie zachodniopomorskim w roku 2014 liczba ludności zmniejszyła się o 3430 osób względem roku 2013 r. i o 8310 osób mniej niż w 2010 r. Populacja województwa stanowi 4,5% ogółu ludności Polski. Zgodnie z opracowaną przez GUS prognozą demograficzną do roku 2050, liczba mieszkańców w regionie w kolejnych latach będzie systematycznie maleć, osiągając w roku 2050 populację 1453,3 tys. mieszkańców (-15,1% względem roku 2015). Spadać będzie liczba osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym, przy jednoczesnym relatywnym wzroście populacji w wieku poprodukcyjnym.

Z udostępnianych publicznie danych NFZ na temat udzielonych świadczeń wynika, iż sytuacja demograficzno-epidemiologiczna województwa zachodniopomorskiego nie odbiega znacząco od średniej krajowej w odniesieniu do zdecydowanej większości jednorodnych grup pacjentów, które uwzględniane są w statystykach NFZ. Obraz wyłaniający się ze statystyk wzbogacają również dane hospitalizacyjne.

Najczęstsze przyczyny zgonów w regionie to choroby układu krążenia, choroby nowotworowe. Najwięcej osób w regionie jest leczonych z powodu schorzeń układu krążenia, chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, dychawicy oskrzelowej czy przewlekłych chorób układu trawiennego. W regionie wyróżniają się też – pod kątem leczonych osób – choroby psychiczne. Sytuacja epidemiologiczna jest stabilna w grupie chorób zakaźnych, dla których szczepienia ochronne są efektywnym środkiem profilaktycznym (np. wirusowe zapalenie wątroby typu B, gdzie wskaźnik zapadalności jest od lat niższy niż w Polsce). Wśród zdiagnozowanych chorób zakaźnych, najwięcej przypadków zachorowań dotyczy grypy. Natomiast warto podkreślić wzrost zakażeń jelitowych w ostatnich latach. Główne przyczyny niezdolności do pracy to nowotwory i choroby układu krążenia. Natomiast główne problemy zdrowotne u dzieci to przede wszystkim wzrost zachorowań na płonicę (szkarlatynę) oraz krztusiec. Natomiast od 3 lat następuje poprawa zgłaszalności zakażeń i chorób zakaźnych. Problemy zdrowotne obejmują ponad połowę populacji dzieci i młodzieży (54,9%) w regionie. Wśród zdiagnozowanych chorób u dzieci najczęściej pojawiają się: dychawica, zniekształcenia kręgosłupa, schorzenia nowotworowe, niedokrwistość czy zaburzenia rozwoju i otyłość.

Natomiast ocena opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2013 roku wskazuje na istotne deficyty w obszarze rehabilitacji w regionie. Dotyczy to przede wszystkim dostępu do tego typu usług, jak i ilości lekarzy, instytucji je świadczące.

Pomimo wskazania pewnych charakterystycznych na tle kraju zjawisk epidemiologicznych - potwierdzają one w znacznej mierze informacje uzyskane w trakcie realizacji badań uwzględnionych w ramach niniejszego badania.

Trudno jest wskazać jednoznacznie cechy różnicujące specyfikę demograficzno-epidemiologiczną województwa zachodniopomorskiego na tle kraju. Poziom zróżnicowania uwidaczniać się będzie zapewne w największym stopniu na poziomie gminnym, który jednak z uwagi na brak dostępu do szczegółowo agregowanych na tym poziomie danych jest niemożliwy do precyzyjnego opisanie w ramach niniejszego badania. Jak podkreślają eksperci w regionie, tak jak w całym kraju, dominują choroby cywilizacyjne.

Prowadzone równoległe, intensywne prace przy opracowaniu map potrzeb zdrowotnych zmierzają do tego, by możliwe stało się uchwycenie specyfiki na poziomie powiatów. Należy mieć nadzieję, iż dokonana za ich pośrednictwem wieloaspektowa analiza wskaźnikowa i opracowywane dedykowane modele danych pozwolą uwypuklić charakterystyczne cechy regionu i tym samym wyjść poza obraz, który wyłania się ze zbieranej w obrębie statystyki publicznej charakterystyki demograficzno-epidemiologicznej województwa zachodniopomorskiego.

Najistotniejsze problemy zdrowotne województwa zachodniopomorskiego z punktu widzenia celów RPO WZ 2014-2020

Priorytetami dla regionu są następujące obszary: kardiologia, onkologia, diabetologia, zdrowie psychiczne oraz medycyna pracy. Sama interwencja w ramach RPO WZ miała się skupić na obszarach, które oddziałują na poprawę aktywności zawodowej mieszkańców regionu. Dane statystyczne: hospitalizacyjne oraz na poziomie diagnostyki i leczenia POZ – pomimo wskazania pewnych charakterystycznych na tle kraju zjawisk epidemiologicznych - potwierdzają w znacznej mierze informacje pozyskane w trakcie realizacji metod (zarówno ilościowych jak też jakościowych) uwzględnionych w ramach niniejszego badania. Nie można wskazać na istotne problemy zdrowotne regionu, a także cechy różnicujące specyfikę demograficzno-epidemiologiczną województwa zachodniopomorskiego na tle kraju.

Należy podkreślić, iż respondenci badania niejednokrotnie zwracali uwagę na fakt, iż problemy zdrowotne występujące na terenie województwa zachodniopomorskiego pokrywają się z problemami zidentyfikowanymi w skali całego kraju. Wskazywano, iż programy regionalne mogą powielać zapisy programów ogólnonarodowych. Zdaniem dużej części respondentów badania województwo zachodniopomorskie nie obiega znacząco od pozostałych województw w zakresie występujących problemów zdrowotnych.

W związku z tym na poziomie niniejszego badania niemożliwe jest wskazanie jednostek chorobowych, jakie powinny być wsparte w ramach typu projektu nr 1: Wdrożenie kompleksowych programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem regionu.

Należy jednak zaznaczyć, iż w trakcie realizacji przedmiotowego badania, wśród problemów zdrowotnych województwa, które mogą być najistotniejsze z punktu widzenia realizacji celów RPO WZ 2014-2020, respondenci w wielu przypadkach wskazywali na potrzebę wzmocnienia sektora usług rehabilitacyjnych, a także potrzebę promocji profilaktyki nowotworowej – jako skutecznego narzędzia przeciwdziałania postępowi choroby, który obniża koszty przyszłej diagnostyki i leczenia. Oba powyższe typy projektów są wymieniane jako największe potrzeby województwa, a dalej największe problemy zdrowotne w ramach interwencji RPO WZ. Świadczą o tym także obecnie realizowane programy polityki zdrowotnej (z lat 2014-2015) – oba obszary dominują pośród ich zakresów.

Należy jednak podkreślić, iż kluczowym dla określenia wagi problemów zdrowotnych w województwie narzędziem, będą wskazane wcześniej mapy potrzeb zdrowotnych. Wydaje się, iż określanie priorytetów – w tym w szczególności priorytetów terytorialnych, do momentu zatwierdzenia map zdrowotnych, powinno pozostawać w spójności z już zdefiniowanymi kluczowymi priorytetowymi problemami obszaru zdrowia, jakie zdefiniowane zostały dla terenu województwa zachodniopomorskiego w dokumentacji strategicznej. Powyższą tezę potwierdzają zgromadzone i uaktualnione w ramach niniejszego badania dane epidemiologiczno-demograficzne, które pokrywają się ze zdefiniowanymi priorytetami i w ograniczonym zakresie prezentują sytuację odmienną względem wcześniej przeprowadzanych diagnoz.

Przyjmując cele założonej w ramach RPO WZ interwencji, wydaje się niezwykle ważne, aby arbitralne rozstrzygnięcia programowe nie wprowadzały, poza uzasadnionymi przypadkami wynikającymi np. z konieczności zachowania demarkacji wsparcia realizowanego w ramach innych programów, zakresu możliwych do realizacji działań prozdrowotnych. W tym kontekście ocena istotności problemów zdrowotnych, a co za tym idzie wybór projektów, powinna uwzględniać nie tylko problemy zdrowotne, ale również ich konsekwencje społeczne. Czyli tak ukierunkowywać wsparcia aby odbiorcy otrzymali wsparcie kompleksowe, dotyczące zdrowia, a także sytuacji na rynku pracy czy w swoim najbliższym otoczeniu. Innymi słowy dokonywana ocena projektów obszaru zdrowia finansowanych ze środków EFS obejmować powinna w ramach walidacji uzasadnienia, celów i działań aspekty wykraczające bezpośrednio poza ocenę kwestii epidemicznych.

POTENCJAŁ BENEFICJENTÓW

Stan przygotowania JST województwa zachodniopomorskiego do realizacji działań w obszarze zdrowia

Informacje sprawozdawcze z całego okresu realizacji Strategii sektorowej wskazują na brak komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za sprawy ochrony zdrowia w urzędach. Samorządy nie podejmują w sposób wystarczający działań zmierzających do organizacji i prawidłowego funkcjonowania ochrony zdrowia na podległym terenie. Brak jest właściwego podejścia strategicznego do zarządzania obszarem zdrowia. Wyniki przedmiotowego badania potwierdzają, iż jednostki nie są w pełni przygotowane do realizacji działań w tym obszarze. Dotyczy to w szczególności jednostek na poziomie gminnym, głównie ze względu na deficyty kadrowe - brak pracowników posiadających odpowiednie przygotowanie merytoryczne do realizacji zadań w tym zakresie. Wyniki badania pokazują też, iż zadania z zakresu ochrony zdrowia stanowią jeden z wielu zakresów (np. obok edukacji czy polityki społecznej) powierzonych pracownikom, przez co trudno mówić o specjalistycznym przygotowaniu kadr. Jednostki upatrują problem z realizacją zadań w obszarze ochrony zdrowia również w niewystarczającym budżecie, jakim dysponują. W badaniu podkreślano też fakt, iż gminy nie posiadają odpowiedniego zaplecza i wystarczającej liczby placówek realizujących działania z zakresu zdrowia na swoim terenie. Problemem jest też niejednokrotnie brak wypracowanych ścieżek działania w tym zakresie i niewystarczający poziom komunikacji/koordynacji działań pomiędzy poszczególnymi podmiotami realizującymi zadania z obszaru zdrowia na danym terenie.

Programy polityki zdrowotnej planowane i zatwierdzone do realizacji przez poszczególne JST

Wyniki badania pokazują, iż wśród badanych JST mniej niż połowa jednostek planuje realizację programów polityki zdrowotnej. Najwięcej programów planowanych jest na poziomie gmin, które w większości realizują programy z zakresu zdrowia finansowane ze środków samorządowych

i ministerialnych. Najwięcej programów planowanych do realizacji będzie dotyczyło profilaktyki. Programy z zakresu rehabilitacji, które są w zdecydowanej mniejszości dotyczą przede wszystkim rehabilitacji osób starszych. W przypadku programów z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością pojawiały się wskazania m.in. w zakresie gimnastyki korekcyjnej, hipoterapii, wykrywania wad postawy u dzieci.

Programy polityki zdrowotnej realizowane przez poszczególne JST

Na podstawie przeprowadzonych badań ilościowych można stwierdzić, iż mniej niż połowa (blisko 40% JST) – deklaruje, że realizuje przedmiotowe programy. Najwięcej programów jest obecnie realizowanych na poziomie gmin. Są to przede wszystkim przedsięwzięcia z zakresu profilaktyki. Dominują programy profilaktyczne z zakresu chorób nowotworowych, krążenia i ochrony zdrowia psychicznego. Tylko ok. 40% programów jest realizowanych w partnerstwie.

Główne bariery dotyczące możliwości tworzenia programów polityki zdrowotnej na poszczególnych poziomach JST

Do głównych barier dotyczących tworzenia programów polityki zdrowotnej urzędnicy z JST zaliczyli przede wszystkim brak doświadczenia w tworzeniu programów, brak przygotowania merytorycznego oraz brak wsparcia innych podmiotów w tym zakresie.

Wśród najczęściej pojawiających się trudności w zakresie opracowywania programów polityki zdrowotnej, zdecydowanie dominowała kwestia związana z przygotowaniem diagnozy wybranego problemu. Respondenci wielokrotnie podkreślali pojawiające się trudności z dostępnością do odpowiednich danych umożliwiających przygotowanie trafnej diagnozy i opisu problemu zdrowotnego. Kolejną istotną barierą, która wielokrotnie pojawiała się w wypowiedziach respondentów, to kwestia związana z deficytami w zakresie kadry, która byłaby merytorycznie przygotowana do opracowywania tego typu programów i posiadała niezbędną wiedzę w tym zakresie. Opracowanie założeń programu wiąże się niejednokrotnie z koniecznością zaangażowania dodatkowych osób w postaci ekspertów, co stanowi znaczne obciążenie finansowe dla tych jednostek. Bariera finansowa to istotna kwestia, która także w znaczący sposób uwidacznia się w wynikach badania. Należy również wspomnieć o barierze, jaką stanowi procedura akceptacji programów przez AOTM. Wyniki badania pokazują, iż jest ona problematyczna dla przedstawicieli wszystkich szczebli jednostek samorządowych przede wszystkim ze względu na długi czas jej realizacji, a także trudności w spełnianiu określonych wymagań.

Jakie są główne bariery dotyczące możliwości realizacji/wdrażania programów polityki zdrowotnej na poszczególnych poziomach JST

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż w przypadku samej realizacji programów barierą okazuje się brak środków finansowych, niewystarczające zasoby kadrowe oraz brak przygotowania merytorycznego pracowników jednostek do wykonywania zadań w tym obszarze. Znaczna część przedstawicieli JST wskazywała też na pojawiające się problemy z osiągnięciem zakładanych efektów (wskaźników) programów polityki zdrowotnej.

Kolejną poruszaną kwestią były problemy w zakresie wyboru realizatora takich programów. Przedstawiciele jednostek samorządowych przyznawali, iż nierzadko zdarza się, że znalezienie realizatora dysponującego odpowiednim zapleczem umożliwiającym wdrożenie danego programu jest znacznie utrudnione ze względu na potencjał, jakim dysponuje dany region/ jednostka. W wielu przypadkach jednostki, szczególnie na poziomie gminnym, nie posiadają własnych, podlegających im

placówek ochrony zdrowia ze względu na fakt, iż znaczna ich część została sprywatyzowana. Siła oddziaływania przedstawicieli jednostek samorządowych na taką grupę jest więc często znacznie osłabiona.

Wśród istotnych problemów, na jakie wskazują przedstawiciele jednostek samorządowych, jest też znaczne obciążenie dla pracowników realizacją takich programów i związanych z nimi zadań. Zniechęcenie budzą też złożone i skomplikowane procedury w odniesieniu do realizacji założonych programów towarzyszące ich wdrażaniu, które niejednokrotnie nie są w pełni zrozumiałe dla potencjalnych beneficjentów. Innym utrudnieniem, na które wskazywali przedstawiciele jednostek samorządowych, jest też skuteczne dotarcie do odbiorców takiego programu.

Zdolności absorpcyjne dla środków EFS potencjalnych beneficjentów programu i jakie czynniki wpływają na te zdolności

W kontekście oceny zdolności absorpcyjnych potencjalnych beneficjentów dla środków EFS i czynników, które wpływają na te zdolności, wyniki przeprowadzonego badania wskazują, iż: beneficjentami Priorytetu Inwestycyjnego: 8vi – Aktywne i zdrowe starzenie mogą być zarówno poszczególne JST jak i sektor NGO czy POZ. Wynika to z deklaracji respondentów, zidentyfikowanych atutów/barier, jak też analizy programów polityki zdrowotnej realizowanych w latach 2014-2015.

Natomiast w odniesieniu do Priorytetu Inwestycyjnego: 9iv – Ułatwienie dostępu do przystosowanych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym, należy wskazać, iż wyniki przeprowadzonego badania pokazują, iż potrzeba wydatkowania środków unijnych w tym zakresie była najczęściej wskazywana przez podmioty lecznicze. Znacznie mniej JST realizuje lub deklaruje chęć realizowania programów polityki zdrowotnej w tym zakresie. Za potencjalnych beneficjentów tego priorytetu można uznać przede wszystkim POZ (szpitale wojewódzkie, regionalne lub podmioty posiadające oddziały ginekologiczno-położnicze) i sektor NGO. Decyduje o tym przede wszystkim obecność w tych podmiotach praktyków w tej dziedzinie, obecność lekarzy specjalistów, świadomość problemu (konieczności badań) oraz posiadana baza sprzętowa.

Wśród czynników, które wpływają na zdolności absorpcyjne potencjalnych beneficjentów należy zaznaczyć ujawniający się w badaniu niski poziom wiedzy i przygotowania merytorycznego przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego (szczególnie na poziomie gmin) w zakresie opracowywania programów w obszarze zdrowia. Z drugiej strony jednostki samorządowe posiadają zdecydowanie większe doświadczenie w aplikowaniu o środki unijne, dzięki czemu sama procedura aplikacyjna dla tego typu jednostek może być nieco łatwiejsza. Natomiast, grupą beneficjentów, którym proces ubiegania się o środki w ramach EFS może narażać na większe trudności zaliczają się m.in. jednostki opieki zdrowotnej ze względu na ich mniejsze doświadczenie w zakresie aplikowania o wsparcie i rozliczanie projektów.

Należy również wskazać na pojawiającą się kwestię niewielkiego zaplecza infrastrukturalnego, kadrowego i finansowego w przypadku organizacji pozarządowych, co może stanowić barierę w aplikowaniu o środki w ramach EFS dla tej grupy potencjalnych beneficjentów. Warto też zaznaczyć możliwe ograniczenie w postaci braku gotowości do wyłożenia środków własnych/brak środków własnych przez potencjalnych beneficjentów typu ZOZ/NZOZ/NGO.

Zastrzeżenia budzi też realny potencjał wykonawców kontraktów NFZ (także potencjalnych beneficjentów RPO WZ), którzy posiłkując się podwykonawstwem spełniają wymogi formalne

umożliwiający ubieganie się o wsparcie, ale w rzeczywistości nie dysponują odpowiednim potencjałem do realizacji założonych zadań.

W kontekście przedstawionych wniosków, należy też podkreślić, iż w badaniu zidentyfikowano niesatysfakcjonujący poziom współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami realizującymi działania w obszarze zdrowia. Może to skutkować zmniejszonymi możliwościami skutecznego działania interwencji w ramach RPO w całym regionie. Wśród realizowanych programów polityki zdrowotnej w latach 2014-2015 tylko ok. 10% działań było prowadzonych w partnerstwie JST, NGO, POZ czy uczelnie.

W związku z wyżej wymienionymi faktami, należy podkreślić, że JST dysponują potencjałem w obszarze prowadzenia projektów, zarządzania nimi czy prowadzeniem dokumentacji projektowej. Natomiast wiedzę ekspercką, znajomość problemów regionu i pacjentów, bazę sprzętową oraz doświadczenie mają podmioty z sektora pozarządowego i jednostki lecznicze (szczególnie szpitale, kliniki).

MOŻLIWOŚCI/NARZĘDZIA WSPARCIA BENEFICJENTÓW

Działania szkoleniowo-doradcze, które należy podjąć w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych grup docelowych, beneficjentów

Wśród potrzeb w zakresie działań szkoleniowo-doradczych, badani przedstawiciele JST wskazywali przede wszystkim na potrzebę wsparcia w zakresie diagnozy potrzeb odbiorców oraz wsparcia finansowego. Sektor NGO deklaruje, iż potrzebuje wsparcia w zakresie tworzenia programów. Dotyczy to wsparcia merytorycznego, organizacyjnego, dla wolontariuszy i pracowników sektora oraz wsparcia przy tworzeniu wniosków o dofinansowanie. Natomiast sektor POZ wskazywał, iż w największym zakresie potrzebuje wsparcia przy tworzeniu programów polityki zdrowotnej w zakresie merytorycznym.

Wśród działań szkoleniowo-doradczych, które powinny być podjęte w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych odbiorców, adresatów usług zdrowotnych, przedstawiciele JST wymieniali przede wszystkim:

- potrzebę wsparcia w zakresie diagnozowania problemów,
- szkolenia wpływające na rozszerzenie i wskazanie nowych narzędzi w docieraniu do potencjalnych grup docelowych,
- szkolenia z zakresu pisania i rozliczania wniosków.

Reprezentanci sektora NGO, wśród działań szkoleniowo-doradczych, wymieniali szkolenia z zakresu pozyskiwania i rozliczania projektów unijnych. W przypadku sektora POZ wśród działań szkoleniowo-doradczych pojawiły się:

- szkolenia merytoryczne oraz dotyczące przyszłości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, systemu ubezpieczeniowego,
- szkolenia z zakresu pisania wniosków, wykonania i rozliczenia projektu.

Działania informacyjno-promocyjne, które należy podjąć w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych grup docelowych, beneficjentów

Przedstawiciele podmiotów biorący udział w badaniu wskazywali, iż niejednokrotnie w procesie realizacji programów w obszarze zdrowia pojawiają się problemy z dotarciem do odpowiednich grup odbiorców i zachęceniem ich do udziału w badaniach. Respondenci wskazywali na różnego typu

utrudnienia, na które należy zwrócić uwagę w przypadku realizacji działań informacyjno-promocyjnych w tym zakresie. Jednym ze wskazywanych aspektów była kwestia współpracy z rodzicami, a także kwestia dotarcia potencjalnych odbiorców na badania. Jak wskazują wyniki badania, dla wielu osób aspekt terytorialny może być czynnikiem znacznie obniżającym poziom zainteresowania udziałem w danym programie. Problem ten jest szczególnie istotny w odniesieniu do mieszkańców małych miejscowości i obszarów wiejskich. Niewątpliwie jest to grupa, na którą należy zwrócić szczególną uwagę podczas realizacji działań informacyjno-promocyjnych w tym obszarze.

Do działań, które należy podejmować w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych grup docelowych należy, zdaniem respondentów, m.in. współpraca z lokalnymi liderami i instytucjami działającymi na danym terenie. Za jedno ze skuteczniejszych narzędzi informacji i promocji programów respondenci niejednokrotnie uznawali też kampanie prowadzone za pośrednictwem środków masowego przekazu. Wskazywano również na takie działania jak prezentowanie odpowiednich treści podczas realizowanych festynów, spotkań kulturalnych, czy też sportowych. Dodatkowo, pożądane jest wspieranie tych działań akcjami prowadzonymi na portalach społecznościowych np. facebook oraz za pośrednictwem stron internetowych.

Identyfikacja obszarów ryzyka w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS przez uprawnionych beneficjentów

W kontekście przedmiotowej analizy warto również wskazać na obszary ryzyka w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS, które zostały zidentyfikowane w badaniu przez poszczególne grupy potencjalnych beneficjentów. Dane w tym zakresie mogą być użyteczne w kontekście diagnozy możliwości wsparcia potencjalnych beneficjentów w tym obszarze. Respondenci reprezentujący JST wśród obszarów ryzyka, dostrzegali m.in. poprawne wydatkowanie środków, rezygnacje pacjentów z udziału w programie, czy też brak możliwości realizacji założonych wskaźników. Badani z sektora NGO wśród potencjalnych ryzyk związanych z realizacją programów wymienili także kwestie poprawnego rozliczenia projektu i wydatkowania środków. Wśród przedstawicieli sektora POZ, tylko niewielka część respondentów była w stanie wskazać tego rodzaju ryzyka. Wynikać to może z faktu, iż badane podmioty lecznicze w znacznej większości nie realizowały wcześniej projektów unijnych. Za możliwe ryzyka uznawano w tym przypadku w szczególności rozbudowaną i skomplikowaną sprawozdawczość realizacji projektu, a także proces koordynacji takich projektów.

SYSTEM WYBORU I OCENY PROJEKTÓW

System wyboru i oceny projektów do dofinansowania, który zapewni realizację celów programu

Wyniki badania, pokazują, że zakładany tryb konkursowy budzi różnego typu wątpliwości związane z możliwością jego skutecznej realizacji. Jednym z najpoważniejszych zagrożeń wdrożenia systemu wyboru projektów w trybie konkursowym jest m.in. zagrożenie dużej ilości wniosków przy jednoczesnej ich niskiej jakości. W wypowiedziach respondentów pojawiała się również kwestia związana z tym, iż w przypadku niektórych grup beneficjentów, procedura konkursowa może okazać się zbyt skomplikowana i wiązać się może z licznymi trudnościami natury technicznej. Wynikać to może, zdaniem respondentów, z niewielkiej palety doświadczeń w aplikowaniu o wsparcie unijne. Zdaniem badanych, może to prowadzić do sytuacji, w której składane wnioski będą zawierały znaczną ilość błędów, co uniemożliwi im pozytywne przejście już pierwszego etapu oceny – tj. oceny formalnej.

W związku z tym, w przypadku wdrożenia trybu konkursowego, niezwykle istotne jest, zdaniem respondentów badania, precyzyjne określenie kryteriów wyboru realizatorów takich programów. W badaniu bardzo mocno podkreślano potrzebę uściślenia kryteriów doboru realizatorów w zależności od typu projektów, z uwzględnieniem ich realnego potencjału. Istotnymi czynnikami w tym zakresie, jest zdaniem respondentów, kwestia związana przede wszystkim z potencjałem infrastrukturalnym i diagnostycznym danego beneficjenta. Kolejnym czynnikiem, który powinien być, zdaniem respondentów uwzględniony w tym zakresie są również zasoby kadrowe i posiadane doświadczenie we wskazanym obszarze. Respondenci sugerowali też potrzebę dostosowania tych kryteriów do typu danego projektu. Wskazywano również na jeszcze jeden aspekt, który jest istotny w tym kontekście, a mianowicie czas trwania projektu. Zdaniem dużej części badanych ważne jest, aby projekty wybrane do realizacji były projektami długoterminowymi. Sugerowany przez respondentów wymiar czasowy to minimum 3 lata.

Warto również podkreślić niejednokrotnie pojawiającą się sugestią dotyczącą wagi premiowania projektów przygotowywanych w partnerstwie, jako niezwykle istotnego czynnika wpływającego na osiągnięcie założonych celów programu i skutecznej realizacji przewidzianych działań. Pozwoli to na ograniczenie realizacji wielu mikroskopijnych projektów, które w dużym stopniu mogą pochłonąć środki finansowe na zadania związane z zarządzaniem projektami.

Wyniki badania potwierdzają też zasadność promowania działań, które byłyby koordynowane przez jeden ośrodek/lidera (angażujących przedstawicieli kilku różnych grup podmiotów, specjalistów z różnych środowisk). Jest to szczególnie istotne w kontekście zidentyfikowanego w ramach badania niesatysfakcjonującego poziomu współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami realizującymi działania w obszarze zdrowia, co może skutkować zmniejszonymi możliwościami skutecznego działania interwencji w ramach RPO w całym regionie.

Ponadto, wyniki badania wskazują na potrzebę uwzględnienia kryterium odnoszącego się do najbardziej efektywnych i innowacyjnych sposobów dotarcia do potencjalnych odbiorców programów. Jest to szczególnie istotne w kontekście zdiagnozowanych wśród potencjalnych beneficjentów problemów z zakresie skutecznej rekrutacji odbiorców wsparcia.

W wypowiedziach respondentów uwidaczniała się również wyraźna sugestia, iż w odniesieniu do niektórych typów projektów, bardziej uzasadnione byłoby przyjęcie pozakonkursowego (celowego) trybu wyboru projektów jako bezpieczniejszego i gwarantującego w większym stopniu zrealizowanie celów programu. Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują na zasadność rozważenia możliwości wprowadzenia trybu pozakonkursowego (celowego) w odniesieniu do projektów w zakresie profilaktyki i rehabilitacji – poprzez wybór najlepszych placówek z uwzględnieniem jakości usług beneficjenta, adekwatności działań zaproponowanych w projekcie do potrzeb pacjentów, a także z uwzględnieniem zróżnicowania terytorialnego dla poszczególnych powiatów.

W świetle zidentyfikowanych problemów w dostępie do usług i analizy terytorialnego rozkładu realizowanych programów polityki zdrowotnej można zidentyfikować powiaty o największych potrzebach medycznych. Dotyczy to przede wszystkim obszarów oddalonych terytorialnie od głównych siedzib koncentracji usług. Występuje w nich potrzeba zagwarantowania działań w zakresie profilaktyki czy rehabilitacji zwiększających dostęp do tego typu usług osób na terenach o utrudnionym dostępie komunikacyjnym i grup borykających się z problemami ekonomicznymi i społecznymi, które nie pozwalają na korzystanie z usług zdrowotnych w oddaleniu od miejsca zamieszkania.

Ponadto, jak wskazują wyniki przeprowadzonych analiz, istotne jest promowanie projektów zapewniających powiązanie działań rehabilitacyjnych z działaniami aktywizacyjnymi (w wymiarze społecznym i psychicznym), które pozwalałyby na jak najszybsze wdrożenie działań rehabilitacyjnych, aby w maksymalnie krótkim czasie od pojawienia się urazów/niepełnosprawności przywracać ludzi na rynek pracy. Warto podkreślić, iż niezwykle ważne w tym kontekście jest przyjęcie podejścia systemowego uwzględniającego komplementarność i kompleksowość podejmowanych działań.

Lp.	Wniosek (zdiagnozowany problem)	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Status wdrożenia	Termin realizacji
Priorytet Inwestycyjny: 8vi – Aktywne i zdrowe starzenie						
1.	<p>Niski poziom wiedzy i przygotowania merytorycznego przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego (szczególnie na poziomie gmin) w zakresie opracowywania programów w obszarze zdrowia. Jednostki gminne dysponują ograniczonym potencjałem kadrowym. Zadania z zakresu ochrony zdrowia stanowią jeden z wielu zakresów (np. obok edukacji czy polityki społecznej) powierzonych pracownikom, przez co trudno mówić o specjalistycznym przygotowaniu kadr. Szczególnie w jednostkach, które nie posiadają podległych jednostek medycznych (np. opieka medyczna na terenie gminy realizowana jest wyłącznie przez NZOZ).</p>	<p>Rekomenduje się wdrażanie przygotowanych na poziomie krajowym i wojewódzkim programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej.</p> <p>Rekomenduje się wsparcie kadr jednostek samorządu terytorialnego, odpowiedzialnych za realizację zadań w obszarze zdrowia w formie dedykowanych im materiałów informacyjno-promocyjnych, szkoleń lub doradztwa w zakresie znajomości programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej, możliwości pozyskiwania środków EFS w obszarze zdrowia.</p> <p>Działania edukacyjno-promocyjne powinny być elementem realizowanego programu/programów.</p>	<p>Urząd Marszałkowski (Wydział Zdrowia), Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki, IZ RPO WZ, IP RPO WZ</p>	<p>Konieczność przygotowania programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej przez instytucje na szczeblu wojewódzkim.</p> <p>Przeprowadzenie działań upowszechniających możliwości realizacji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w ramach perspektywy finansowej 2014-2020.</p> <p>Oprócz działań upowszechniających równie istotna jest koordynacja czasowa (wyprzedzenie) działalności promocyjno-informacyjnej planowanymi terminami konkursów. Potrzeba zagwarantować beneficjentom czas na opracowanie tego typu projektów (do uwzględnienia w harmonogramie naborów).</p> <p>Ponadto, możliwość realizacji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w ramach środków EFS powinna być przedmiotem Forum Profilaktyki i Promocji Zdrowia (FPiPZ) prowadzonego przez UMWZ. (Instytucjonalizacja Forum jest jednym z celów strategicznych</p>		<p>II połowa 2016 roku</p>

				Programu Strategicznego Ochrona Zdrowia).		
2.	<p>Wysokim poziom doświadczenia przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego w zakresie zarządzania projektami, programami finansowanymi ze środków unijnych, a z drugiej strony niewielkie zaplecze infrastrukturalne, kadrowe, finansowe organizacji pozarządowych, co może stanowić barierę w aplikowaniu o środki w ramach EFS, a także brak chęci na wyłożenie środków własnych/brak środków własnych przez potencjalnych beneficjentów typu ZOZ/NZOZ/NGO.</p> <p>Ponadto jak wskazują eksperci, usługi medyczne w ramach programów polityki zdrowotnej powinny być realizowane przede wszystkim przez ZOZ/NZOZ. Szanse na osiągnięcie zakładanych celów w obszarze zdrowia zwiększa realizacja projektów, w które angażują dużą liczbę podmiotów leczniczych i tym samym obejmują wsparciem znaczną populację pacjentów.</p>	<p>Rekomenduje się promowanie projektów przygotowywanych w partnerstwie, obejmujących jak największą liczbę jednostek . W tym szczególnie wielosektorowych projektów partnerskich ze szczeblem gminnym/powiatowym/wojewódzkim – aby ograniczać realizację wielu mikroskopijnych projektów, które niepotrzebnie „wchłoną środki finansowe” na samo zarządzanie projektami.</p> <p>Drugi rekomendowany wymiar partnerstwa to współpraca JST z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (w szerokim definicyjnym znaczeniu – ZOZ/NZOZ/NGO). Taka forma partnerstwa zrównoważy zidentyfikowane problemy – z jednej strony kompetencyjne samorządów, z drugiej brak środków na wkład własny / brak zainteresowania wyłożeniem środków na wkład własny przez niektóre typy podmiotów wykonujących działalność leczniczą (ZOZ/NZOZ/NGO).</p>	IZ RPO WZ, IP RPO WZ	<p>Wprowadzenie w ramach kryteriów wyboru projektów - kryterium promującego partnerstwo pomiędzy JST (z różnych szczebli) a sektorem jednostek leczniczych i pozarządowych.</p> <p>Wprowadzenie kryterium promującego projekty obejmujące jak największą populację objętą danym problemem zdrowotnym.</p>		II połowa 2016 roku
3..	<p>Beneficjentami priorytetu mogą być zarówno poszczególne JST jak i sektor NGO czy podmioty lecznicze. Natomiast w ramach badania zidentyfikowano niesatysfakcjonujący poziom współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami</p>	<p>Rekomenduje się promowanie kompleksowych działań, które byłyby koordynowane przez jeden ośrodek/lidera (angażujących przedstawicieli kilku różnych grup podmiotów, specjalistów z różnych</p>	IZ RPO WZ, IP RPO WZ	<p>Wprowadzenie w konkursach kryterium promującego partnerstwo angażujące podmioty dysponujące zróżnicowanymi możliwościami organizacyjnymi, specjalistycznymi czy potencjałem kadrowym.</p>		II połowa 2016 roku

	<p>realizującymi działania w obszarze zdrowia, co może skutkować zmniejszonymi możliwościami skutecznego działania interwencji w ramach RPO w całym regionie. Wśród realizowanych programów polityki zdrowotnej w latach 2014-2015 tylko blisko 10% działań było prowadzonych w partnerstwie JST, NGO, POZ czy uczelnie.</p>	<p>środowisk).</p>			
4.	<p>W świetle zidentyfikowanych problemów w dostępie do usług i analizy terytorialnego rozkładu realizowanych programów polityki zdrowotnej można zidentyfikować powiaty o największych potrzebach medycznych. Potrzeby te zostały określone poprzez analizę poniższych wskaźników:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lokalizacji obszarów o najniższej liczbie szpitali ogólnych wraz z liczbą dostępnych łóżek; • lokalizacji obszarów o najniższej liczbie jednostek opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej; • lokalizacji jednostek ochrony zdrowia należących do Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego; • lokalizacji jednostek stacjonarnych w zakresie rehabilitacji • lokalizacji obszarów o najniższej liczbie gabinetów profilaktycznych; • wartości syntetycznego miernika rozwoju demograficznego, dostępności usług publicznych oraz miernika ubóstwa; • lokalizacji obszarów oddalonych 	<p>Rekomenduje się promowanie projektów w zakresie profilaktyki i rehabilitacji zapewniających wybór najlepszych placówek z uwzględnieniem zróżnicowania terytorialnego pod kątem miejsca zamieszkania odbiorców o największych potrzebach zdefiniowanych w niniejszym badaniu, min. z powiatów: wałeckiego, gryfickiego, łobeskiego, szczecineckiego, świdwińskiego.</p> <p>Rekomenduje się walidację wyników niniejszego badania z planowanymi na rok 2016 mapami potrzeb zdrowotnych i ich zawartości.</p> <p>Rekomenduje się podejście zapewniające kompleksowość działań.</p>	<p>IZ RPO WZ, IP RPO WZ</p>	<p>Wprowadzenie w konkursach kryterium promującego projekty, które:</p> <ul style="list-style-type: none"> • będą obejmować obszary o najmniejszej dostępności do usług medycznych, • będą zawierały kompleksową ocenę diagnozy potrzeb odbiorców oraz adekwatne dla nich działania, które będą w stanie przełamać ograniczenia komunikacyjne i w jak największym stopniu zagwarantować świadczenie usług w otoczeniu odbiorców. <p>Tworząc kryteria należy także opierać się na sytuacji i deficytach gmin zdefiniowanych w ramach Specjalnej Strefy Włączenia, np. w oparciu o kryteria strategiczne.</p>	<p>II połowa 2016 roku</p>

	<p>terytorialnie od głównych siedzib koncentracji usług. Występuje w nich potrzeba zagwarantowania działań w zakresie profilaktyki czy rehabilitacji, które przełamując ograniczenia komunikacyjne zwiększałyby dostęp do tego typu usług osób na terenach o utrudnionym dostępie komunikacyjnym i grup borykających się z problemami ekonomicznymi i społecznymi, które nie pozwalają na korzystanie z usług zdrowotnych w oddaleniu od miejsca zamieszkania. Tutaj kluczowe będzie zagwarantowanie, aby tego typu zdeinstytucjonalizowane usługi realizowane w terytorialnym otoczeniu odbiorców świadczone były przy zaangażowaniu profesjonalnej kadry i wykorzystaniu niezbędnego jakościowo sprzętu.</p>				
5.	<p>Wyniki badania i opinie środowiska medycznego potwierdzają iż tzw. „szybka ścieżka” – czyli usługi zdrowotne powiązane z innymi formami aktywizacji zwiększają szansę na powrót do zdrowia i na rynek pracy ograniczając tym samym ryzyko pojawienia się innych czynników trwałego wykluczenia - również w wymiarze psychicznym.</p>	<p>Rekomenduje się promowanie projektów zapewniających powiązanie działań rehabilitacji medycznej z działaniami aktywizacyjnymi (w wymiarze społecznym i zawodowym), które pozwalałyby na kompleksowe podejście do pacjenta w celu zapewnienia wysokiej jakości oferowanego wsparcia i skrócenia okresu rehabilitacji.</p>	<p>IZ RPO WZ, IP RPO WZ</p>	<p>Wprowadzenie w ramach kryteriów wyboru projektów - kryterium promującego projekty zapewniające uzupełnienie usług rehabilitacji medycznej o wsparcie psychologów, asystentów, doradców zawodowych itp.</p>	<p>II połowa 2016 roku</p>
6.	<p>Zagrożeniem realizacji programów polityki zdrowotnej, które także może wpłynąć na niechęć potencjalnych beneficjentów do</p>	<p>Rekomenduje się prowadzenie działań, które będą promowały możliwość korzystania wśród odbiorców wsparcia</p>	<p>Urząd Marszałkowski (Wydział Zdrowia),</p>	<p>Podjęcie działań informacyjno-promujących, które zapewnią dotarcie do potencjalnych odbiorców</p>	<p>II połowa 2016 roku</p>

	<p>przystąpienia do konkursu, jest rekrutacja odbiorców wsparcia. Mieszkańcy regionu są w niewystarczającym stopniu świadomi konieczności poddawania się badaniom profilaktycznym czy dbania o zdrowie (szczególnie w odniesieniu do mieszkańców terenów wiejskich oraz miejskich dotkniętych problemami społecznymi).</p>	<p>z programów profilaktycznych oraz programów rehabilitacji medycznej, beneficjentów poprzez zastosowanie najbardziej efektywnych i innowacyjnych sposobów dotarcia do potencjalnych odbiorców.</p>	<p>Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki</p>	<p>wsparcia w ramach programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej.</p>		
7.	<p>Dane statystyczne: hospitalizacyjne oraz na poziomie diagnostyki i leczenia POZ – pomimo wskazania pewnych charakterystycznych na tle kraju zjawisk epidemiologicznych - potwierdzają w znacznej mierze informacje uzyskane w trakcie pozostałych metody uwzględnionych w ramach niniejszego badania (zarówno ilościowych jak i jakościowych). Nie można wskazać na istotne problemy zdrowotne regionu, a także cechy różnicujące specyfikę demograficzno-epidemiologiczną województwa zachodniopomorskiego na tle kraju. W związku z tym na poziomie niniejszego badania nie można wskazać jednostek chorobowych jakie powinny być wsparte w ramach typu projektu nr 1: Wdrożenie kompleksowych programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem regionu. Z drugiej strony respondenci badań ilościowych i jakościowych (potencjalni beneficjenci czy lekarze specjaliści) wskazują na potrzebę:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wzmocnienia sektora usług rehabilitacyjnych medycznych, szczególnie pod kątem dostępu do 	<p>Rekomenduje się przeznaczenie środków w ramach WZ RPO wyłącznie na typy projektów nr 2 i 3. Rekomenduje się walidację wyników niniejszego badania z planowanymi na rok 2016 mapami potrzeb zdrowotnych i ich zawartości.</p> <p>W ramach typu projektu nr 2 szczególny nacisk należy położyć na rehabilitację medyczną pod kątem chorób układu kostno-stawowego, które są najczęstszym powodem absencji w pracy.</p>	<p>IZ RPO WZ, IP RPO WZ</p>	<p>Alokacja środków w ramach priorytetu inwestycyjnego: 8vi – Aktywne i zdrowe starzenie, VI Rynek pracy, Działanie 6.8 na typy projektów 2 i 3.</p> <p>W przypadku identyfikacji specyficznych problemów zdrowotnych (bazując na mapach potrzeb zdrowotnych) należy rozważyć zawnioskowanie o zmianę alokacji środków w kontekście przesunięcia ich na typ projektu nr 1</p>		<p>II połowa 2016 roku</p>

	<p>tego typu usług jakie oferuje typ projektu nr 2. W regionie baza pod usługi rehabilitacyjne jest oceniana jako dobra, natomiast brakuje środków finansowych na korzystanie z niej. Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy;</p> <ul style="list-style-type: none"> Wzmocnienie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej – profilaktyki jako skutecznego przeciwdziałania postępu choroby, który obniża koszty przyszłej diagnostyki i leczenia. W tym także promocji i uświadamiania odbiorców, które powinny być elementem każdego realizowanego programu/programów. <p>Oba powyższe typy projektów są wymieniane jako największe potrzeby województwa, a dalej największe problemy zdrowotne w ramach interwencji WZ RPO`. Świadczą o tym także obecnie realizowane programy polityki zdrowotnej (z lat 2014-2015) – oba obszary dominują pośród ich zakresów.</p> <p>Kluczowym dla określenia wagi problemów zdrowotnych w województwie narzędziem, będą mapy potrzeb zdrowotnych, nad którymi prace prowadzone są na poziomie rządowym.</p>				
--	---	--	--	--	--

Priorytet Inwestycyjny: 9iv – Ułatwienie dostępu do przystosowanych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym

1.	<p>Niski poziom wiedzy i przygotowania merytorycznego przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego (szczególnie na poziomie gmin) w zakresie opracowywania programów w obszarze zdrowia. Jednostki gminne dysponują ograniczonym potencjałem kadrowym. Zadania z zakresu ochrony zdrowia stanowią jeden z wielu zakresów (np. obok edukacji czy polityki społecznej) powierzonych pracownikom, przez co trudno mówić o specjalistycznym przygotowaniu kadr. Szczególnie w jednostkach, które nie posiadają podległych jednostek medycznych (np. opieka medyczna na terenie gminy realizowana jest wyłącznie przez NZOZ).</p>	<p>Rekomenduje się wdrażanie przygotowanych na poziomie krajowym i wojewódzkim programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej.</p> <p>Rekomenduje się wsparcie kadr jednostek samorządu terytorialnego, odpowiedzialnych za realizację zadań w obszarze zdrowia w formie dedykowanych im materiałów informacyjno-promocyjnych, szkoleń lub doradztwa w zakresie znajomości programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej, możliwości pozyskiwania środków EFS w obszarze zdrowia.</p> <p>Działania edukacyjno-promocyjne powinny być elementem realizowanego programu/programów.</p>	<p>Urząd Marszałkowski (Wydział Zdrowia), Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki, IZ RPO WZ, IP RPO WZ</p>	<p>Przeprowadzenie działań upowszechniających możliwość realizacji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w ramach środków EFS. Oprócz działań upowszechniających równie istotna jest koordynacja czasowa (wyprzedzenie) działalności promocyjno-informacyjnej planowanymi terminami konkursów. Potrzeba zagwarantować beneficjentom czas na opracowanie tego typu projektów (do uwzględnienia w harmonogramie naborów).</p> <p>Ponadto, możliwość realizacji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w ramach środków EFS powinna być przedmiotem Forum Profilaktyki i Promocji Zdrowia (FPiPZ) prowadzonego przez UMWZ. (Instytucjonalizacja Forum jest jednym z celów strategicznych Programu Strategicznego Ochrona Zdrowia).</p>		II połowa 2016 roku
2.	<p>Wysokim poziom doświadczenia przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego w zakresie zarządzania projektami, programami finansowanymi ze środków unijnych, a z drugiej strony niewielkie zaplecze infrastrukturalne,</p>	<p>Rekomenduje się promowanie projektów przygotowywanych w partnerstwie, obejmujących jak największą liczbę jednostek . W tym szczególnie wielosektorowych projektów partnerskich ze szczeblem</p>	<p>IZ RPO WZ, IP RPO WZ</p>	<p>Wprowadzenie w ramach kryteriów wyboru projektów - kryterium promującego partnerstwo pomiędzy JST (z różnych szczebli) a sektorem jednostek leczniczych i pozarządowych.</p>		II połowa 2016 roku

	<p>kadrowe, finansowe organizacji pozarządowych, co może stanowić barierę w aplikowaniu o środki w ramach EFS, a także brak chęci na wyłożenie środków własnych/brak środków własnych przez potencjalnych beneficjentów typu ZOZ/NZOZ/NGO.</p> <p>Ponadto jak wskazują eksperci, usługi medyczne w ramach programów polityki zdrowotnej powinny być realizowane przede wszystkim przez ZOZ/NZOZ. Szanse na osiągnięcie zakładanych celów w obszarze zdrowia zwiększa realizacja projektów, w które angażują dużą liczbę podmiotów leczniczych i tym samym obejmują wsparciem znaczną populację pacjentów.</p>	<p>gminnym/powiatowym/wojewódzkim – aby ograniczać realizację wielu mikroskopijnych projektów, które niepotrzebnie „wchłoną środki finansowe” na samo zarządzanie projektami.</p> <p>Drugi rekomendowany wymiar partnerstwa to współpraca JST z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (w szerokim definicyjnym znaczeniu – ZOZ/NZOZ/NGO). Taka forma partnerstwa zrównoważy zidentyfikowane problemy – z jednej strony kompetencyjne samorządów, z drugiej brak środków na wkład własny / brak zainteresowania wyłożeniem środków na wkład własny przez niektóre typy podmiotów wykonujących działalność leczniczą (ZOZ/NZOZ/NGO).</p>		<p>Wprowadzenie kryterium promującego projekty obejmujące jak największą populację objętą danym problemem zdrowotnym.</p>		
3.	<p>Niesatysfakcjonujący poziom współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami realizującymi działania w obszarze zdrowia, co może skutkować zmniejszonymi możliwościami skutecznego działania interwencji w ramach RPO w całym regionie. Wśród realizowanych programów polityki zdrowotnej w latach 2014-2015 tylko blisko 10% działań było prowadzonych w partnerstwie JST, NGO, POZ czy uczelnie.</p>	<p>Rekomenduje się promowanie działań, które byłyby koordynowane przez jeden ośrodek/lidera (angażujących przedstawicieli kilku różnych grup podmiotów, specjalistów z różnych środowisk).</p>	<p>IZ RPO WZ, IP RPO WZ</p>	<p>Wprowadzenie w konkursach kryterium promującego partnerstwo angażujące podmioty dysponujące zróżnicowanymi możliwościami organizacyjnymi, specjalistycznymi czy potencjałem kadrowym.</p>		<p>II połowa 2016 roku</p>
4.	<p>Wśród problemów zdrowotnych na które powinny być wydawane środki unijne –</p>	<p>Rekomenduje się promowanie działań, które prowadzone byłyby przez</p>	<p>IZ RPO WZ, IP RPO WZ</p>	<p>Wprowadzenie w konkursach kryterium promującego partnerstwo</p>		<p>II połowa 2016 roku</p>

	<p>wady rozwojowe u dzieci oraz ich wykrywanie – są wskazywane najczęściej przez organizacje pozarządowe oraz podmioty lecznicze. Znacznie mniej JST realizuje, deklaruje chęć realizowania programów polityki zdrowotnej w tym zakresie. Za potencjalnych beneficjentów tego priorytetu należy uznać przede wszystkim POZ (szpitale wojewódzkie, regionalne lub podmioty posiadające oddziały ginekologiczno-położnicze) i sektor NGO. Decyduje o tym przede wszystkim obecność w tych podmiotach praktyków w tej dziedzinie, obecność lekarzy specjalistów, świadomość problemu (konieczności badań) oraz posiadana baza sprzętowa.</p>	<p>jednostki lecznicze lub organizacje pozarządowe (lub w partnerstwie z nimi).</p>		<p>z jednostkami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi.</p>	
5.	<p>W świetle zidentyfikowanych problemów w dostępie do usług i analizy terytorialnego rozkładu realizowanych programów polityki zdrowotnej można zidentyfikować powiaty o największych potrzebach medycznych. Potrzeby te zostały określone poprzez analizę poniższych wskaźników:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lokalizacji obszarów o najniższej liczbie szpitali ogólnych wraz z liczbą dostępnych łóżek; • lokalizacji obszarów o najniższej liczbie jednostek opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej; • lokalizacji jednostek ochrony zdrowia należących do Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego; • wartości syntetycznego miernika 	<p>Rekomenduje się promowanie projektów w zakresie profilaktyki i rehabilitacji zapewniających wybór najlepszych placówek z uwzględnieniem zróżnicowania terytorialnego pod kątem miejsca zamieszkania odbiorców o największych potrzebach zdefiniowanych w niniejszym badaniu, min. z powiatów: wateckiego, gryfickiego, łobeskiego, szczecineckiego, świdwińskiego.</p> <p>Rekomenduje się walidację wyników niniejszego badania z planowanymi na rok 2016 mapami potrzeb zdrowotnych i ich zawartości.</p> <p>Rekomenduje się podejście zapewniające kompleksowość działań.</p>	<p>IZ RPO WZ, IP RPO WZ</p>	<p>Wprowadzenie w konkursach kryterium promującego projekty, które będą:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obejmować obszary o najmniejszej dostępności do usług medycznych, • będą zawierały kompleksową ocenę diagnozy potrzeb odbiorców oraz adekwatne dla nich działania, które będą w stanie przełamać ograniczenia komunikacyjne i w jak największym stopniu zagwarantować świadczenie usług w otoczeniu odbiorów. 	<p>II połowa 2016 roku</p>

	<p>rozwoju demograficznego, dostępności usług publicznych oraz miernika ubóstwa;</p> <ul style="list-style-type: none"> • lokalizacji obszarów oddalonych terytorialnie od głównych siedzib koncentracji usług. <p>Występuje w nich potrzeba zagwarantowania działań w zakresie profilaktyki czy rehabilitacji, które przełamując ograniczenia komunikacyjne zwiększałyby dostęp do tego typu usług osób na terenach o utrudnionym dostępie komunikacyjnym i grup borykających się z problemami ekonomicznymi i społecznymi, które nie pozwalają na korzystanie z usług zdrowotnych w oddaleniu od miejsca zamieszkania. Tutaj kluczowe będzie zagwarantowanie, aby tego typu zdeinstytucjonalizowane usługi realizowane w terytorialnym otoczeniu odbiorców świadczone były przy zaangażowaniu profesjonalnej kadry i wykorzystaniu niezbędnego jakościowo sprzętu.</p>			<p>Tworząc kryteria należy priorytetowo opierać się na sytuacji i potencjale gmin zdefiniowanych w ramach Specjalnej Strefy Włączenia, np. w oparciu o kryteria strategiczne.</p>		
--	---	--	--	---	--	--

IV. Aneksy

Aneks nr 1 – Wykaz programów polityki zdrowotnej, których okres realizacji wykracza poza rok 2015 wg planów na rok 2015 przekazanych przez JST do Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego.

Nazwa programu zdrowotnego	Jednostka samorządu terytorialnego opracowująca, wdrażająca i realizująca program zdrowotny	Cel programu	Czas trwania programu	Teren, na którym będzie realizowany program	Populacja objęta programem	
					Charakterystyka populacji	Prognozowana liczba osób objętych programem
Program profilaktyczny	Powiat Białogardzki	Profilaktyka uzależnień	3 lata	ZSP Tychowo	młodzież w wieku 16-19 lat	215
Program wychowawczy	Powiat Białogardzki	Przeciwdziałanie agresji przemocy, cyberzagrożenia	4 lata	ZSP Tychowo	młodzież w wieku 16-19 lat	215
Profilaktyka otyłości	MOW Podborsko, Powiat Białogard	zapobieganie otyłości wśród dzieci	rok szkolny	MOW Podborsko	młodzież 13-18 lat	60
profilaktyka antynikotynowa	MOW Podborsko, Powiat Białogard	zwalczanie nałogu palenia tytoniu	rok szkolny	MOW Podborsko	młodzież 13-18 lat	60
profilaktyka antynarkotykowa	MOW Podborsko, Powiat Białogard	zapoznanie młodzieży z negatywnymi skutkami substancji odurzających	rok szkolny	MOW Podborsko	młodzież 13-18 lat	60
profilaktyka przeciwdziałaniu chorobom sezonowym	MOW Podborsko, Powiat Białogard	zapobieganie chorobom sezonowym	rok szkolny	MOW Podborsko	młodzież 13-18 lat	60
Ważne wybory- Narkotyki i ja	LO Białogard	Wzbogacenie wiedzy uczniów na temat substancji odurzających. Poznanie rodzaju narkotyków, ich działanie na organizm człowieka. Poznanie przyczyn sięgania po środki uzależniające. Formy pomocy	X 2016	LO Białogard	uczniowie klas II i III	200

		narkomanom. Konsekwencje stosowania narkotyków. Fazy uzależnienia. Symptomy uzależnienia.				
Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych	Powiat Białogardzki	Przeciwdziałanie uzależnieniom	rok szkolny 2014/2016	Powiat Białogardzki	uczniowie szkół ponadgimnazjalnych	bd
Trzymaj formę	Gmina Krzęcin	Promowanie idei zdrowego stylu życia	Rok szkolny 2015/2016	Zespół Szkół w Krzęcinie	Uczniowie Zespołu Szkół	178
Owoce w szkole	Gmina Krzęcin	Zmiana nawyków żywieniowych	Rok szkolny 2015/2016	Zespół Szkół w Krzęcinie	Uczniowie Zespołu Szkół	142
Szklanka mleka	Gmina Krzęcin	Promowanie dobrych nawyków żywieniowych	Rok szkolny 2015/2016	Zespół Szkół w Krzęcinie	Uczniowie Zespołu Szkół	222
Nie pal przy mnie proszę	Gmina Krzęcin	Profilaktyka zdrowia	Rok szkolny 2015/2016	Zespół Szkół w Krzęcinie	Uczniowie Zespołu Szkół	77
Znajdź właściwe rozwiązanie	Gmina Krzęcin	Zapobieganie palenia wśród uczniów	Rok szkolny 2015/2016	Zespół Szkół w Krzęcinie	Uczniowie Zespołu Szkół	178
Zapobieganie paleniu tytoniu	Gmina Wierzchowo, Powiat Drawski, województwo Zachodniopomorskie	Zmniejszenie rozpowszechniania palenia tytoniu	Rok szkolny	teren gminy	dzieci i młodzież powyżej 6 roku życia	400
"Wieloletni program zdrowotny w zakresie profilaktyki wczesnego wykrywania jaskry w gminie Drawsko Pomorskie"	gmina Drawsko Pomorskie, Powiat Drawski, województwo Zachodniopomorskie	i promowanie zdrowego stylu życia	wieloletni	gmina Drawsko Pomorskie	kobiety i mężczyźni w wieku 35-60 lat (biorąc pod uwagę rok urodzenia) zamieszkali na terenie gminy Drawsko Pomorskie.	bd
Bezpłatne szczepienia ochronne przeciwko grypie z uwzględnieniem osób pow.65 roku życia	Gmina Mieszkowice	zwalczanie grypy poprzez szczepienia	2015-2016	Gmina Mieszkowice	mieszkańcy powyżej 65 roku życia	500

rehabilitacja	Gmina Gryfino	poprawa sprawności	2016 r.	Gmina Gryfino	osoby niepełnosprawne	30
badania profilaktyczne	Gmina Gryfino	bad. Profilaktyczne	2016 r.	Gmina Gryfino	dzieci i młodzież	250
zaopatrzenie w wyroby medyczne	Gmina Gryfino	pomoc osobą niepełnosprawnym	2016 r.	Gmina Gryfino	osoby niepełnosprawne	5
szkolenia - pierwsza pomoc	Gmina Gryfino	poprawa umiejętności	2016 r.	Gmina Gryfino	dzieci i młodzież	200
Mleko w szkole		kształtowanie wśród dzieci i młodzieży dobrych nawyków żywieniowych poprzez promowanie spożycia mleka i przetworów mlecznych.	X2015-V.2016	SP Górk Pomorskie	dzieci5-12lat	61
Owoce i warzywa w szkole		kształtowanie wśród dzieci i młodzieży dobrych nawyków żywieniowych poprzez promowanie spożycia warzyw i owoców.	X2015-V.2016	SP Górk Pomorskie	dzieci5-9lat	30
Krajowy program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV	Powiat Myśliborski	ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS	2013-2016	powiat myśliborski	uczniowie gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych	3500
Ogólnopolski Profilaktyczny program przeciwdziałaniu uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych	Powiat Myśliborski	Ograniczenie używania tytoniu, alkoholu przez kobiety w wieku prokreacyjnym, tj. między 15 a 49 rokiem życia	2012-2016	powiat myśliborski	społeczeństwo powiatu szczególnie kobiety w wieku prokreacyjnym, tj. między 15 a 49 rokiem życia	3000
Poprawa sprawności kobiet po mastektomii oraz prowadzenie działań w zakresie profilaktyki przeciwnowotworowej	Gmina-Miasto Stargard Szczeciński	edukacja w zakresie profilaktyki przeciwnowotworowej oraz poprawa sprawności kobiet po mastektomii	2014-2016	Miasto Stargard Szczeciński	kobiety zdrowe i kobiety po mastektomii z różnych grup wiekowych oraz młodzież	360

Prowadzenie Punktu Wczesnego Wykrywania Cukrzycy	Gmina-Miasto Stargard Szczeciński	wczesne wykrywanie cukrzycy oraz edukacja mieszkańców Stargardu Szczecińskiego w tym zakresie	2014-2016	Miasto Stargard Szczeciński	mieszkańcy Miasta Stargardu Szczecińskiego	1250
Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci	Gmina-Miasto Stargard Szczeciński	wczesne wspomaganie rozwoju dzieci tj. usprawnienie ich zaburzonych funkcji życiowych	2014-2016	Miasto Stargard Szczeciński	dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością związaną z zaburzeniami funkcjonowania psychoruchowego od momentu stwierdzenia deficytów rozwojowych do 6 lat	30
Realizacja programu "Spójrz inaczej"	Gmina-Miasto Stargard Szczeciński	edukacja w zakresie profilaktyki uzależnień	realizacja ciągła	Miasto Stargard Szczeciński	uczniowie klas I, II, IV, V stargardzkich szkół podstawowych oraz uczniowie klas I i II stargardzkich gimnazjów	4228
Dożywianie dzieci w szkole	Miasto i Gmina Barwice	zakup posiłków w stołówkach szkolnych	rok szkolny	miasto i gmina Barwice	dzieci w wieku szkolnym	500
Dożywianie dzieci w szkole	Miasto i Gmina Barwice	zakup posiłków w stołówkach szkolnych	rok szkolny	miasto i gmina Barwice	dzieci w wieku szkolnym	500
Znajdź właściwe rozwiązanie	Brzeźno, Świdwin, Zachodniopomorskie	edukacja	rok szkolny	gm. Brzeźno	uczniowie kl. I-III	90
Mamo Tato nie pal przy mnie	Brzeźno, Świdwin, Zachodniopomorskie	edukacja	rok szkolny	gm. Brzeźno	uczniowie kl. I-III	96
"KIK34"Przeciwdziałanie otyłości	Brzeźno, Świdwin, Zachodniopomorskie		rok szkolny	gm. Brzeźno	uczniowie szkoły IV-VI i I-III	190
Czyste powietrze wokół nas	Brzeźno, Świdwin, Zachodniopomorskie	edukacja	rok szkolny	gm. Brzeźno		40
Zapobiegajmy próchnicy	Brzeźno, Świdwin, Zachodniopomorskie	edukacja	rok szkolny	gm. Brzeźno		196
Śniadanie daje moc	Brzeźno, Świdwin, Zachodniopomorskie		rok szkolny	gm. Brzeźno		323

Szkoła Promująca Zdrowie	Brzeźno, Świdwin, Zachodniopomorskie		rok szkolny	gm. Brzeźno		323
--------------------------	--------------------------------------	--	-------------	-------------	--	-----

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie „Informacja o planowanych programach zdrowotnych: plany na rok 2015” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

Aneks nr 2 – Stan zatrudnienia specjalistów: lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów i innych w 2013 roku w województwie zachodniopomorskim według głównego miejsca pracy

Wyszczególnienie	Liczby bezwzględne	Wskaźnik na 10 tys.
Lekarze specjaliści	3 182	18,51
z tego w zakresie:		
Alergologii	28	0,16
Anestezjologii i intensywnej terapii	216	1,26
Angiologii	3	0,02
Audiologii	4	0,02
Balneoklimatologii i medycyny fizykalnej	13	0,08
Chemioterapii nowotworów	2	0,01
Chirurgii ogólnej	180	1,05
Chirurgii dziecięcej	23	0,13
Chirurgii klatki piersiowej	8	0,05
Chirurgii naczyniowej	11	0,06
Chirurgii onkologicznej	23	0,13
Chirurgii plastycznej	5	0,03
Chirurgii szczękowo-twarzowej	2	0,01
Chorób płuc	63	0,37
Chorób wewnętrznych	414	2,41
Chorób zakaźnych	29	0,17
Dermatologii i wenerologii	62	0,36
Dermatologii dziecięcej	2	0,01
Diabetologii	32	0,19
Diagnostyki laboratoryjnej	2	0,01
Epidemiologii	4	0,02
Endokrynologii	23	0,13
Foniatrui	3	0,02
Ginekologii onkologicznej	8	0,05
Gastroenterologii	34	0,2

Geriatrui	5	0,03
Genetyki klinicznej	3	0,02
Hematologii	13	0,08
Hipertensjologii	2	0,01
Immunologii klinicznej	1	0,01
Kardiologii	73	0,42
Kardiochirurgii	10	0,06
Medycyny kolejowej	1	0,01
Medycyny nuklearnej	4	0,02
Medycyny ogólnej	14	0,08
Medycyny rodzinnej	329	1,91
Medycyny paliatywnej	1	0,01
Medycyny pracy	53	0,31
Medycyny przemysłowej	7	0,04
Medycyny ratunkowej	12	0,07
Medycyny sądowej	3	0,02
Medycyny społecznej	1	0,01
Medycyny sportowej	3	0,02
Mikrobiologii	3	0,02
Nefrologii	38	0,22
Neonatologii	52	0,3
Neurochirurgii	27	0,16
Neurologii	87	0,51
Neurologii dziecięcej	9	0,05
Okulistyki	131	0,76
Onkologii	19	0,11
Organizacji ochrony zdrowia	10	0,06
Ortopedii i traumatologii	109	0,63
Otolaryngologii	86	0,5
Otolaryngologii dziecięcej	1	0,01
Otorynolaryngologii	3	0,02
Patomorfologii	22	0,13

Pediatrii	238	1,38
Położnictwa i ginekologii	254	1,48
Psychiatrii	82	0,48
Psychiatrii dzieci i młodzieży	9	0,05
Radiodiagnostyki	99	0,58
Radioterapii onkologicznej	16	0,09
Rehabilitacji medycznej	49	0,29
Reumatologii	40	0,23
Seksuologii	3	0,02
Transfuzjologii	11	0,06
Transplantologii klinicznej	10	0,06
Urologii	38	0,22
Zdrowia publicznego	1	0,01
Inne specjalności nie wymienione wyżej	6	0,03
Specjaliści lekarze dentyści	370	2,15
z tego w zakresie:		
Chirurgii stomatologicznej	26	0,15
Chirurgii szczękowej	7	0,04
Ortodoncji	31	0,18
Periodontologii	15	0,09
Protetyki stomatologicznej	38	0,22
Stomatologii ogólnej	216	1,26
Stomatologii dziecięcej	12	0,07
Stomatologii zachowawczej	24	0,14
Lekarze stomatolodzy o innych specjalnościach	1	0,01
Specjaliści mgr pielęgniarstwa	334	1,94
z tego w zakresie:		
Medycyny społecznej	4	0,02
Organizacji i ochrony zdrowia	2	0,01
Pielęgniarstwa rodzinnego	17	0,1
Pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących	2	0,01
Pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania	4	0,02

Pielęgniarstwa zachowawczego	17	0,1
Pielęgniarstwa geriatrycznego	4	0,02
Pielęgniarstwa kardiologicznego	19	0,11
Pielęgniarstwa nefrologicznego	7	0,04
Pielęgniarstwa diabetologicznego	10	0,06
Pielęgniarstwa pediatrycznego	25	0,15
Pielęgniarstwa chirurgicznego	39	0,23
Pielęgniarstwa operacyjnego	29	0,17
Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki	28	0,16
Pielęgniarstwa onkologicznego	13	0,08
Pielęgniarstwa psychiatrycznego	4	0,02
Pielęgniarstwa opieki długoterminowej	25	0,15
Pielęgniarstwa neurologicznego	2	0,01
Pielęgniarstwa opieki paliatywnej	7	0,04
Pielęgniarstwa ratunkowego	18	0,1
Pielęgniarstwa epidemiologicznego	23	0,13
Mgr pielęgniarstwa o innej specjalności	35	0,2
Specjaliści z położnictwa z wyższym wykształceniem	15	0,09
z tego w zakresie:		
Pielęgniarstwa rodzinnego	2	0,01
Pielęgniarstwa neonatologicznego	1	0,01
Pielęgniarstwa położniczego	9	0,05
Pielęgniarstwa ginekologicznego	3	0,02
Specjaliści farmaceuci razem	28	0,16
z tego w zakresie:		
Analityki klinicznej	2	0,01
Farmacji aptecznej	21	0,12
Farmacji klinicznej	2	0,01
Farmacji szpitalnej	1	0,01
Farmacji społecznej	1	0,01
Zdrowia publicznego	1	0,01
Specjaliści diagnostyki laboratoryjnej razem	85	0,49

z tego w zakresie:		
Analityki klinicznej	38	0,22
Diagnostyki medycznej	32	0,19
Higieny i epidemiologii	1	0,01
Mikrobiologii medycznej	7	0,04
Inni specjaliści analityki medycznej	7	0,04
Inni specjaliści	147	0,86
z tego w zakresie:		
Diagnostyki laboratoryjnej	9	0,05
Epidemiologii	4	0,02
Mikrobiologii	12	0,07
Toksykologii	1	0,01
Rehabilitacji ruchowej	17	0,1
Psychologii klinicznej	15	0,09
Psychologii ogólnej	13	0,08
Analityki sanitarnej	1	0,01
Fizjoterapii	38	0,22
Fizyki medycznej	6	0,03
Promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	1	0,01
Zdrowia publicznego	5	0,03
Inni	25	0,15

Uwaga metodyczna: Dane przedstawiono w oparciu o roczne sprawozdania o specjalistach zatrudnionych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą (MZ-89).

Źródło: Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2013 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2014

Aneks nr 3 – Liczba świadczeniodawców usług rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ w województwie zachodniopomorskim w roku 2015

MIEJSCOWOŚĆ	LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW
BARLINEK	3
BARWICE	1
BIAŁOGARD	3
BIAŁY BÓR	1
BOBOLICE	1
BORNE SULINOWO	1
CHOSZCZNO	1
CZAPLINEK	1
DĄBKI	1
DĘBNO	1
DRAWSKO POMORSKIE	1
GOLCZEWO	1
GOLENIÓW	2
GOŚCINO	1
GRYFICE	1
GRYFINO	1
GRZMIĄÇA	1
JAROSŁAWIEC	1
KAJETANY	1
KAMIEŃ POMORSKI	1
KOŁOBRZEG	6
KOSZALIN	8
ŁOBEZ	1
MIELNO	1
MIERZYN	1
MIESZKOWICE	1
MYŚLIBÓRZ	1
NOWE CZARNOWO	1

POLANÓW	1
POLICE	1
POŁCZYN-ZDRÓJ	1
PUSTKOWO	1
PYRZYCE	2
RESKO	1
SŁAWNÓ	2
STARGARD SZCZECIŃSKI	2
SZCZECIN	23
SZCZECINEK	3
ŚWIDWIN	2
ŚWINOUJŚCIE	1
TUCZNO	1
UNIEŚCIE	1
WAŁCZ	3
WOLIN	1
ZŁOCIENIEC	2
SUMA	93

Źródło: Obliczenia własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie: aplikacje.nfz.gov.pl

Aneks nr 4 - Wykaz świadczeniodawców profilaktycznych programów zdrowotnych, którzy zawarli umowy z NFZ w roku 2015 wraz z kwotami zawartych zobowiązań

NAZWA ŚWIADCZENIODAWCY	MIASTO	SUMARYCZNA KWOTA ZOBOWIĄZAŃ WYNIKAJĄCA Z ZAWARTEJ UMOWY [PLN]
"MULTIMED ZOZ GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZY	KOSZALIN	10625,95
WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY - ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM LECZENIA I PROFILAKTYKI SZCZECIN	SZCZECIN	173124
SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 POMORSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO	SZCZECIN	1461703,32
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDITEST. DIAGNOSTYKA MEDYCZNA"	SZCZECIN	429690,4
MERITUM - PRZYCHODNIA RODZINNA JACEK FROELICH	SZCZECINEK	1008
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROFILAKTYKA"	KOSZALIN	165816,8
"MEDEA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	BIAŁY BÓR	1512
NZOZ PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA JAWNA	SZCZECIN	4394,3
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICAL CARE" JACEK MATUSIAK	SZCZECIN	257954,76
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZNACZKO	CHOSZCZNO	1015
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIE MEDYCYNY RODZINNEJ"	SZCZECIN	2394
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IWONA WOŁOWICZ-NAGLIK - MEDYCYNĄ RODZINNA	SZCZECIN	3400
ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII	SZCZECIN	464169,44
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRYFICACH	GRYFICE	365204,32
SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA W KOSZALINIE	KOSZALIN	182997
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PROFILAKTYKA I DIAGNOSTYKA	GDAŃSK	1077248,16
SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROJE"	SZCZECIN	18597,15
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W KOSZALINIE	KOSZALIN	56063,6

SAMODZIELNY PUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE SZCZECIŃSKIM	STARGARD SZCZECIŃSKI	303,45
SZPITAL W SZCZECINKU SPÓŁKA Z O.O.	SZCZECINEK	85821,12
SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 IM. PROF.TADEUSZA SOKOŁOWSKIEGO PUM	SZCZECIN	435684,5
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRACOWNIA RENTGENODIAGNOSTYKI TOMMA	GNIEZNO	53743,4
LUX MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	WARSZAWA	1204506,72
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAMMO-MED CENTRUM DIAGNOSTYKI I USŁUG MEDYCZNYCH	GDAŃSK	160142,4
DIAGEN DIAGNOSTYKA GENETYCZNA DLA RODZINY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	SZCZECIN	706334,2
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "AMBULATORIUM"	BIAŁOGARD	34542,36
ZOZ "PRZYCHODNIA RODZINNA"	MYŚLIBÓRZ	3402
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHOSZCZynie	CHOSZCZNO	66005,04

Źródło: aplikacje.nfz.gov.pl

Aneks nr 5 - Charakterystyka projektów zdrowotnych realizowanych przez Województwo Zachodniopomorskie w roku 2014

TEREN, NA KTÓRYM REALIZOWANY BYŁ PROGRAM	POPULACJA OBJĘTA PROGRAMEM		REALIZATORZY PROGRAMU		ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ	SZKOLENIA, KONFERENCJE	DZIAŁANIA PROMOCYJNO-EDUKACYJNE	ZAKUP SPRZĘTU
	CHARAKTERYSTYKA POPULACJI	LICZBA OSÓB OBJĘTYCH PROGRAMEM	NAZWA JEDNOSTKI	MIEJSCOWOŚĆ				
Województwo Zachodniopomorskie	osoby dorosłe pozostające pod opieką lekarzy rodzinnych z typowymi dolegliwościami stenokardialnymi z miejscowości województwa zachodniopomorskiego z utrudnionym dostępem do specjalistycznych konsultacji kardiologicznych	bd	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	Szczecin	TAK	TAK		
Województwo Zachodniopomorskie	osoby dorosłe z rozpoznaną chorobą wieńcową oraz osoby obciążone licznymi czynnikami ryzyka rozwoju choroby wieńcowej kierowani z Poradni Kardiologicznej oraz przez lekarzy poz z terenu województwa zachodniopomorskiego	54	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	Szczecin			TAK	TAK
Województwo Zachodniopomorskie	populacja województwa zachodniopomorskiego	bd	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii	Szczecin		TAK		TAK
Województwo Zachodniopomorskie	mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego: dorośli, młodzież, dzieci, uczestnicy akcji profilaktycznych podczas imprez masowych, festynów i spotkań organizowanych z samorządami województwa zachodniopomorskiego, kobiety 45-49 lat i 70+, którym wykonano profilaktyczne badania mammograficzne	13 204	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii	Szczecin	TAK	TAK	TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	kobiety po przebytych leczeniu nowotworu piersi pracujące przed chorobą - bez górnej granicy wieku	30	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii - Ośrodek Rehabilitacji Psychospołecznej i Medycznej Osób Niepełnosprawnych	Szczecin	TAK	TAK	TAK	TAK

Województwo Zachodniopomorskie	populacja województwa zachodniopomorskiego	200	Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie	Koszalin	TAK		TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	kobiety poniżej 50 roku życia z terenu województwa zachodniopomorskiego	200	Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie	Koszalin	TAK		TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	kobiety z terenu województwa zachodniopomorskiego , u których w wyniku wcześniejszego badania cytologicznego stwierdzono konieczność pogłębionej diagnostyki	200	SPS ZOZ Zdroje w Szczecinie	Szczecin	TAK		TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	populacja województwa zachodniopomorskiego powyżej 16 roku życia	300	Specjalistyczny Szpital im. prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie	Szczecin	TAK	TAK	TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	pacjenci szpitala	494	Specjalistyczny Szpital im. prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie	Szczecin		TAK	TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	populacja województwa zachodniopomorskiego - osoby dorosłe chorujące na cukrzycę, kobiety w ciąży z cukrzycą ciążową	bd	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	Szczecin	TAK		TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	populacja województwa zachodniopomorskiego - osoby dotknięte chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego, kolanowego, skokowego i ramiennego leczeni operacyjnie,	379	Specjalistyczny Szpital im. prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie	Szczecin	TAK		TAK	TAK
Województwo Zachodniopomorskie	populacja województwa zachodniopomorskiego - osoby zagrożone wystąpieniem osteoporozy i osoby chore, personel pielęgniarski Szpitala	1 500	Specjalistyczny Szpital im. prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie	Szczecin	TAK	TAK	TAK	TAK

Województwo Zachodniopomorskie	populacja województwa zachodniopomorskiego - pacjenci hospitalizowani w Szpitalu , chorujący na POCHP w wieku 40-65 lat	300	Specjalistyczny Szpital im. prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie	Szczecin			TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	populacja dzieci w wieku 1-6 lat z terenu województwa zachodniopomorskiego	240	SPS ZOZ Zdroje w Szczecinie	Szczecin	TAK		TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	populacja osób po 40 r.ż z terenu województwa zachodniopomorskiego	200	SPS ZOZ Zdroje w Szczecinie	Szczecin	TAK		TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	Rodzice dzieci w wieku od urodzenia do 24 m-ca życia oraz kobiety w ciąży z partnerami	2 000	SPS ZOZ Zdroje w Szczecinie	Szczecin		TAK	TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	Dzieci w wieku 3-12 m. ż.	60	SPS ZOZ "ZDROJE" w Szczecinie	Szczecin	TAK		TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	Badaniem zostały objęte dzieci i młodzież w wieku 6-18 lat, zbadane przez lekarza POZ lub w innych poradniach specjalistycznych, u których stwierdzono zaburzenia postawy wynikające z nieprawidłowych nawyków posturalnych lub nieprawidłowego rozkładu napięcia mięśniowego.	54	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROJE" w Szczecinie	Szczecin	TAK		TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	Osoby od 55 roku życia, z dysfunkcją narządu ruchu, czynne zawodowo.	28	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROJE" w Szczecinie	Szczecin	TAK		TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	osoby dorosłe, które ukończyły 40 rok życia, będące palaczami tytoniu zarówno czynnymi jak i biernymi z terenu województwa zachodniopomorskiego	200	Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc	Koszalin	TAK		TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	populację stanowiły osoby dorosłe, palące, w przeważającej ilości mieszkańcy miasta Koszalina ale też okolicznych powiatów, takich jak: szczeciński, sławieński, drawski, białogardzki i inni.	203	Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc	Koszalin	TAK		TAK	

Województwo Zachodniopomorskie	Mieszkańcy województwa, ze szczególnym skierowaniem na osoby podejmujące ryzykowne zachowania: młodzież, pracowników medycznych, nauczycieli, policjantów.	2000	Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	Szczecin	TAK	TAK	TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	pacjenci leczący się psychiatrycznie, pacjenci innych oddziałów zainteresowani poszerzeniem swojej wiedzy nt. zdrowia psychicznego oraz ich bliscy, pracownicy instytucji pomocowych, personel szpitala, mieszkańcy województwa, uczniowie szkół	811	Regionalny Szpital	Kołobrzeg	TAK	TAK	TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	Dzieci, młodzież oraz osoby dorosłe poddane hospitalizacji w oddziałach stacjonarnych i dziennych psychiatrycznych z powodu zaburzeń i chorób psychicznych oraz osoby chorujące na zaburzenia odżywiania, ich rodziny oraz bliscy	bd	SPS ZOZ Zdroje w Szczecinie	Szczecin	TAK		TAK	TAK
Województwo Zachodniopomorskie	Osoby po 50 roku życia - kobiety i mężczyźni leczeni z powodu zespołów bólowych i zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa	47	Szpital Uzdrawiskowy "Willa Fortuna" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Kołobrzeg	TAK	TAK	TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	Populacja województwa zachodniopomorskiego	bd	Zachodniopomorski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża w Szczecinie	Szczecin	TAK		TAK	
Województwo Zachodniopomorskie	Populacja województwa zachodniopomorskiego	33	Zachodniopomorski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża w Szczecinie	Szczecin		TAK		TAK
Województwo Zachodniopomorskie	pracownicy, wolontariusze hospicyjnych organizacji pozarządowych z terenu całego kraju	104	Fundacja Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych	Szczecin		TAK		

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie „Informacja o planowanych programach zdrowotnych zrealizowanych w roku 2014” przekazanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego 12.11.2015

Aneks nr 6 - Realizacja badań bilansowych dla poszczególnych grup wiekowych (odsetek zbadanych uczniów) w szkołach zlokalizowanych w poszczególnych powiatach województwa zachodniopomorskiego z uwzględnieniem szkół zlokalizowanych na terenach miejskich i na wsi

	ODSETEK PRZEBADANYCH UCZNIÓW														
	KLASY „0” – 6 LAT			KLASY III - 10 LAT			KLASY I GIMNAZJUM - 13 LAT			UCZNIÓW KLASY I SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ - 16 LAT			U UCZNIÓW OSTATNIEJ KLASY SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ - 18-19 LAT		
	SZKOŁY OGÓŁEM	SZKOŁY W MIEŚCIE	SZKOŁY NA WSI	SZKOŁY OGÓŁEM	SZKOŁY W MIEŚCIE	SZKOŁY NA WSI	SZKOŁY OGÓŁEM	SZKOŁY W MIEŚCIE	SZKOŁY NA WSI	SZKOŁY OGÓŁEM	SZKOŁY W MIEŚCIE	SZKOŁY NA WSI	SZKOŁY OGÓŁEM	SZKOŁY W MIEŚCIE	SZKOŁY NA WSI
BIĄŁOGARDZKI	95,7%	95,7%	-	94,3%	94,3%	-	92,9%	92,9%	-	67,8%	67,8%	-	69,9%	69,9%	-
CHOSZCZEŃSKI	97,1%	97,1%	-	96,0%	96,0%	-	92,7%	92,7%	-	83,6%	83,6%	-	96,5%	96,5%	-
DRAWSKI	95,8%	95,8%	-	95,4%	95,4%	-	96,2%	96,2%	-	97,0%	97,0%	-	94,4%	94,4%	-
GOLENIOWSKI	94,4%	94,5%	90,5%	98,8%	98,8%	100,0%	97,7%	97,7%	-	87,8%	87,7%	100,0%	88,9%	88,8%	100,0%
GRYFICKI	93,1%	93,1%	-	94,0%	94,0%	-	90,1%	90,1%	-	92,6%	93,2%	90,0%	93,0%	94,3%	87,9%
GRYFIŃSKI	98,2%	98,2%	-	98,2%	98,2%	-	100,0%	100,0%	-	88,8%	88,8%	-	99,4%	99,4%	-
KAMIEŃSKI	97,3%	97,3%	-	99,4%	99,4%	-	96,2%	96,6%	80,0%	89,6%	90,0%	85,7%	85,5%	84,3%	100,0%
KOŁOBRZESKI	93,9%	93,9%	-	93,1%	93,1%	-	92,2%	91,7%	100,0%	93,1%	93,2%	86,7%	97,5%	98,1%	66,7%
KOSZALIŃSKI	96,6%	96,6%	-	95,7%	95,7%	-	92,5%	92,5%	-	96,7%	97,9%	77,8%	92,2%	94,9%	75,0%
ŁOBESKI	96,6%	96,6%	-	95,7%	95,7%	-	100,0%	100,0%	-	84,5%	84,5%	-	73,5%	71,8%	93,3%

MYŚLIBORSKI	94,7%	94,6%	100,0%	90,1%	90,2%	87,5%	90,5%	90,2%	100,0%	93,0%	92,9%	100,0%	98,8%	98,8%	100,0%
POLICKI	87,6%	87,6%	-	82,5%	82,5%	-	85,3%	85,3%	-	95,7%	95,7%	-	98,7%	98,7%	-
PYRZYCKI	94,9%	95,4%	50,0%	90,3%	90,3%	-	91,5%	94,0%	50,0%	92,0%	92,0%	-	99,3%	99,3%	-
SŁAWIEŃSKI	96,1%	96,4%	93,0%	95,3%	96,1%	87,0%	86,9%	87,1%	83,3%	84,0%	84,0%	-	89,0%	89,0%	-
STARGARDZKI	91,6%	91,6%	100,0%	87,9%	87,7%	100,0%	81,2%	81,6%	52,6%	76,9%	78,7%	56,7%	93,6%	96,2%	65,9%
SZCZECINECKI	91,4%	91,4%	-	90,6%	90,6%	92,9%	84,6%	84,0%	95,5%	92,4%	92,2%	100,0%	88,1%	87,9%	100,0%
ŚWIDWIŃSKI	92,0%	92,0%	100,0%	94,0%	94,0%	100,0%	85,6%	86,1%	76,0%	95,6%	95,6%	-	95,3%	95,3%	-
WAŁECKI	94,3%	94,3%	-	93,2%	93,2%	-	93,5%	93,5%	-	72,0%	72,0%	-	91,6%	91,6%	-
M. KOSZALIN	98,4%	98,4%	100,0%	96,4%	96,4%	97,1%	93,8%	93,7%	100,0%	93,8%	94,0%	88,9%	97,6%	97,8%	93,3%
M. SZCZECIN	91,2%	92,2%	71,2%	91,3%	92,1%	75,1%	84,5%	84,4%	95,5%	79,2%	80,3%	48,6%	83,7%	84,8%	37,5%
M. ŚWINOUJŚCIE	78,4%	81,7%	33,3%	79,5%	80,0%	62,5%	89,8%	91,3%	64,7%	71,7%	73,8%	54,9%	69,6%	73,2%	50,7%
RAZEM WOJEWÓDZTWO	93,5%	93,8%	79,4%	92,7%	93,0%	82,0%	89,3%	89,3%	88,3%	85,3%	85,9%	69,1%	89,9%	90,6%	70,2%

Źródło: Opracowanie własne ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. na podstawie : Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2013, ZUW Szczecin 2014

Aneks nr 7 - Liczba dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi według rozpoznań w poszczególnych powiatach

	białogardzki	choszczeński	drawski	goleniowski	gryficki	gryfiński	kamieński	kołobrzeski	koszaliński	łobeski	mysliborski	policki	pyrzycki	sławieński	stargardzki	szczeciński	świdwiński	watecki	M. Koszalin	M. Szczecin	M. Świnoujście
1. trwałe uszkodzenie narządu ruchu, zaburzenia statyki ciała	1 609	977	857	3 230	17	2 775	1 395	241	1 546	930	2 653	2 049	994	1 823	6 886	2 132	2 938	734	5 231	13 382	1 815
w tym: zaburzenia statyki ciała	1 578	906	805	3 035	15	2 756	1 390	188	1 289	917	2 634	1 860	991	1 782	6 618	2 065	2 894	690	901	12 823	1 778
2. wady wzroku ogółem	951	743	436	2 492	30	1 800	825	255	1 262	687	1 468	968	878	852	2 372	1 755	893	936	782	6 048	919
w tym: zez	128	32	35	219	2	168	38	54	173	78	178	60	106	49	211	115	66	94	219	312	62
daltonizm	11	11	22	134	1	55	33	2	29	46	22	23	42	11	107	11	39	26	21	264	69
niedowidzenie	835	321	310	2 213	27	1 517	741	238	951	568	782	885	731	792	2 079	1 629	748	866	542	5 448	39
3. zaburzenia w rozwoju somatycznym	955	530	741	2 479	50	2 400	822	334	1 388	906	1 656	1 017	811	1 068	1 814	1 294	1 202	556	3 591	5 751	1 268
w tym: nadwaga i otyłość	509	355	552	1 356	41	1 359	429	251	1 061	490	1 008	561	381	608	988	925	659	325	1 085	3 179	832
niedobór masy ciała	241	132	102	706	8	632	289	51	194	272	396	257	281	294	424	223	371	159	2 176	1 652	337
niedobór wzrostu	240	101	83	581	1	409	226	42	133	147	257	198	149	166	345	167	176	77	330	1 008	116
4. alergia	446	218	371	1 141	13	671	271	171	360	414	298	519	380	332	688	299	431	249	1 685	3 396	536
5. wady wymowy	408	177	102	1 107	1	658	323	191	148	293	306	262	218	303	839	320	283	247	501	1 638	109
6. upośledzenie umysłowe i trwałe uszkodzenie CUN	180	147	153	396	-	240	81	57	28	100	213	215	195	81	454	295	234	91	233	1 051	29
7. astma	257	158	41	469	107	336	117	41	154	87	179	297	108	171	668	278	135	103	576	1 251	256
8. wady serca i choroby układu krążenia	61	59	24	172	1	217	74	20	38	62	101	199	95	50	264	71	45	39	146	1 085	66
9. choroba układu moczopłciowego	43	21	22	116	4	93	41	11	29	25	37	85	45	11	153	37	33	36	61	359	52
10. wady słuchu	53	17	16	60	1	65	22	24	35	25	23	50	20	70	98	53	35	19	387	394	27
11. choroby tarczycy	37	31	13	58	1	38	20	10	26	27	55	32	48	15	126	30	22	50	86	314	34

12. cukrzyca	18	9	9	17	-	60	6	9	13	3	23	17	5	13	30	25	13	15	27	97	14
13. choroba reumatyczna	5	10	2	13	-	1	2	2	6	1	9	5	2	3	11	3	3	-	17	45	7
14. inne problemy nie objęte wykazem	425	94	168	402	6	852	112	142	288	201	290	460	130	174	1 744	136	219	174	803	1 612	554

Źródło: Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2013, ZUW Szczecin 2014

Aneks nr 8 - Objęcie populacji programem profilaktyki raka piersi - podział na gminy województwa zachodniopomorskiego (2015-11-01)

Nazwa powiatu	Nazwa gminy	Liczba osób kwalifikujących się	Liczba osób wyłączonych - ogółem	Liczba osób wyłączonych z powodu leczenia poza SIMP	Liczba osób wyłączonych z powodu leczenia w SIMP	Liczba osób wyłączonych z powodu badania poza SIMP				Liczba osób wyłączonych z powodu badania w SIMP				Procent objęcia populacji [%]
						ogółem	2013	2014	2015	ogółem	2013	2014	2015	
BIAŁOGARDZKI	BIAŁOGARD	3 723	1 725	92	1	0	0	0	0	1 632	112	884	636	46,33
BIAŁOGARDZKI	BIAŁOGARD	872	390	14	0	0	0	0	0	376	31	183	162	44,72
BIAŁOGARDZKI	KARLINO	895	451	16	0	0	0	0	0	435	19	210	206	50,39
BIAŁOGARDZKI	KARLINO	333	157	7	0	0	0	0	0	150	13	75	62	47,15
BIAŁOGARDZKI	TYCHOWO	389	191	12	0	0	0	0	0	179	11	116	52	49,1
BIAŁOGARDZKI	TYCHOWO	494	196	19	0	0	0	0	0	177	8	119	50	39,68
CHOSZCZEŃSKI	BIERZWNIK	625	321	9	0	0	0	0	0	312	18	120	174	51,36
CHOSZCZEŃSKI	CHOSZCZNO	2 555	1 140	89	1	0	0	0	0	1 050	55	549	446	44,62
CHOSZCZEŃSKI	CHOSZCZNO	761	262	17	0	0	0	0	0	245	13	116	116	34,43
CHOSZCZEŃSKI	DRAWNO	359	167	10	0	0	0	0	0	157	1	72	84	46,52
CHOSZCZEŃSKI	DRAWNO	388	177	14	0	0	0	0	0	163	2	89	72	45,62
CHOSZCZEŃSKI	KRZĘCIN	489	196	13	0	0	0	0	0	183	10	83	90	40,08
CHOSZCZEŃSKI	PEŁCZYCE	389	197	10	0	0	0	0	0	187	4	93	90	50,64
CHOSZCZEŃSKI	PEŁCZYCE	603	272	18	0	0	0	0	0	254	3	133	118	45,11

CHOSZCZEŃSKI	RECZ	430	221	14	0	0	0	0	0	207	5	60	142	51,4
CHOSZCZEŃSKI	RECZ	328	120	14	0	0	0	0	0	106	1	29	76	36,59
DRAWSKI	CZAPLINEK	1 144	682	22	0	0	0	0	0	660	20	341	299	59,62
DRAWSKI	CZAPLINEK	510	261	9	0	0	0	0	0	252	13	103	136	51,18
DRAWSKI	DRAWSKO POMORSKIE	1 916	1 159	55	1	0	0	0	0	1 103	9	467	627	60,49
DRAWSKI	DRAWSKO POMORSKIE	559	313	11	0	0	0	0	0	302	3	141	158	55,99
DRAWSKI	KALISZ POMORSKI	677	343	13	0	0	0	0	0	330	1	164	165	50,66
DRAWSKI	KALISZ POMORSKI	306	140	3	0	0	0	0	0	137	0	75	62	45,75
DRAWSKI	OSTROWICE	351	161	8	0	0	0	0	0	153	1	81	71	45,87
DRAWSKI	WIERZCHOWO	611	285	16	0	0	0	0	0	269	3	108	158	46,64
DRAWSKI	ZŁOCIENIEC	2 054	1 204	54	0	0	0	0	0	1 150	15	588	547	58,62
DRAWSKI	ZŁOCIENIEC	242	127	5	0	0	0	0	0	122	0	54	68	52,48
GOLENIOWSKI	GOLENIÓW	3 593	1 969	108	1	0	0	0	0	1 860	92	895	873	54,8
GOLENIOWSKI	GOLENIÓW	1 523	750	49	1	0	0	0	0	700	41	333	326	49,24
GOLENIOWSKI	MASZEWO	453	245	13	0	0	0	0	0	232	6	75	151	54,08
GOLENIOWSKI	MASZEWO	569	291	16	0	0	0	0	0	275	6	111	158	51,14
GOLENIOWSKI	NOWOGARD	2 731	1 483	102	1	0	0	0	0	1 380	113	733	534	54,3
GOLENIOWSKI	NOWOGARD	836	342	14	1	0	0	0	0	327	23	181	123	40,91
GOLENIOWSKI	OSINA	363	150	7	0	0	0	0	0	143	4	76	63	41,32

GOLENIOWSKI	PRZYBIERNÓW	662	293	13	0	0	0	0	0	280	4	160	116	44,26
GOLENIOWSKI	STEPNICA	356	179	9	0	0	0	0	0	170	1	85	84	50,28
GOLENIOWSKI	STEPNICA	281	127	9	0	0	0	0	0	118	4	65	49	45,2
GRYFICKI	BROJCE	480	239	6	0	0	0	0	0	233	8	121	104	49,79
GRYFICKI	GRYFICE	2 771	1 385	66	0	0	0	0	0	1 319	130	715	474	49,98
GRYFICKI	GRYFICE	855	386	17	0	0	0	0	0	369	42	173	154	45,15
GRYFICKI	KARNICE	561	288	13	0	0	0	0	0	275	29	127	119	51,34
GRYFICKI	PŁOTY	636	362	20	0	0	0	0	0	342	10	168	164	56,92
GRYFICKI	PŁOTY	544	245	12	0	0	0	0	0	233	15	120	98	45,04
GRYFICKI	REWAL	582	265	22	0	0	0	0	0	243	15	164	64	45,53
GRYFICKI	TRZEBIATÓW	1 470	787	54	1	0	0	0	0	732	30	334	368	53,54
GRYFICKI	TRZEBIATÓW	801	363	25	0	0	0	0	0	338	13	131	194	45,32
GRYFIŃSKI	BANIE	870	447	20	0	0	0	0	0	427	28	201	198	51,38
GRYFIŃSKI	CEDYNIA	262	97	7	0	0	0	0	0	90	13	65	12	37,02
GRYFIŃSKI	CEDYNIA	320	109	7	0	0	0	0	0	102	12	74	16	34,06
GRYFIŃSKI	CHOJNA	1 075	639	33	1	0	0	0	0	605	24	250	331	59,44
GRYFIŃSKI	CHOJNA	778	387	14	0	0	0	0	0	373	9	147	217	49,74
GRYFIŃSKI	GRYFINO	3 628	1 948	124	1	0	0	0	0	1 823	68	808	947	53,69
GRYFIŃSKI	GRYFINO	1 276	640	34	0	0	0	0	0	606	29	283	294	50,16
GRYFIŃSKI	MIESZKOWICE	500	269	18	0	0	0	0	0	251	1	134	116	53,8

GRYFIŃSKI	MIESZKOWICE	430	242	16	1	0	0	0	0	225	1	116	108	56,28
GRYFIŃSKI	MORYŃ	274	155	5	0	0	0	0	0	150	15	91	44	56,57
GRYFIŃSKI	MORYŃ	358	190	6	0	0	0	0	0	184	29	109	46	53,07
GRYFIŃSKI	STARE CZARNOWO	525	203	13	0	0	0	0	0	190	6	151	33	38,67
GRYFIŃSKI	TRZCIŃSKO-ZDRÓJ	359	195	13	0	0	0	0	0	182	2	90	90	54,32
GRYFIŃSKI	TRZCIŃSKO-ZDRÓJ	346	175	2	0	0	0	0	0	173	2	90	81	50,58
GRYFIŃSKI	WIDUCHOWA	692	306	13	1	0	0	0	0	292	122	88	82	44,22
KAMIEŃSKI	DZIWNÓW	477	226	13	0	0	0	0	0	213	3	82	128	47,38
KAMIEŃSKI	DZIWNÓW	212	69	7	0	0	0	0	0	62	2	27	33	32,55
KAMIEŃSKI	GOLCZEWO	451	231	14	0	0	0	0	0	217	8	119	90	51,22
KAMIEŃSKI	GOLCZEWO	384	203	11	0	0	0	0	0	192	9	121	62	52,86
KAMIEŃSKI	KAMIEŃ POMORSKI	1 656	947	50	0	0	0	0	0	897	96	388	413	57,19
KAMIEŃSKI	KAMIEŃ POMORSKI	679	350	25	0	0	0	0	0	325	23	142	160	51,55
KAMIEŃSKI	MIĘDZYZDROJE	989	464	30	0	0	0	0	0	434	59	254	121	46,92
KAMIEŃSKI	MIĘDZYZDROJE	184	93	6	1	0	0	0	0	86	9	42	35	50,54
KAMIEŃSKI	ŚWIERZNO	565	318	14	0	0	0	0	0	304	36	148	120	56,28
KAMIEŃSKI	WOLIN	861	501	28	0	0	0	0	0	473	80	266	127	58,19
KAMIEŃSKI	WOLIN	979	494	25	0	0	0	0	0	469	71	265	133	50,46
KOŁOBRZESKI	KOŁOBRZEG	7 953	3 818	227	1	0	0	0	0	3 590	265	2 222	1 103	48,01
KOŁOBRZESKI	DYGOWO	758	349	15	0	0	0	0	0	334	18	216	100	46,04

KOŁOBRZESKI	GOŚCINO	356	179	11	0	0	0	0	0	168	15	44	109	50,28
KOŁOBRZESKI	GOŚCINO	288	99	1	0	0	0	0	0	98	1	32	65	34,38
KOŁOBRZESKI	KOŁOBRZEG	1 401	645	44	0	0	0	0	0	601	62	348	191	46,04
KOŁOBRZESKI	RYMAŃ	516	269	15	0	0	0	0	0	254	9	96	149	52,13
KOŁOBRZESKI	SIEMYŚL	451	223	9	0	0	0	0	0	214	24	69	121	49,45
KOŁOBRZESKI	USTRONIE MORSKIE	556	260	11	0	0	0	0	0	249	4	150	95	46,76
KOSZALIŃSKI	BĘDZINO	1 185	588	27	0	0	0	0	0	561	25	352	184	49,62
KOSZALIŃSKI	BIESIEKIERZ	861	447	25	0	0	0	0	0	422	12	217	193	51,92
KOSZALIŃSKI	BOBOLICE	706	357	12	0	0	0	0	0	345	5	157	183	50,57
KOSZALIŃSKI	BOBOLICE	510	233	13	0	0	0	0	0	220	2	91	127	45,69
KOSZALIŃSKI	MANOWO	907	424	23	0	0	0	0	0	401	28	223	150	46,75
KOSZALIŃSKI	MIELNO	796	414	22	0	0	0	0	0	392	44	207	141	52,01
KOSZALIŃSKI	POLANÓW	485	259	11	0	0	0	0	0	248	2	146	100	53,4
KOSZALIŃSKI	POLANÓW	714	297	10	0	0	0	0	0	287	2	198	87	41,6
KOSZALIŃSKI	SIANÓW	1 062	644	24	0	0	0	0	0	620	26	329	265	60,64
KOSZALIŃSKI	SIANÓW	826	429	26	0	0	0	0	0	403	15	215	173	51,94
KOSZALIŃSKI	ŚWIESZYNO	877	412	16	1	0	0	0	0	395	33	199	163	46,98
MYŚLIBORSKI	BARLINEK	2 256	1 248	89	0	0	0	0	0	1 159	5	581	573	55,32
MYŚLIBORSKI	BARLINEK	681	345	18	0	0	0	0	0	327	2	150	175	50,66
MYŚLIBORSKI	BOLESZKOWICE	381	181	11	0	0	0	0	0	170	3	89	78	47,51

MYŚLIBORSKI	DĘBNO	2 141	1 183	69	1	0	0	0	0	1 113	4	473	636	55,25
MYŚLIBORSKI	DĘBNO	733	344	22	0	0	0	0	0	322	0	139	183	46,93
MYŚLIBORSKI	MYŚLIBÓRZ	2 038	1 005	59	0	0	0	0	0	946	29	530	387	49,31
MYŚLIBORSKI	MYŚLIBÓRZ	1 057	562	17	0	0	0	0	0	545	25	301	219	53,17
MYŚLIBORSKI	NOWOGRÓDEK POMORSKI	396	161	7	0	0	0	0	0	154	3	137	14	40,66
POLICKI	DOBRA (SZCZECIŃSKA)	2 154	1 024	76	0	0	0	0	0	948	43	515	390	47,54
POLICKI	KOŁBASKOWO	1 188	585	42	0	0	0	0	0	543	15	314	214	49,24
POLICKI	NOWE WARPNO	187	43	5	0	0	0	0	0	38	2	23	13	22,99
POLICKI	NOWE WARPNO	53	18	1	0	0	0	0	0	17	3	9	5	33,96
POLICKI	POLICE	5 440	2 746	207	1	0	0	0	0	2 538	178	1 317	1 043	50,48
POLICKI	POLICE	1 155	518	23	1	0	0	0	0	494	22	235	237	44,85
PYRZYCKI	BIELICE	374	203	9	1	0	0	0	0	193	3	74	116	54,28
PYRZYCKI	KOZIELICE	313	115	3	0	0	0	0	0	112	13	65	34	36,74
PYRZYCKI	LIPIANY	649	311	21	0	0	0	0	0	290	4	170	116	47,92
PYRZYCKI	LIPIANY	242	94	4	0	0	0	0	0	90	1	42	47	38,84
PYRZYCKI	PRZELEWICE	667	318	23	0	0	0	0	0	295	5	194	96	47,68
PYRZYCKI	PYRZYCE	2 040	1 285	74	1	0	0	0	0	1 210	25	557	628	62,99
PYRZYCKI	PYRZYCE	836	499	21	0	0	0	0	0	478	10	199	269	59,69
PYRZYCKI	WARNICE	432	208	6	0	0	0	0	0	202	38	115	49	48,15

SŁAWIEŃSKI	DARŁOWO	2 446	1 401	54	0	0	0	0	0	1 347	22	797	528	57,28
SŁAWIEŃSKI	SŁAWNO	2 045	1 157	51	0	0	0	0	0	1 106	25	646	435	56,58
SŁAWIEŃSKI	DARŁOWO	890	483	14	0	0	0	0	0	469	8	260	201	54,27
SŁAWIEŃSKI	MALECHOWO	813	397	22	0	0	0	0	0	375	4	293	78	48,83
SŁAWIEŃSKI	POSTOMINO	885	399	22	0	0	0	0	0	377	8	256	113	45,08
SŁAWIEŃSKI	SŁAWNO	1 041	510	23	0	0	0	0	0	487	5	274	208	48,99
STARGARDZKI	STARGARD SZCZECIŃSKI	11 264	5 466	350	2	0	0	0	0	5 114	393	2 198	2 523	48,53
STARGARDZKI	CHOCIWEL	480	252	16	0	0	0	0	0	236	5	132	99	52,5
STARGARDZKI	CHOCIWEL	328	160	8	0	0	0	0	0	152	7	89	56	48,78
STARGARDZKI	DOBRZANY	378	201	9	0	0	0	0	0	192	11	91	90	53,17
STARGARDZKI	DOBRZANY	282	103	5	0	0	0	0	0	98	4	42	52	36,52
STARGARDZKI	DOLICE	965	472	23	0	0	0	0	0	449	14	204	231	48,91
STARGARDZKI	IŃSKO	316	170	8	0	0	0	0	0	162	1	46	115	53,8
STARGARDZKI	IŃSKO	161	62	3	0	0	0	0	0	59	0	16	43	38,51
STARGARDZKI	KOBYLANKA	675	343	20	0	0	0	0	0	323	10	130	183	50,81
STARGARDZKI	MARIANOWO	380	173	7	0	0	0	0	0	166	6	86	74	45,53
STARGARDZKI	STARA DĄBROWA	441	222	11	0	0	0	0	0	211	8	106	97	50,34
STARGARDZKI	STARGARD SZCZECIŃSKI	1 524	676	29	0	0	0	0	0	647	55	310	282	44,36
STARGARDZKI	SUCHAŃ	216	99	4	0	0	0	0	0	95	1	44	50	45,83

STARGARDZKI	SUCHAŃ	313	132	8	0	0	0	0	0	124	0	45	79	42,17
SZCZECINECKI	SZCZECINEK	6 577	2 366	203	1	0	0	0	0	2 162	234	1 060	868	35,97
SZCZECINECKI	BARWICE	619	299	10	0	0	0	0	0	289	20	177	92	48,3
SZCZECINECKI	BARWICE	509	219	10	0	0	0	0	0	209	13	142	54	43,03
SZCZECINECKI	BIAŁY BÓR	367	151	8	0	0	0	0	0	143	2	98	43	41,14
SZCZECINECKI	BIAŁY BÓR	343	131	7	0	0	0	0	0	124	2	87	35	38,19
SZCZECINECKI	BORNE SULINOWO	640	324	11	0	0	0	0	0	313	45	161	107	50,63
SZCZECINECKI	BORNE SULINOWO	667	283	17	0	0	0	0	0	266	17	158	91	42,43
SZCZECINECKI	GRZMIĄCA	665	284	18	0	0	0	0	0	266	18	121	127	42,71
SZCZECINECKI	SZCZECINEK	1 063	325	21	0	0	0	0	0	304	42	153	109	30,57
ŚWIDWIŃSKI	ŚWIDWIN	2 428	1 293	56	0	0	0	0	0	1 237	62	690	485	53,25
ŚWIDWIŃSKI	BRZEŻNO	374	139	6	0	0	0	0	0	133	3	89	41	37,17
ŚWIDWIŃSKI	POŁCZYN-ZDRÓJ	1 463	761	47	1	0	0	0	0	713	35	444	234	52,02
ŚWIDWIŃSKI	POŁCZYN-ZDRÓJ	918	462	17	0	0	0	0	0	445	16	255	174	50,33
ŚWIDWIŃSKI	RĄBINO	456	220	13	0	0	0	0	0	207	9	98	100	48,25
ŚWIDWIŃSKI	SŁAWOBORZE	573	267	19	0	0	0	0	0	248	5	177	66	46,6
ŚWIDWIŃSKI	ŚWIDWIN	728	367	14	0	0	0	0	0	353	18	197	138	50,41
WAŁECKI	WAŁCZ	4 230	2 227	128	1	0	0	0	0	2 098	81	945	1 072	52,65
WAŁECKI	CZŁOPA	396	222	7	0	0	0	0	0	215	1	101	113	56,06
WAŁECKI	CZŁOPA	294	150	5	0	0	0	0	0	145	5	63	77	51,02

WAŁECKI	MIROSŁAWIEC	470	246	10	0	0	0	0	0	236	2	153	81	52,34
WAŁECKI	MIROSŁAWIEC	270	125	6	0	0	0	0	0	119	0	70	49	46,3
WAŁECKI	TUCZNO	332	155	12	0	0	0	0	0	143	0	84	59	46,69
WAŁECKI	TUCZNO	353	127	6	0	0	0	0	0	121	0	71	50	35,98
WAŁECKI	WAŁCZ	1 522	746	37	0	0	0	0	0	709	32	294	383	49,01
ŁOBESKI	DOBRA	347	148	9	0	0	0	0	0	139	19	64	56	42,65
ŁOBESKI	DOBRA	246	99	6	0	0	0	0	0	93	6	32	55	40,24
ŁOBESKI	ŁOBEZ	1 684	897	48	0	0	0	0	0	849	2	459	388	53,27
ŁOBESKI	ŁOBEZ	437	179	10	0	0	0	0	0	169	1	85	83	40,96
ŁOBESKI	RADOWO MAŁE	507	225	11	0	0	0	0	0	214	4	61	149	44,38
ŁOBESKI	RESKO	702	404	21	1	0	0	0	0	382	22	183	177	57,55
ŁOBESKI	RESKO	412	187	7	0	0	0	0	0	180	12	76	92	45,39
ŁOBESKI	WĘGORZYNO	457	268	14	0	0	0	0	0	254	4	174	76	58,64
ŁOBESKI	WĘGORZYNO	456	222	9	0	0	0	0	0	213	4	142	67	48,68
KOSZALIN	KOSZALIN	17 753	8 383	571	5	0	0	0	0	7 807	551	4 079	3 177	47,22
SZCZECIN	SZCZECIN	63 057	27 138	2 226	9	0	0	0	0	24 903	2 347	13 438	9 118	43,04
ŚWINOUJŚCIE	ŚWINOUJŚCIE	6 912	3 830	218	0	0	0	0	0	3 612	215	1 980	1 417	55,41

Źródło: <http://www.profilaktykarakawa.coi.waw.pl/cok/statystyki-dane> - stan na 01.11.2015

Aneks nr 9 - Objęcie populacji programem profilaktyki raka szyjki macicy - podział na gminy województwa zachodniopomorskiego (2015-11-01)

NAZWA POWIATU	NAZWA GMINY	LICZBA OSÓB KWALIFIKUJĄCYCH SIĘ	LICZBA OSÓB WYŁĄCZONYCH - OGÓŁEM	LICZBA OSÓB WYŁĄCZONYCH Z POWODU LECZENIA POZA SIMP	LICZBA OSÓB WYŁĄCZONYCH Z POWODU LECZENIA W SIMP	LICZBA OSÓB WYŁĄCZONYCH Z POWODU BADANIA POZA SIMP					LICZBA OSÓB WYŁĄCZONYCH Z POWODU BADANIA W SIMP					PROCENT OBJĘCIA POPULACJI [%]
						OGÓŁEM	2012	2013	2014	2015	OGÓŁEM	2012	2013	2014	2015	
BIAŁOGARDZKI	BIAŁOGARD	6 337	2 244	98	1	0	0	0	0	0	2 145	46	671	636	792	35,41
BIAŁOGARDZKI	BIAŁOGARD	1 812	719	25	0	0	0	0	0	0	694	20	222	217	235	39,68
BIAŁOGARDZKI	KARLINO	1 512	466	15	0	0	0	0	0	0	451	20	119	145	167	30,82
BIAŁOGARDZKI	KARLINO	744	235	8	0	0	0	0	0	0	227	7	82	81	57	31,59
BIAŁOGARDZKI	TYCHOWO	685	294	12	0	0	0	0	0	0	282	9	75	106	92	42,92
BIAŁOGARDZKI	TYCHOWO	1 048	402	20	0	0	0	0	0	0	382	12	115	119	136	38,36
CHOSZCZEŃSKI	BIERZWNIK	1 126	161	11	0	0	0	0	0	0	150	8	43	48	51	14,3
CHOSZCZEŃSKI	CHOSZCZNO	4 068	698	58	0	0	0	0	0	0	640	32	224	211	173	17,16
CHOSZCZEŃSKI	CHOSZCZNO	1 540	298	26	0	0	0	0	0	0	272	15	96	85	76	19,35
CHOSZCZEŃSKI	DRAWNO	582	89	9	0	0	0	0	0	0	80	6	29	21	24	15,29
CHOSZCZEŃSKI	DRAWNO	684	112	9	0	0	0	0	0	0	103	3	44	26	30	16,37
CHOSZCZEŃSKI	KRZĘCIN	908	139	14	0	0	0	0	0	0	125	8	42	39	36	15,31
CHOSZCZEŃSKI	PEŁCZYCE	729	192	15	0	0	0	0	0	0	177	7	64	66	40	26,34

CHOSZCZEŃSKI	PEŁCZYCE	1 198	308	17	0	0	0	0	0	0	291	13	91	97	90	25,71
CHOSZCZEŃSKI	RECZ	777	132	9	0	0	0	0	0	0	123	3	50	40	30	16,99
CHOSZCZEŃSKI	RECZ	590	117	8	0	0	0	0	0	0	109	4	33	38	34	19,83
DRAWSKI	CZAPLINEK	1 861	406	41	0	0	0	0	0	0	365	27	107	124	107	21,82
DRAWSKI	CZAPLINEK	1 050	259	24	0	0	0	0	0	0	235	11	65	89	70	24,67
DRAWSKI	DRAWSKO POMORSKIE	3 137	1 209	101	0	0	0	0	0	0	1 108	48	299	386	375	38,54
DRAWSKI	DRAWSKO POMORSKIE	1 067	425	30	0	0	0	0	0	0	395	6	109	143	137	39,83
DRAWSKI	KALISZ POMORSKI	1 133	387	36	0	0	0	0	0	0	351	12	91	113	135	34,16
DRAWSKI	KALISZ POMORSKI	706	237	22	0	0	0	0	0	0	215	4	58	79	74	33,57
DRAWSKI	OSTROWICE	596	193	14	0	0	0	0	0	0	179	3	63	65	48	32,38
DRAWSKI	WIERZCHOWO	1 052	350	31	0	0	0	0	0	0	319	11	97	110	101	33,27
DRAWSKI	ZŁOCIENIEC	3 510	1 384	94	0	0	0	0	0	0	1 290	42	389	481	378	39,43
DRAWSKI	ZŁOCIENIEC	472	194	16	0	0	0	0	0	0	178	6	49	66	57	41,1
GOLENIOWSKI	GOLENIÓW	6 062	1 764	67	0	0	0	0	0	0	1 697	57	533	541	566	29,1
GOLENIOWSKI	GOLENIÓW	3 165	919	38	0	0	0	0	0	0	881	39	286	290	266	29,04
GOLENIOWSKI	MASZEWO	953	281	12	0	0	0	0	0	0	269	15	72	90	92	29,49

GOLENIOWSKI	MASZEWO	1 157	314	15	0	0	0	0	0	0	299	15	83	90	11 1	27,14
GOLENIOWSKI	NOWOGARD	4 415	1 167	59	0	0	0	0	0	0	1 108	58	324	352	37 4	26,43
GOLENIOWSKI	NOWOGARD	1 782	476	18	0	0	0	0	0	0	458	18	127	158	15 5	26,71
GOLENIOWSKI	OSINA	736	191	4	0	0	0	0	0	0	187	7	70	61	49	25,95
GOLENIOWSKI	PRZYBIERNÓ W	1 205	318	14	0	0	0	0	0	0	304	15	92	98	99	26,39
GOLENIOWSKI	STEPNICA	669	105	9	0	0	0	0	0	0	96	6	30	24	36	15,7
GOLENIOWSKI	STEPNICA	568	109	8	0	0	0	0	0	0	101	8	31	26	36	19,19
GRYFICKI	BROJCE	899	260	15	0	0	0	0	0	0	245	9	80	90	66	28,92
GRYFICKI	GRYFICE	4 408	1 205	69	1	0	0	0	0	0	1 135	59	325	379	37 2	27,34
GRYFICKI	GRYFICE	1 687	485	24	0	0	0	0	0	0	461	20	132	153	15 6	28,75
GRYFICKI	KARNICE	1 022	173	10	0	0	0	0	0	0	163	19	54	51	39	16,93
GRYFICKI	PŁOTY	1 071	331	14	0	0	0	0	0	0	317	13	99	113	92	30,91
GRYFICKI	PŁOTY	1 155	398	16	0	0	0	0	0	0	382	13	113	134	12 2	34,46
GRYFICKI	REWAL	977	92	14	0	0	0	0	0	0	78	8	24	32	14	9,42
GRYFICKI	TRZEBIATÓW	2 596	579	32	0	0	0	0	0	0	547	38	185	177	14 7	22,3
GRYFICKI	TRZEBIATÓW	1 521	340	27	0	0	0	0	0	0	313	16	104	112	81	22,35

GRYFIŃSKI	BANIE	1 541	465	16	0	0	0	0	0	0	449	15	140	148	14 6	30,18
GRYFIŃSKI	CEDYNIA	485	148	7	0	0	0	0	0	0	141	6	43	55	37	30,52
GRYFIŃSKI	CEDYNIA	604	160	7	0	0	0	0	0	0	153	6	42	55	50	26,49
GRYFIŃSKI	CHOJNA	2 007	753	30	0	0	0	0	0	0	723	21	205	260	23 7	37,52
GRYFIŃSKI	CHOJNA	1 541	595	27	0	0	0	0	0	0	568	16	183	181	18 8	38,61
GRYFIŃSKI	GRYFINO	5 734	1 875	91	1	0	0	0	0	0	1 783	69	544	586	58 4	32,7
GRYFIŃSKI	GRYFINO	2 583	829	34	0	0	0	0	0	0	795	26	239	254	27 6	32,09
GRYFIŃSKI	MIESZKOWICE	1 001	314	17	0	0	0	0	0	0	297	19	79	104	95	31,37
GRYFIŃSKI	MIESZKOWICE	815	236	13	0	0	0	0	0	0	223	11	72	81	59	28,96
GRYFIŃSKI	MORYŃ	479	129	7	0	0	0	0	0	0	122	6	45	37	34	26,93
GRYFIŃSKI	MORYŃ	673	240	12	0	0	0	0	0	0	228	8	80	80	60	35,66
GRYFIŃSKI	STARE CZARNOWO	885	286	10	0	0	0	0	0	0	276	9	91	102	74	32,32
GRYFIŃSKI	TRZCIŃSKO-ZDRÓJ	615	185	8	0	0	0	0	0	0	177	4	52	66	55	30,08
GRYFIŃSKI	TRZCIŃSKO-ZDRÓJ	711	231	10	0	0	0	0	0	0	221	12	79	60	70	32,49
GRYFIŃSKI	WIDUCHOWA	1 345	440	19	0	0	0	0	0	0	421	22	110	150	13 9	32,71

KAMIEŃSKI	DZIWNÓW	699	79	17	0	0	0	0	0	0	62	7	24	23	8	11,3
KAMIEŃSKI	DZIWNÓW	355	52	7	0	0	0	0	0	0	45	3	14	18	10	14,65
KAMIEŃSKI	GOLCZEWO	729	165	8	0	0	0	0	0	0	157	7	59	60	31	22,63
KAMIEŃSKI	GOLCZEWO	755	196	11	0	0	0	0	0	0	185	16	72	68	29	25,96
KAMIEŃSKI	KAMIEŃ POMORSKI	2 426	349	41	0	0	0	0	0	0	308	23	105	91	89	14,39
KAMIEŃSKI	KAMIEŃ POMORSKI	1 267	186	21	0	0	0	0	0	0	165	19	52	57	37	14,68
KAMIEŃSKI	MIĘDZYDROJE	1 433	238	23	0	0	0	0	0	0	215	9	59	82	65	16,61
KAMIEŃSKI	MIĘDZYDROJE	293	52	4	0	0	0	0	0	0	48	5	18	12	13	17,75
KAMIEŃSKI	ŚWIERZNO	1 073	189	18	0	0	0	0	0	0	171	7	63	56	45	17,61
KAMIEŃSKI	WOLIN	1 293	414	23	0	0	0	0	0	0	391	16	158	116	10 1	32,02
KAMIEŃSKI	WOLIN	1 755	498	25	0	0	0	0	0	0	473	20	132	170	15 1	28,38
KOŁOBRZESKI	KOŁOBRZEG	12 234	2 583	273	0	0	0	0	0	0	2 310	107	739	854	61 0	21,11
KOŁOBRZESKI	DYGOWO	1 397	290	23	0	0	0	0	0	0	267	14	89	90	74	20,76
KOŁOBRZESKI	GOŚCINO	626	114	12	0	0	0	0	0	0	102	3	37	32	30	18,21
KOŁOBRZESKI	GOŚCINO	632	148	16	0	0	0	0	0	0	132	7	42	36	47	23,42
KOŁOBRZESKI	KOŁOBRZEG	2 674	440	60	0	0	0	0	0	0	380	17	112	147	10 4	16,45

KOŁOBRZESKI	RYMAŃ	1 017	232	32	0	0	0	0	0	0	200	10	60	71	59	22,81
KOŁOBRZESKI	SIEMYŚL	938	194	23	0	0	0	0	0	0	171	4	64	52	51	20,68
KOŁOBRZESKI	USTRONIE MORSKIE	1 091	135	19	0	0	0	0	0	0	116	12	31	39	34	12,37
KOSZALIŃSKI	BĘDZINO	2 333	574	44	1	0	0	0	0	0	529	17	134	197	18 1	24,6
KOSZALIŃSKI	BIESIEKIERZ	1 686	504	39	0	0	0	0	0	0	465	18	143	161	14 3	29,89
KOSZALIŃSKI	BOBOLICE	1 197	312	22	0	0	0	0	0	0	290	18	98	128	46	26,07
KOSZALIŃSKI	BOBOLICE	1 143	351	16	0	0	0	0	0	0	335	26	121	113	75	30,71
KOSZALIŃSKI	MANOWO	1 752	478	34	0	0	0	0	0	0	444	27	130	141	14 6	27,28
KOSZALIŃSKI	MIELNO	1 314	291	18	0	0	0	0	0	0	273	12	43	113	10 5	22,15
KOSZALIŃSKI	POLANÓW	840	296	21	0	0	0	0	0	0	275	6	82	95	92	35,24
KOSZALIŃSKI	POLANÓW	1 383	488	36	0	0	0	0	0	0	452	16	126	154	15 6	35,29
KOSZALIŃSKI	SIANÓW	1 902	579	48	0	0	0	0	0	0	531	23	165	180	16 3	30,44
KOSZALIŃSKI	SIANÓW	1 738	561	30	0	0	0	0	0	0	531	20	171	162	17 8	32,28
KOSZALIŃSKI	ŚWIESZYNO	1 808	478	37	0	0	0	0	0	0	441	18	141	144	13 8	26,44
MYŚLIBORSKI	BARLINEK	3 704	1 153	45	1	0	0	0	0	0	1 107	61	389	363	29 4	31,13

MYŚLIBORSKI	BARLINEK	1 354	375	20	0	0	0	0	0	0	355	18	108	117	11 2	27,7
MYŚLIBORSKI	BOLESZKOWICE	715	200	9	0	0	0	0	0	0	191	12	66	54	59	27,97
MYŚLIBORSKI	DĘBNO	3 569	1 143	50	0	0	0	0	0	0	1 093	32	427	344	29 0	32,03
MYŚLIBORSKI	DĘBNO	1 679	523	20	0	0	0	0	0	0	503	16	176	168	14 3	31,15
MYŚLIBORSKI	MYŚLIBÓRZ	3 031	738	51	0	0	0	0	0	0	687	24	229	215	21 9	24,35
MYŚLIBORSKI	MYŚLIBÓRZ	2 084	569	28	0	0	0	0	0	0	541	39	178	168	15 6	27,3
MYŚLIBORSKI	NOWOGRÓDEK POMORSKI	849	204	8	0	0	0	0	0	0	196	12	69	56	59	24,03
POLICKI	DOBRA (SZCZECIŃSKA)	5 348	1 465	60	0	0	0	0	0	0	1 405	53	491	452	40 9	27,39
POLICKI	KOŁBASKOWO	3 345	983	38	0	0	0	0	0	0	945	45	293	300	30 7	29,39
POLICKI	NOWE WARPNO	316	88	9	0	0	0	0	0	0	79	4	30	23	22	27,85
POLICKI	NOWE WARPNO	106	25	3	0	0	0	0	0	0	22	0	5	9	8	23,58
POLICKI	POLICE	9 289	3 382	133	0	0	0	0	0	0	3 249	164	975	1 145	96 5	36,41
POLICKI	POLICE	2 061	621	20	0	0	0	0	0	0	601	24	198	206	17 3	30,13

PYRZYCKI	BIELICE	781	394	10	0	0	0	0	0	0	384	4	188	109	83	50,45
PYRZYCKI	KOZIELICE	601	247	10	0	0	0	0	0	0	237	9	77	73	78	41,1
PYRZYCKI	LIPIANY	979	283	17	0	0	0	0	0	0	266	5	88	85	88	28,91
PYRZYCKI	LIPIANY	423	150	5	0	0	0	0	0	0	145	4	42	48	51	35,46
PYRZYCKI	PRZELEWICE	1 194	359	22	0	0	0	0	0	0	337	6	104	123	10 4	30,07
PYRZYCKI	PYRZYCE	3 267	1 186	42	0	0	0	0	0	0	1 144	33	335	393	38 3	36,3
PYRZYCKI	PYRZYCE	1 607	666	20	0	0	0	0	0	0	646	16	195	218	21 7	41,44
PYRZYCKI	WARNICE	859	250	14	0	0	0	0	0	0	236	6	70	99	61	29,1
SŁAWIEŃSKI	DARŁOWO	3 769	1 133	75	0	0	0	0	0	0	1 058	50	392	385	23 1	30,06
SŁAWIEŃSKI	SŁAWNO	3 318	854	87	0	0	0	0	0	0	767	35	261	257	21 4	25,74
SŁAWIEŃSKI	DARŁOWO	1 876	605	36	0	0	0	0	0	0	569	28	195	206	14 0	32,25
SŁAWIEŃSKI	MALECHOWO	1 594	561	42	0	0	0	0	0	0	519	24	170	167	15 8	35,19
SŁAWIEŃSKI	POSTOMINO	1 735	459	39	0	0	0	0	0	0	420	8	127	163	12 2	26,46
SŁAWIEŃSKI	SŁAWNO	2 140	623	51	0	0	0	0	0	0	572	16	175	225	15 6	29,11
STARGARDZKI	STARGARD SZCZECIŃSKI	18 220	4 230	385	1	0	0	0	0	0	3 844	140	1 27 1	1 427	10 06	23,22

STARGARDZKI	CHOCIWEL	894	164	19	0	0	0	0	0	0	145	6	53	45	41	18,34
STARGARDZKI	CHOCIWEL	569	105	11	0	0	0	0	0	0	94	4	26	35	29	18,45
STARGARDZKI	DOBRZANY	665	185	14	0	0	0	0	0	0	171	0	40	78	53	27,82
STARGARDZKI	DOBRZANY	570	155	11	0	0	0	0	0	0	144	2	35	61	46	27,19
STARGARDZKI	DOLICE	1 912	413	38	0	0	0	0	0	0	375	21	116	136	10 2	21,6
STARGARDZKI	IŃSKO	519	98	9	0	0	0	0	0	0	89	4	30	35	20	18,88
STARGARDZKI	IŃSKO	301	60	4	0	0	0	0	0	0	56	3	17	22	14	19,93
STARGARDZKI	KOBYLANKA	1 259	284	24	0	0	0	0	0	0	260	13	92	93	62	22,56
STARGARDZKI	MARIANOWO	786	132	15	0	0	0	0	0	0	117	4	31	52	30	16,79
STARGARDZKI	STARA DĄBROWA	899	238	21	0	0	0	0	0	0	217	8	66	73	70	26,47
STARGARDZKI	STARGARD SZCZECIŃSKI	3 172	709	59	0	0	0	0	0	0	650	41	208	229	17 2	22,35
STARGARDZKI	SUCHAŃ	419	84	8	0	0	0	0	0	0	76	1	26	24	25	20,05
STARGARDZKI	SUCHAŃ	630	135	11	0	0	0	0	0	0	124	4	46	43	31	21,43
SZCZECINECKI	SZCZECINEK	10 502	2 795	140	0	0	0	0	0	0	2 655	123	804	870	85 8	26,61
SZCZECINECKI	BARWICE	1 041	296	16	0	0	0	0	0	0	280	11	92	97	80	28,43
SZCZECINECKI	BARWICE	1 090	289	7	0	0	0	0	0	0	282	5	92	88	97	26,51
SZCZECINECKI	BIAŁY BÓR	612	153	11	0	0	0	0	0	0	142	2	44	39	57	25
SZCZECINECKI	BIAŁY BÓR	717	201	8	0	0	0	0	0	0	193	7	49	61	76	28,03

SZCZECINECKI	BORNE SULINOWO	1 121	373	20	0	0	0	0	0	0	353	17	126	105	10 5	33,27
SZCZECINECKI	BORNE SULINOWO	1 193	363	21	0	0	0	0	0	0	342	24	87	103	12 8	30,43
SZCZECINECKI	GRZMIĄCA	1 204	417	23	0	0	0	0	0	0	394	19	122	138	11 5	34,63
SZCZECINECKI	SZCZECINEK	2 253	625	31	0	0	0	0	0	0	594	24	182	197	19 1	27,74
ŚWIDWIŃSKI	ŚWIDWIN	4 155	1 129	87	0	0	0	0	0	0	1 042	41	309	355	33 7	27,17
ŚWIDWIŃSKI	BRZEŻNO	677	183	20	0	0	0	0	0	0	163	8	41	49	65	27,03
ŚWIDWIŃSKI	POŁCZYN-ZDRÓJ	2 161	482	43	0	0	0	0	0	0	439	26	155	156	10 2	22,3
ŚWIDWIŃSKI	POŁCZYN-ZDRÓJ	1 726	410	34	0	0	0	0	0	0	376	22	124	145	85	23,75
ŚWIDWIŃSKI	RĄBINO	866	273	21	0	0	0	0	0	0	252	6	76	95	75	31,52
ŚWIDWIŃSKI	SŁAWOBORZE	1 041	330	19	0	0	0	0	0	0	311	6	107	108	90	31,7
ŚWIDWIŃSKI	ŚWIDWIN	1 404	432	50	0	0	0	0	0	0	382	17	117	152	96	30,77
WAŁECKI	WAŁCZ	6 914	2 478	158	0	0	0	0	0	0	2 320	124	875	745	57 6	35,84
WAŁECKI	CZŁOPA	649	195	13	0	0	0	0	0	0	182	9	62	72	39	30,05
WAŁECKI	CZŁOPA	604	160	10	0	0	0	0	0	0	150	13	59	36	42	26,49
WAŁECKI	MIROŚLAWIE C	813	283	20	0	0	0	0	0	0	263	13	111	75	64	34,81
WAŁECKI	MIROŚLAWIE	552	192	12	0	0	0	0	0	0	180	9	69	61	41	34,78

	C															
WAŁECKI	TUCZNO	513	132	15	0	0	0	0	0	0	117	11	42	37	27	25,73
WAŁECKI	TUCZNO	644	182	5	0	0	0	0	0	0	177	2	65	63	47	28,26
WAŁECKI	WAŁCZ	3 004	1 055	59	0	0	0	0	0	0	996	68	343	305	28 0	35,12
ŁOBESKI	DOBRA	570	166	3	0	0	0	0	0	0	163	6	54	55	48	29,12
ŁOBESKI	DOBRA	479	149	7	0	0	0	0	0	0	142	5	44	42	51	31,11
ŁOBESKI	ŁOBEZ	2 683	919	37	0	0	0	0	0	0	882	23	321	304	23 4	34,25
ŁOBESKI	ŁOBEZ	852	282	14	0	0	0	0	0	0	268	12	106	89	61	33,1
ŁOBESKI	RADOWO MAŁE	868	262	15	0	0	0	0	0	0	247	4	79	74	90	30,18
ŁOBESKI	RESKO	1 114	379	17	0	0	0	0	0	0	362	16	116	109	12 1	34,02
ŁOBESKI	RESKO	834	289	14	0	0	0	0	0	0	275	12	79	89	95	34,65
ŁOBESKI	WĘGORZYNO	758	206	13	0	0	0	0	0	0	193	5	68	71	49	27,18
ŁOBESKI	WĘGORZYNO	890	270	16	0	0	0	0	0	0	254	4	88	78	84	30,34
KOSZALIN	KOSZALIN	28 312	7 199	502	1	0	0	0	0	0	6 696	313	2 107	2 405	18 71	25,43
SZCZECIN	SZCZECIN	105 051	31 658	1 487	2	0	0	0	0	0	30 169	1 227	9 647	10 262	9 033	30,14
ŚWINOUJŚCIE	ŚWINOUJŚCIE	10 775	3 176	119	0	0	0	0	0	0	3 057	139	885	969	1 064	29,48

Źródło: <http://www.profilaktykarka.coi.waw.pl/cok/statystyki-dane> - stan na 01.11.2015

Aneks nr 10 – Charakterystyka epidemiologiczno-demograficzna województwa zachodniopomorskiego na tle kraju (porównanie danych dla lat 2009 i 2014) w odniesieniu do wybranych Jednorodnych Grup Pacjentów (dane NFZ)

Grupa	Jednorodna Grupa Pacjentów	ZACHODNI OPOMORSKIE 2009 - liczba przypadków	ZACHODNI OPOMORSKIE 2014 - liczba przypadków	POLSKA 2009 - liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców	ZACHODNI OPOMORSKIE 2009 - liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców	POLSKA 2014 - liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców	ZACHODNI OPOMORSKIE 2014 - liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców	Różnica wartości wskaźnika hospitalizacji na 1000 mieszkańców w Polsce i Zachodniopomorskim w roku 2009	Różnica wartości wskaźnika hospitalizacji na 1000 mieszkańców w Polsce i Zachodniopomorskim w roku 2014	zmiana (%) ogólnej liczby zachodniopomorskie 2009-2014	Udział wystąpień kobiet - Zachodniopomorskie 2009	Udział wystąpień kobiet - Zachodniopomorskie 2014
Choroby układu moczowo-płciowego	Inne choroby nerek	4035	5393	17,584	23,831	21,509	31,438	6,247	9,930	33,7%	53,7%	51,3%
Choroby oczu	Leczenie zachowawcze okulistyczne	2901	2475	11,011	17,133	8,197	14,428	6,122	6,231	-14,7%	54,1%	51,4%
Choroby układu oddechowego	Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej	2620	3512	16,172	15,474	16,613	20,473	-0,699	3,860	34,0%	36,8%	41,6%
Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 1 dnia	1486	1564	5,751	8,776	5,318	9,117	3,025	3,800	5,2%	49,5%	48,4%
Choroby serca	Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż.	293	435	0,566	2,130	0,765	3,073	1,564	2,308	48,5%	58,0%	54,5%
Choroby układu moczowo-płciowego	Ostra niewydolność nerek	701	1565	3,627	4,140	6,850	9,123	0,513	2,273	123,3%	47,2%	50,1%
Choroby przewodu pokarmowego	Choroby przełyku	1155	1589	5,591	6,821	7,154	9,263	1,230	2,109	37,6%	45,8%	47,9%
Choroby układu dokrewnego	Cukrzyca i stany hiperglikemiczne innego pochodzenia	3474	2788	16,709	20,517	14,451	16,252	3,809	1,801	-19,7%	53,6%	50,1%
Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	Choroby alergiczne > 17 r.ż.	576	1202	6,774	4,188	6,985	8,491	-2,586	1,506	108,7%	63,4%	54,0%
Choroby przewodu pokarmowego	Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych)	470	587	2,001	2,776	2,222	3,422	0,775	1,200	24,9%	53,4%	55,9%
Choroby piersi, skóry i oparzenia	Choroby piersi złośliwe	182	193	0,510	1,075	0,030	1,125	0,565	1,095	6,0%	7,1%	93,8%

Choroby serca	Nagłe zatrzymanie krążenia	342	344	1,152	2,020	1,073	2,005	0,868	0,933	0,6%	41,2%	45,1%
Choroby układu moczowo-płciowego	Nowotwory nerek i dróg moczowych	2629	680	11,458	15,527	3,209	3,964	4,069	0,755	-74,1%	23,5%	31,2%
Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	Przewlekłe choroby trzustki	678	655	3,699	4,004	3,251	3,818	0,305	0,568	-3,4%	38,5%	44,6%
Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 10 dni	208	204	0,746	1,228	0,752	1,189	0,482	0,437	-1,9%	47,1%	50,5%
Choroby układu dokrewnego	Guzy neuroendokrynne	36	78	0,102	0,213	0,089	0,455	0,111	0,366	116,7%	41,7%	60,3%
Choroby układu dokrewnego	Stopa cukrzycowa	218	232	1,227	1,288	1,048	1,352	0,060	0,305	6,4%	43,1%	35,3%
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	Choroby infekcyjne kości i stawów	347	200	0,937	2,049	0,873	1,166	1,112	0,293	-42,4%	46,7%	46,5%
Choroby układu oddechowego	Ropień płuc, ropowica	166	196	0,952	0,980	0,911	1,143	0,028	0,231	18,1%	29,5%	25,0%
Choroby układu dokrewnego	Nowotwory endokrynne poza przysadką	135	296	1,415	0,797	1,529	1,726	-0,617	0,197	119,3%	71,1%	76,0%
Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	Nowotwory dróg żółciowych	189	229	1,004	1,116	1,207	1,335	0,112	0,128	21,2%	61,4%	55,9%
Choroby układu dokrewnego	Choroby tarczycy	1031	605	4,034	6,089	3,437	3,527	2,055	0,090	-41,3%	79,6%	78,2%
Choroby układu dokrewnego	Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi	276	271	1,923	1,630	1,496	1,580	-0,293	0,084	-1,8%	43,1%	46,1%
Choroby żeńskiego układu rozrodczego	Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	263	285	2,013	1,553	1,578	1,661	-0,460	0,084	8,4%	100,0%	100,0%
Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej	105	166	0,815	0,620	0,927	0,968	-0,195	0,041	58,1%	34,3%	38,6%
Choroby piersi, skóry i oparzenia	Ciężkie choroby dermatologiczne	372	313	1,657	2,197	1,868	1,825	0,540	-0,043	-15,9%	66,4%	61,7%
Choroby serca	Nadciśnienie tętnicze odporne i wtórne	46	59	0,334	0,272	0,396	0,344	-0,062	-0,052	28,3%	58,7%	50,8%
Choroby układu oddechowego	Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	221	314	1,580	1,305	1,895	1,830	-0,275	-0,065	42,1%	44,3%	40,1%
Choroby wątroby, dróg	Ostre choroby wątroby	264	312	1,789	1,559	1,886	1,819	-0,230	-0,067	18,2%	45,5%	45,8%

żółciowych, trzustki i śledziony													
Choroby żeńskiego układu rozrodczego	Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw	162	17	0,556	0,957	0,222	0,099	0,401	-0,123	-89,5%	100,0%	100,0%	
Choroby piersi, skóry i oparzenia	Choroby piersi łagodne	40	20	0,910	0,236	0,295	0,117	-0,674	-0,179	-50,0%	92,5%	85,0%	
Choroby żeńskiego układu rozrodczego	Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	673	570	5,824	3,975	3,502	3,323	-1,849	-0,179	-15,3%	100,0%	100,0%	
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej	1568	636	10,347	9,261	4,063	3,708	-1,086	-0,356	-59,4%	72,6%	67,8%	
Choroby układu dokrewnego	Inne choroby układu wydzielania wewnętrznego	176	1195	1,090	1,039	7,354	6,966	-0,050	-0,388	579,0%	71,0%	56,9%	
Choroby przewodu pokarmowego	Choroby jelita grubego	1155	1836	8,165	6,821	11,191	10,703	-1,343	-0,488	59,0%	52,0%	52,9%	
Choroby układu nerwowego	Choroby zwyrodnieniowe OUN	573	882	5,039	3,384	5,637	5,142	-1,655	-0,496	53,9%	51,8%	56,6%	
Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	Zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony > 1 dnia	1155	1046	6,379	6,821	6,630	6,098	0,442	-0,532	-9,4%	61,3%	54,3%	
Choroby układu oddechowego	Zwłóknienie i pylica płuc	240	369	1,991	1,417	2,755	2,151	-0,574	-0,604	53,8%	52,1%	47,2%	
Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	Choroby dróg żółciowych	782	671	5,104	4,618	4,524	3,912	-0,486	-0,612	-14,2%	63,2%	62,3%	
Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	Zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony > 10 dni	470	537	2,894	2,776	3,793	3,130	-0,118	-0,662	14,3%	54,9%	57,5%	
Choroby układu moczowo-płciowego	Choroby gruczołu krokowego	167	133	3,197	0,986	1,442	0,775	-2,211	-0,667	-20,4%	0,0%	0,0%	
Choroby serca	Wrodzone wady serca > 17 r.ż.	60	56	1,150	0,436	1,068	0,396	-0,714	-0,672	-6,7%	60,0%	66,1%	
Choroby układu nerwowego	Guzы mózgu	773	686	4,406	4,565	4,717	3,999	0,159	-0,718	-11,3%	49,5%	50,6%	
Choroby naczyń	Choroby naczyń	1624	2586	12,570	9,591	15,890	15,075	-2,978	-0,815	59,2%	51,3%	54,0%	
Choroby układu dokrewnego	Cukrzyca z powikłaniami i inne stany hipoglikemiczne	bd	929	0,000	bd	6,253	5,416	bd	-0,837	bd	bd	48,4%	
Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	Przewlekłe choroby wątroby bez pw	1698	757	12,850	10,028	5,256	4,413	-2,822	-0,843	-55,4%	41,3%	44,8%	

Obrażenia, urazy	Leczenie zachowawcze urazów	bd	3094	0,000	bd	18,894	18,036	bd	-0,858	bd	bd	38,7%
Choroby układu dokrewnego	Choroby przysadki	593	178	2,300	3,502	2,058	1,038	1,203	-1,020	-70,0%	86,8%	77,0%
Choroby układu dokrewnego	Wrodzone wady metaboliczne	602	734	3,330	3,555	5,391	4,279	0,226	-1,112	21,9%	46,0%	49,9%
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	Choroby tkanek miękkich	381	172	3,348	2,250	2,141	1,003	-1,098	-1,139	-54,9%	60,1%	53,5%
Choroby układu moczowo-płciowego	Kamica moczowa	1252	653	10,823	7,394	5,568	3,807	-3,428	-1,761	-47,8%	43,1%	44,3%
Choroby układu moczowo-płciowego	Przewlekła niewydolność nerek	733	655	5,637	4,329	5,584	3,818	-1,308	-1,765	-10,6%	73,0%	52,5%
Choroby układu oddechowego	Zapalenie płuc z pw	419	206	4,808	2,475	3,168	1,201	-2,333	-1,967	-50,8%	43,4%	40,3%
Choroby serca	Inne choroby układu krążenia > 17 r.ż	1832	2145	16,533	13,321	17,137	15,152	-3,212	-1,985	17,1%	41,6%	38,7%
Choroby układu oddechowego	Inne choroby układu oddechowego	1276	843	8,641	7,536	7,043	4,914	-1,105	-2,129	-33,9%	45,0%	44,8%
Choroby układu nerwowego	Choroby demielinizacyjne	260	264	3,875	1,536	3,927	1,539	-2,339	-2,388	1,5%	61,2%	70,1%
Choroby układu oddechowego	Zapalenie płuc bez pw	1252	756	9,415	7,394	6,968	4,407	-2,021	-2,561	-39,6%	40,1%	45,4%
Choroby układu oddechowego	Dychawica oskrzelowa	693	813	8,613	4,093	9,202	4,739	-4,520	-4,463	17,3%	62,8%	66,1%
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	Układowe choroby tkanki łącznej	1184	172	8,112	6,993	5,807	1,003	-1,119	-4,804	-85,5%	76,1%	53,5%
Choroby przewodu pokarmowego	Choroby żołądka i dwunastnicy	1925	2337	17,153	11,369	19,220	13,623	-5,784	-5,596	21,4%	53,2%	54,2%
Choroby przewodu pokarmowego	Choroby jamy brzusznej	4600	3410	30,891	27,168	26,730	19,878	-3,723	-6,851	-25,9%	59,3%	62,0%
Choroby układu nerwowego	Inne choroby układu nerwowego	1599	1388	14,639	9,444	15,306	8,091	-5,196	-7,215	-13,2%	48,8%	55,5%
Choroby układu oddechowego	POCHP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego	3563	2410	28,301	21,043	21,273	14,049	-7,258	-7,224	-32,4%	45,6%	44,3%
Choroby serca	Nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż	2700	1496	26,835	19,632	18,614	10,567	-7,202	-8,046	-44,6%	64,1%	59,6%

Jednorodne grupy Pacjentów <18 r.ż												
Grupa	Jednorodna Grupa Pacjentów	ZACHOD NIOPOM ORSKIE 2009 - liczba przypadków	ZACHOD NIOPOM ORSKIE 2014 - liczba przypadków	POLSKA 2009 - liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców	ZACHOD NIOPOM ORSKIE 2009 - liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców	POLSKA 2014 - liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców	ZACHOD NIOPOM ORSKIE 2014 - liczba hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców	Różnica wartości wskaźnika hospitalizacji na 1000 mieszkańców w Polsce i Zachodniopomorskim w roku 2009	Różnica wartości wskaźnika hospitalizacji na 1000 mieszkańców w Polsce i Zachodniopomorskim w roku 2014	zmiana (%) ogólnej liczby zachodniopomorskie 2009-2014	Udział wystąpiń kobiet - Zachodniopomorskie 2009	Udział wystąpiń kobiet - Zachodniopomorskie 2014
Choroby serca	Inne choroby układu krążenia > 0 r.ż. i < 18 r.ż.	554	811	7,270	17,426	7,611	27,055	10,156	19,445	46,4%	48,2%	48,3%
Choroby dziecięce	Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	2627	2278	63,332	82,632	59,450	75,995	19,301	16,546	-13,3%	42,7%	42,9%
Choroby dziecięce	Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)	483	931	13,218	15,193	14,922	31,059	1,975	16,137	92,8%	65,8%	59,4%
Choroby dziecięce	Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	2220	2198	46,426	69,830	59,987	73,327	23,404	13,339	-1,0%	52,1%	53,8%
Choroby dziecięce	Padaczka	519	835	17,730	16,325	20,853	27,856	-1,405	7,003	60,9%	45,9%	49,6%
Choroby dziecięce	Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	639	505	8,407	20,100	12,871	16,847	11,693	3,977	-21,0%	46,2%	44,8%
Choroby dziecięce	Guzy lite narządów, tkanek i innych układów	44	145	1,771	1,384	2,328	4,837	-0,387	2,510	229,5%	45,5%	50,3%
Choroby dziecięce	Choroby układu moczowo - pęciowego	201	288	8,248	6,322	7,658	9,608	-1,925	1,950	43,3%	38,8%	33,3%
Choroby dziecięce	Guzy lite układu nerwowego	7	67	0,378	0,220	0,929	2,235	-0,157	1,306	857,1%	42,9%	38,8%
Choroby dziecięce	Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	1409	1544	40,471	44,320	50,471	51,509	3,849	1,038	9,6%	55,9%	52,9%
Choroby dziecięce	Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit	4409	4259	134,182	138,685	141,185	142,083	4,503	0,897	-3,4%	47,7%	48,4%
Choroby dziecięce	Choroby układu nerwowego	182	189	6,211	5,725	5,882	6,305	-0,486	0,423	3,8%	45,1%	52,9%
Choroby dziecięce	Choroby nerek z niewydolnością nerkową	263	242	7,246	8,273	7,779	8,073	1,026	0,294	-8,0%	27,8%	36,8%

Położnictwo i opieka nad noworodkami	Noworodek wymagający intensywnej terapii z zabiegiem chirurgicznym	32	14	0,581	1,795	0,671	0,920	1,214	0,249	-56,3%	43,8%	42,9%
Choroby dziecięce	Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone	291	184	5,904	9,153	5,921	6,138	3,250	0,217	-36,8%	39,2%	36,4%
Choroby dziecięce	Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej	676	853	23,552	21,264	28,424	28,457	-2,288	0,032	26,2%	51,5%	51,7%
Położnictwo i opieka nad noworodkami	Ciężka patologia noworodka > 30 dni	90	79	3,212	5,047	5,329	5,194	1,835	-0,135	-12,2%	46,7%	40,5%
Choroby dziecięce	Cukrzyca	308	350	9,520	9,688	12,029	11,676	0,168	-0,353	13,6%	51,6%	55,1%
Choroby dziecięce	Choroby krwi	489	305	12,580	15,382	11,123	10,175	2,801	-0,948	-37,6%	45,2%	43,9%
Choroby dziecięce	Nowotwory	73	145	3,561	2,296	6,175	4,837	-1,265	-1,337	98,6%	46,6%	53,1%
Choroby dziecięce	Astma lub trudności w oddychaniu	319	176	9,651	10,034	7,526	5,871	0,383	-1,654	-44,8%	37,0%	31,3%
Choroby dziecięce	Zaburzenia zachowania	212	264	8,846	6,668	10,703	8,807	-2,178	-1,896	24,5%	49,5%	48,9%
Choroby serca	Wrodzone wady serca > 0 r.ż. i < 18 r.ż.	175	168	5,941	5,505	8,063	5,605	-0,436	-2,458	-4,0%	54,9%	54,8%
Choroby dziecięce	Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	159	128	4,807	5,001	8,419	4,270	0,194	-4,148	-19,5%	53,5%	52,3%
Choroby dziecięce	Alergie	156	217	12,005	4,907	12,330	7,239	-7,098	-5,091	39,1%	43,6%	41,5%
Choroby dziecięce	Choroby układu krążenia	256	258	16,023	8,052	17,714	8,607	-7,971	-9,107	0,8%	39,5%	46,9%
Choroby dziecięce	Choroby dolnych dróg oddechowych	2737	2607	958,884	86,092	112,120	86,971	-872,792	-25,149	-4,7%	42,8%	42,8%

Źródło: <https://prog.nfz.gov.pl>

Aneks nr 11 – Specjalna Strefa Włączenia na obszarze województwa zachodniopomorskiego - Występowanie deficytów w obszarach problemowych w gminach województwa zachodniopomorskiego (wg kolejności alfabetycznej i liczby deficytów)

Lp.	Gmina	Demografia	Infrastruktura techniczna	Dostępność do usług publicznych	Potencjał gospodarczy	Problemy popegeerowskie	Ubóstwo	Ubóstwo Liczba deficytów	Liczba deficytów
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.	Brzeżno (gmina wiejska)	X	X	X	X	X	X	6	
2.	Czaplinek (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	X	X	X	6	
3.	Dobra (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	X	X	X	6	
4.	Drawno (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	X	X	X	6	
5.	Kalisz Pomorski (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	X	X	X	6	
6.	Kozielice (gmina wiejska)	X	X	X	X	X	X	6	
7.	Krzęcin (gmina wiejska)	X	X	X	X	X	X	6	
8.	Ostrowice (gmina wiejska)	X	X	X	X	X	X	6	
9.	Płoty (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	X	X	X	6	
10.	Resko (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	X	X	X	6	
11.	Węgorzyno (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	X	X	X	6	
12.	Barwice (gmina miejsko-wiejska)	-	X	X	X	X	X	5	
13.	Borne Sulinowo (gmina miejsko-wiejska)	X	-	X	X	X	X	5	
14.	Brojce (gmina wiejska)	-	X	X	X	X	X	5	
15.	Chojna (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	X	X	-	5	
16.	Człopa (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	-	X	X	5	
17.	Dobrzany (gmina miejsko-wiejska)	-	X	X	X	X	X	5	
18.	Grzmiąca (gmina wiejska)	X	-	X	X	X	X	5	
19.	Karnice (gmina wiejska)	-	X	X	X	X	X	5	
20.	Mirostawiec (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	-	X	X	5	
21.	Moryń (gmina miejsko-wiejska)	-	X	X	X	X	X	5	

Lp.	Gmina	Demografia	Infrastruktura techniczna	Dostępność do usług publicznych	Potencjał gospodarczy	Problemy popegeerowskie	Ubóstwo	Ubóstwo Liczba deficytów	Liczba deficytów
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
22.	Radowo Małe (gmina wiejska)	X	X	-	X	X	X	5	
23.	Rąbino (gmina wiejska)	X	-	X	X	X	X	5	
24.	Sławoborze (gmina wiejska)	X	-	X	X	X	X	5	
25.	Stara Dąbrowa (gmina wiejska)	-	X	X	X	X	X	5	
26.	Szczecinek (gmina wiejska)	-	X	X	X	X	X	5	
27.	Świdwin (gmina wiejska)	-	X	X	X	X	X	5	
28.	Tychowo (gmina miejsko-wiejska)	X	-	X	X	X	X	5	
29.	Wałcz (gmina wiejska)	-	X	X	X	X	X	5	
30.	Wierzchowo (gmina wiejska)	X	-	X	X	X	X	5	
31.	Złocieniec (gmina miejsko-wiejska)	X	-	X	X	X	X	5	
32.	Białogard (gmina wiejska)	-	X	X	X	X	-	4	
33.	Bierzwnik (gmina wiejska)	X	X	-	X	-	X	4	
34.	Cedynia (gmina miejsko-wiejska)	-	X	-	X	X	X	4	
35.	Chociwel (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	-	X	-	4	
36.	Dolice (gmina wiejska)	-	-	X	X	X	X	4	
37.	Ińsko (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	X	-	-	4	
38.	Lipiany (gmina miejsko-wiejska)	X	-	X	X	X	-	4	
39.	Łobez (gmina miejsko-wiejska)	X	X	-	-	X	X	4	
40.	Marianowo (gmina wiejska)	X	X	-	X	-	X	4	
41.	Pęczyce (gmina miejsko-wiejska)	X	-	X	X	X	-	4	
42.	Polanów (gmina miejsko-wiejska)	-	X	-	X	X	X	4	
43.	Potczyn-Zdrój (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	X	X	X	4	
44.	Przelewice (gmina wiejska)	-	-	X	X	X	X	4	
45.	Recz (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	X	X	X	4	
46.	Sławno (gmina wiejska)	-	X	X	X	X	-	4	

Lp.	Gmina	Demografia	Infrastruktura techniczna	Dostępność do usług publicznych	Potencjał gospodarczy	Problemy popegeerowskie	Ubóstwo	Ubóstwo Liczba deficytów	Liczba deficytów
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
47.	Suchań (gmina miejsko-wiejska)	-	X	X	X	-	X	4	
48.	Tuczno (gmina miejsko-wiejska)	X	X	X	-	X	-	4	
49.	Biały Bór (gmina miejsko-wiejska)	-	-	-	X	X	X	3	
50.	Bobolice (gmina miejsko-wiejska)	X	-	X	X	-	-	3	
51.	Choszczno (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	-	X	X	3	
52.	Darłowo (gmina wiejska)	-	X	X	X	-	-	3	
53.	Drawsko Pomorskie (gmina miejsko-wiejska)	X	-	X	-	-	X	3	
54.	Gryfice (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	-	X	X	3	
55.	Karlino (gmina miejsko-wiejska)	-	-	-	X	X	X	3	
56.	Malechowo (gmina wiejska)	-	X	-	X	X	-	3	
57.	Mieszkowice (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	X	-	X	3	
58.	Postomino (gmina wiejska)	-	X	X	X	-	-	3	
59.	Szczecinek (gmina miejska)	X	-	X	-	-	X	3	
60.	Świerżno (gmina wiejska)	-	-	-	X	X	X	3	
61.	Trzczańsko-Zdrój (gmina miejsko-wiejska)	X	X	-	X	-	-	3	
62.	Wałcz (gmina miejska)	X	-	-	-	X	X	3	
63.	Widuchowa (gmina wiejska)	-	X	-	X	-	X	3	
64.	Banie (gmina wiejska)	-	X	-	X	-	-	2	
65.	Barlinek (gmina miejsko-wiejska)	X	-	X	-	-	-	2	
66.	Będzino (gmina wiejska)	-	X	-	-	-	X	2	
67.	Białogard (gmina miejska)	X	-	-	-	-	X	2	
68.	Bielice (gmina wiejska)	-	X	-	X	-	-	2	
69.	Boleszkowice (gmina wiejska)	-	X	X	-	-	-	2	
70.	Darłowo (gmina miejska)	X	-	-	-	X	-	2	
71.	Golczewo (gmina miejsko-wiejska)	X	X	-	-	-	-	2	

Lp.	Gmina	Demografia	Infrastruktura techniczna	Dostępność do usług publicznych	Potencjał gospodarczy	Problemy popegeerowskie	Ubóstwo	Ubóstwo Liczba deficytów	Liczba deficytów
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
72.	Gościno (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	-	X	-	2	
73.	Manowo (gmina wiejska)	-	X	-	-	X	-	2	
74.	Nowogard (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	-	X	-	2	
75.	Nowogródek Pomorski (gmina wiejska)	-	X	X	-	-	-	2	
76.	Pyrzyce (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	-	-	X	2	
77.	Rymań (gmina wiejska)	-	X	-	-	-	X	2	
78.	Sianów (gmina miejsko-wiejska)	-	X	-	-	-	X	2	
79.	Siemyśl (gmina wiejska)	-	X	X	-	-	-	2	
80.	Stargard Szczeciński (gmina wiejska)	-	X	X	-	-	-	2	
81.	Świdwin (gmina miejska)	-	-	X	-	-	X	2	
82.	Świeszyno (gmina wiejska)	-	X	-	-	X	-	2	
83.	Świnoujście (gmina miejska)	X	-	X	-	-	-	2	
84.	Warnice (gmina wiejska)	-	-	-	X	-	X	2	
85.	Wolin (gmina miejsko-wiejska)	-	X	-	X	-	-	2	
86.	Biesiekierz (gmina wiejska)	-	-	-	-	X	-	1	
87.	Dębno (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	-	-	-	1	
88.	Dobra (Szczecińska) (gmina wiejska)	-	-	X	-	-	-	1	
89.	Dziwnów (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	-	-	-	1	
90.	Kamień Pomorski (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	-	-	-	1	
91.	Kobylanka (gmina wiejska)	-	X	-	-	-	-	1	
92.	Kołobrzeg (gmina wiejska)	-	-	X	-	-	-	1	
93.	Koszalin (gmina miejska)	X	-	-	-	-	-	1	
94.	Maszewo (gmina miejsko-wiejska)	-	X	-	-	-	-	1	
95.	Międzyzdroje (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	-	-	-	1	
96.	Myślibórz (gmina miejsko-wiejska)	X	-	-	-	-	-	1	

Lp.	Gmina	Demografia	Infrastruktura techniczna	Dostępność do usług publicznych	Potencjał gospodarczy	Problemy popegeerowskie	Ubóstwo	Ubóstwo Liczba deficytów	Liczba deficytów
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
97.	Nowe Warpno (gmina miejsko-wiejska)	-	X	-	-	-	-	1	
98.	Osina (gmina wiejska)	-	-	X	-	-	-	1	
99.	Przybiernów (gmina wiejska)	-	X	-	-	-	-	1	
100.	Sławno (gmina miejska)	X	-	-	-	-	-	1	
101.	Stare Czarnowo (gmina wiejska)	X	-	-	-	-	-	1	
102.	Stargard Szczeciński (gmina miejska)	-	-	X	-	-	-	1	
103.	Szczecin (gmina miejska)	X	-	-	-	-	-	1	
104.	Trzebiatów (gmina miejsko-wiejska)	-	-	X	-	-	-	1	
105.	Dygowo (gmina wiejska)	-	-	-	-	-	-	0	
106.	Goleniów (gmina miejsko-wiejska)	-	-	-	-	-	-	0	
107.	Gryfino (gmina miejsko-wiejska)	-	-	-	-	-	-	0	
108.	Kołbaskowo (gmina wiejska)	-	-	-	-	-	-	0	
109.	Kołobrzeg (gmina miejska)	-	-	-	-	-	-	0	
110.	Mielno (gmina wiejska)	-	-	-	-	-	-	0	
111.	Police (gmina miejsko-wiejska)	-	-	-	-	-	-	0	
112.	Rewal (gmina wiejska)	-	-	-	-	-	-	0	
113.	Stepnica (gmina wiejska)	-	-	-	-	-	-	0	
114.	Ustronie Morskie (gmina wiejska)	-	-	-	-	-	-	0	

Zgodnie z dokonaną aktualizacją w odniesieniu do roku 2014 SSW objęte w ramach przejściowej SSW gminy: Wolin, Przybiernów, Rymań, Darłowo (miasto), Banie.

Lp.	Gmina	Liczba deficytów	
		SSW 2014	SSW 2015
1	2	3	4
1.	Banie (gmina wiejska)	3	2
2.	Darłowo (gmina miejska)	3	2
3.	Przybiernów (gmina wiejska)	3	1
4.	Rymań (gmina wiejska)	3	2
5.	Wolin (gmina miejsko-wiejska)	3	2

Źródło: eregion.wzp.pl

Aneks nr 12 – Narzędzia ilościowe

CATI/CAWI - PRZEDSTAWICIELE JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

PROPOZYCJA KWESTIONARIUSZA WYWIADU CATI/CAWI

- z przedstawicielami jednostek samorządu terytorialnego

Szanowna/y Pani/-ie,

Institut ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. realizuje obecnie na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie badanie, którego celem jest uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020. Uzyskane w trakcie badania wyniki przyczynią się do lepszego przygotowania tego typu działań w przyszłości. Pana/i wypowiedzi są całkowicie poufne i będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych, bez możliwości połączenia ich z konkretną osobą.

CEL 1: Ocena stopnia przygotowania jednostek samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego do realizacji działań w obszarze zdrowia współfinansowanych ze środków EFS

1. Jak Pan/i ocenia ogólne przygotowanie Państwa jednostki do realizacji działań w obszarze zdrowia?
 - Zdecydowanie dobrze
 - Raczej dobrze
 - Raczej źle
 - Zdecydowanie źle
 - Trudno powiedzieć

2. Proszę ocenić funkcjonowanie poszczególnych elementów na skali:
(gdzie 1 oznacza bardzo słabe funkcjonowanie, a 5 bardzo dobrze)

Koordinacja działań w obszarze zdrowia pomiędzy poszczególnymi wydziałami	1 2 3 4 5	Trudno powiedzieć	Uwagi respondentów
Monitorowanie działań w obszarze zdrowia	1 2 3 4 5		
Komunikacja wewnętrzna (pomiędzy pracownikami zaangażowanymi w działania)	1 2 3 4 5		
Komunikacja zewnętrzna (pomiędzy poszczególnymi jednostkami – na szczeblu gminnym)	1 2 3 4 5		
Komunikacja zewnętrzna (pomiędzy poszczególnymi jednostkami- na szczeblu powiatowym)	1 2 3 4 5		
Komunikacja zewnętrzna (z innymi jednostkami – na szczeblu wojewódzkim)	1 2 3 4 5		

3. Czy liczba pracowników zaangażowanych w realizację działań w obszarze zdrowia w Państwa jednostce jest wystarczająca?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

4. Czy Państwa jednostka **planuje realizację** programów polityki zdrowotnej?

- Tak
- Nie (*jeśli nie, proszę przejść do pyt. 7.*)
- Trudno powiedzieć (*proszę przejść do pyt. 7.*)

5. Jakie programy polityki zdrowotnej **planują Państwo realizować**, w tym:

- jakie **programy profilaktyczne** dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu

Czy jest to program:

- Jednoroczny
- Wieloletni
- Trudno powiedzieć

Czy program ten jest już **zatwierdzony** do realizacji?

- Tak
- Nie
- Trudno powiedzieć

- jakie **programy z zakresu rehabilitacji medycznej** ułatwiające powroty do pracy

Czy jest to program:

- Jednoroczny
- Wieloletni
- Trudno powiedzieć

Czy program ten jest już **zatwierdzony** do realizacji?

- Tak
- Nie
- Trudno powiedzieć
- jakie **programy z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji** dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych

Czy jest to program:

- Jednoroczny
- Wieloletni
- Trudno powiedzieć

Czy program ten jest już **zatwierdzony** do realizacji?

- Tak
- Nie
- Trudno powiedzieć

6. Które z programów zostały zaopiniowane przez Agencje Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w tym?

- które zostały zaopiniowane pozytywnie?.....
- które zostały zaopiniowane warunkowo?.....
- które zostały zaopiniowane negatywnie?.....

7. Czy **realizują Państwo obecnie** programy polityki zdrowotnej?

- Tak
- Nie (*jeśli nie proszę przejść do pyt. 19*)
- Trudno powiedzieć (*proszę przejść do pyt. 19*)

8. Jakie programy polityki zdrowotnej **realizują Państwo obecnie**, w tym:

- jakie **programy profilaktyczne** dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu

Czy jest to program:

- Jednoroczny
- Wieloletni
- Trudno powiedzieć
- jakie **programy z zakresu rehabilitacji medycznej**

ułatwiający powroty do pracy

Czy jest to program:

- Jednoroczny
- Wieloletni
- Trudno powiedzieć
- jakie **programy z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji** dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych

Czy jest to program:

- Jednoroczny
- Wieloletni
- Trudno powiedzieć

9. Czy realizują Państwo jakieś programy zdrowotne **w partnerstwie** z innymi podmiotami?

(np. powiat z gminami leżącymi na jego obszarze)

- Tak (jeśli tak, to z jakimi?).....
- Nie
- Trudno powiedzieć

CEL 2: Identyfikacja barier i potrzeb uprawnionych beneficjentów w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS

10. W jaki sposób Państwa jednostka opracowuje projekty programów polityki zdrowotnej?

- Samodzielnie (z wykorzystaniem własnych zasobów kadrowych)
- Z wykorzystaniem doświadczenia osób spoza jednostki
- Różnie (w zależności od programu)
- Trudno powiedzieć

11. Jakie są Pana/i zdaniem główne bariery dotyczące **możliwości tworzenia** programów polityki zdrowotnej przez Państwa jednostkę? (możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi)

- Trudności w spełnieniu wymagań formalnych
- Niewystarczających poziom wiedzy w zakresie opracowywania programów
- Trudności w przygotowaniu prawidłowego opisu programu
- Brak doświadczeń praktycznych w tym zakresie
- Brak dobrych wzorców
- Brak współpracy na poziomie lokalnym
- Inne (jakie?).....
- Trudno powiedzieć
- Nie widzę żadnych barier

12. Które ze wskazanych elementy opisu programu zdrowotnego, powodują, Pana/i zdaniem, **największe trudności** na etapie opracowywania projektów programów zdrowotnych? *(możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi)*

- Wybór problemu zdrowotnego
- Wybór technologii medycznej
- Określenie grupy docelowej programu (adresatów programu)
- Określenie wskaźników charakteryzujących problem zdrowotny
- Konieczność uzyskania opinii AOTM
- Udowodnienie efektywności proponowanych programów
- Inne (jakie?).....
- Trudno powiedzieć
- Żadne elementy nie powodują trudności

13. Jakie są Pana/i zdaniem główne bariery dotyczące **możliwości realizacji/wdrażania** programów polityki zdrowotnej przez Państwa jednostkę? *(możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi)*

- Brak wystarczających środków finansowych
- Brak odpowiedniej liczby pracowników (braki kadrowe)
- Niewystarczających poziom wiedzy pracowników o realizacji programów
- Brak doświadczeń praktycznych w tym zakresie
- Brak dobrych wzorców
- Trudności w dotarciu do grupy docelowej (adresatów programów)
- Brak współpracy na poziomie lokalnym/regionalnym
- Inne (jakie?).....
- Trudno powiedzieć
- Nie widzę żadnych barier

14. W jakim stopniu **promocja programów** polityki zdrowotnej (dotarcie do adresatów) powoduje utrudnienia w realizacji programów przez Państwa jednostkę? *(proszę ocenić wpływ na skali, gdzie 1 oznacza bardzo niewielkie utrudnienia, a 5 bardzo znaczące)*

1 2 3 4 5 Trudno
powiedzieć

15. W jakim stopniu **monitorowanie efektów** programów polityki zdrowotnej powoduje utrudnienia w realizacji programów przez Państwa jednostkę? *(proszę ocenić wpływ na skali, gdzie 1 oznacza bardzo niewielkie utrudnienia, a 5 bardzo znaczące)*

1 2 3 4 5 Trudno
powiedzieć

16. W jakim stopniu działania związane z **rozliczaniem finansowym** programów polityki zdrowotnej powodują utrudnienia w realizacji programów przez Państwa jednostkę? *(proszę ocenić wpływ na skali, gdzie 1 oznacza bardzo niewielkie utrudnienia, a 5 bardzo znaczące)*

1

2

3

4

5

Trudno
powiedzieć

17. Czy w zakresie realizowanych programów pojawiają się problemy w **osiąganiu założonych efektów programów?**

- Zdecydowanie tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej tak (jeśli tak, to jakie?)
- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Trudno powiedzieć

18. Czy realizowane przez Państwa (i planowane do realizacji) programy zdrowotne są wystarczające w stosunku do potrzeb i problemów zdrowotnych mieszkańców regionu?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

19. Czy byliby Państwo zainteresowani pozyskaniem wsparcia na świadczenie usług zdrowotnych ze środków EFS (Europejskiego Funduszu Społecznego)?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Raczej nie (jeśli nie, to dlaczego?)
- Zdecydowanie nie (jeśli nie, to dlaczego?)
- Trudno powiedzieć

20. Czy w Państwa jednostce istnieje zapotrzebowanie na wskazane poniżej typy projektów:

- **programy profilaktyczne** dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu
 - Zdecydowanie tak
 - Raczej tak
 - Raczej nie
 - Zdecydowanie nie
 - Trudno powiedzieć
- **programy z zakresu rehabilitacji** medycznej ułatwiające powroty do pracy
 - Zdecydowanie tak
 - Raczej tak
 - Raczej nie
 - Zdecydowanie nie
 - Trudno powiedzieć
- programy z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji** dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych
 - Zdecydowanie tak
 - Raczej tak
 - Raczej nie
 - Zdecydowanie nie
 - Trudno powiedzieć

inne typy programów (jakie?).....

21. Czy dostrzegają Państwo jakieś bariery, które mogłyby utrudniać **ubieganie się** o tego typu wsparcie?

- Zdecydowanie tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

22. Czy dostrzegają Państwo jakieś bariery, które mogłyby utrudnić **realizację** tego typu programów przez Państwa placówkę?

- Zdecydowanie tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

23. Jakie **działania szkoleniowo-doradcze** byłyby, Pana/i zdaniem pożądane, w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych odbiorców/adresatów usług zdrowotnych?

.....

24. Jakie **działania informacyjno-promocyjne** byłyby, Pana/i zdaniem pożądane, w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych odbiorców/adresatów usług zdrowotnych?

.....

25. Czy dostrzegają Państwo jakieś ryzyka związane ze świadczeniem usług zdrowotnych ze środków EFS?

- Zdecydowanie tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

CEL 3: Identyfikacja obszarów wymagających wsparcia w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych przez uprawnionych beneficjentów.

26. Czy w Państwa jednostce istnieje zapotrzebowanie na wsparcie w zakresie możliwości tworzenia programów zdrowotnych?

- Zdecydowanie tak (jeśli tak, to jakiego rodzaju wsparcia Państwo oczekują?)
- Raczej tak (jeśli tak, to jakiego rodzaju wsparcia Państwo oczekują?)
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

CEL 4: Przedstawienie propozycji rozwiązań dla systemu oceny i wyboru projektów w obszarze zdrowia, które będą funkcjonować w ramach RPO WZ na lata 2014-2020.

27. Jaka procedura powinna być Pana/i zdaniem zastosowana w przypadku wyboru projektów do dofinansowania? (*ankieter w kilku zdaniach wyjaśnia każdą z nich*)

- Procedura konkursowa
- Procedura celowa
- Procedura konkursowa z preselekcją
- Inna (jaka?)
- Trudno powiedzieć

28. Jakie kryteria powinny być, Pana/i zdaniem uwzględniane w procesie wyboru i oceny projektów do dofinansowania, w tym:

- kryteria formalne:.....
- Kryteria merytoryczne:.....

29. Do jakich grup powinny być w szczególności skierowane działania planowane w ramach EFS? (biorąc pod uwagę najistotniejsze problemy zdrowotne Państwa regionu)

.....

30. Czy chciałby Pan/i poruszyć jeszcze jakieś dodatkowe kwestie?

.....

Dziękujemy za udział w badaniu

METRYCZKA:

Jednostka samorządu terytorialnego:

- na poziomie gminy
- na poziomie powiatu
- na poziomie województwa

Powiat:

- białogardzki
- choszczeński
- drawski
- goleniowski
- gryficki
- gryfiński
- kamieński
- kołobrzeski
- koszaliński
- łobeski
- myśliborski
- policki
- pyrzycki

- sławieński
- stargardzki
- szczecinecki
- świdnicki
- wałecki
- m. Szczecin
- m. Koszalin
- m. Świnoujście

CATI/CAWI – ORGANIZACJE POZARZĄDOWE I JEDNOSTKI OCHRONY ZDROWIA

PROPOZYCJA KWESTIONARIUSZA WYWIADU CATI/CAWI

Organizacje pozarządowe działające w obszarze ochrony zdrowia (CATI)
Przedstawiciele jednostek ochrony zdrowia (ZOZ) (CAWI)

Szanowna/y Pani/-ie,

Institut ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o.. realizuje obecnie na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie badanie, którego celem jest uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020. Uzyskane w trakcie badania wyniki przyczynią się do lepszego przygotowania tego typu działań w przyszłości. Pana/i wypowiedzi są całkowicie poufne i będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych, bez możliwości połączenia ich z konkretną osobą.

PYTANIE REKRUTACYJNE:

Czy mają Państwo podpisany kontrakt z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych

TAK NIE

1. Jak Pan/i ocenia ogólne przygotowanie Państwa organizacji/jednostki do świadczenia usług w obszarze ochrony zdrowia?

- Zdecydowanie dobrze
- Raczej dobrze
- Raczej źle
- Zdecydowanie źle
- Trudno powiedzieć

2. Czy istnieją obszary, w których odczuwają Państwo niedostatki/deficyty, które utrudniają świadczenie usług w obszarze ochrony zdrowia?

- Zdecydowanie tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

CEL 2: Identyfikacja barier i potrzeb uprawnionych beneficjentów w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS

3. Czy realizowane przez Państwa usługi zdrowotne są wystarczające w stosunku do potrzeb i problemów zdrowotnych mieszkańców regionu?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

4. Czy byliby Państwo zainteresowani pozyskaniem wsparcia na świadczenie usług zdrowotnych ze środków EFS (Europejskiego Funduszu Społecznego)?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Raczej nie (jeśli nie, to dlaczego?)
- Zdecydowanie nie (jeśli nie, to dlaczego?)
- Trudno powiedzieć

5. Czy w Państwa organizacji/jednostce istnieje zapotrzebowanie na wskazane poniżej typy projektów:

- **programy profilaktyczne** dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu
 - Zdecydowanie tak
 - Raczej tak
 - Raczej nie
 - Zdecydowanie nie
 - Trudno powiedzieć
- **programy z zakresu rehabilitacji** medycznej ułatwiający powroty do pracy
 - Zdecydowanie tak
 - Raczej tak
 - Raczej nie
 - Zdecydowanie nie
 - Trudno powiedzieć
- programy z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji** dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych
 - Zdecydowanie tak
 - Raczej tak
 - Raczej nie
 - Zdecydowanie nie
 - Trudno powiedzieć
- inne typy projektów** (jakie?).....

6. Czy dostrzegają Państwo jakieś bariery, które mogłyby utrudniać ubieganie się o tego typu wsparcie?

- Zdecydowanie tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

7. Czy dostrzegają Państwo jakieś bariery, które mogłyby utrudnić realizowanie tego typu projektów przez Państwa organizację/jednostkę?

- Zdecydowanie tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

8. Czy mają Państwo możliwość realizowania programów zdrowotnych w partnerstwie z innymi podmiotami?
- Tak (jeśli tak, to z jakimi?)
 - Nie
 - Trudno powiedzieć

9. Jakie **działania szkoleniowo-doradcze** byłyby, Pana/i zdaniem pożądane, w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych odbiorców/adresatów usług zdrowotnych w tym zakresie?

.....

10. Jakie **działania informacyjno-promocyjne** byłyby, Pana/i zdaniem pożądane, w celu skutecznego dotarcia do potencjalnych odbiorców/adresatów usług zdrowotnych tego typu?

.....

11. Czy dostrzegają Państwo jakieś ryzyka związane ze świadczeniem usług zdrowotnych ze środków EFS?

- Zdecydowanie tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

CEL 3: Identyfikacja obszarów wymagających wsparcia w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych przez uprawnionych beneficjentów.

12. Czy w Państwa organizacji/jednostce istnieje zapotrzebowanie na wsparcie w zakresie możliwości tworzenia programów zdrowotnych?

- Zdecydowanie tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej tak (jeśli tak, to jakie?)
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

CEL 4: Przedstawienie propozycji rozwiązań dla systemu oceny i wyboru projektów w obszarze zdrowia, które będą funkcjonować w ramach RPO WZ na lata 2014-2020.

13. Jaka procedura powinna być Pana/i zdaniem zastosowana w przypadku wyboru projektów do dofinansowania? *(ankieter w kilku słowach wyjaśnia każdą z nich)*

- Procedura konkursowa
- Procedura celowa
- Procedura konkursowa z preselekcją
- Inna (jaka?)
- Trudno powiedzieć

14. Jakie kryteria powinny być, Pana/i zdaniem uwzględniane w procesie wyboru i oceny projektów do dofinansowania, w tym:

- kryteria formalne:.....
- Kryteria merytoryczne:.....

15. Do jakich grup powinny być w szczególności skierowane działania planowane w ramach interwencji EFS? (biorąc pod uwagę najistotniejsze problemy zdrowotne województwa)

.....

16. Czy chciałby Pan/i poruszyć jeszcze jakieś dodatkowe kwestie?

.....

Dziękujemy za udział w badaniu

METRYCZKA

Typ podmiotu:

- Organizacja pozarządowa działająca w obszarze ochrony zdrowia
- Jednostka ochrony zdrowia (ZOZ)

Okres działalności:

- poniżej 1 roku
- pow. 1 roku do 5 lat
- pow. 5 lat do 10 lat
- powyżej 10 lat

Lokalizacja siedziby (powiat):

Liczba zatrudnionych pracowników:

- 0
- do 9 osób
- 9-49 osób
- powyżej 50 osób

Rodzaj świadczonych usług:

-

Zasięg działania:

- gmina
- kilka gmin
- powiat
- kilka powiatów
- województwo

- białogardzki
- choszczeński
- drawski
- goleniowski
- gryficki
- gryfiński
- kamieński
- kołobrzeski
- koszaliński
- łobeski
- myśliborski
- policki
- pyrzycki
- sławieński
- stargardzki
- szczecinecki
- świdwiński
- wałecki

CATI – MIESZKAŃCY WOJEWÓDZTWA

PROPOZYCJA KWESTIONARIUSZA WYWIADU CATI

Mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego

Szanowna/y Pani/ie

Instytut ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. realizuje obecnie na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie badanie, którego celem jest uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020. Uzyskane w trakcie badania wyniki przyczynią się do lepszego przygotowania tego typu działań w przyszłości. Państwa wypowiedzi są całkowicie poufne i będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach, bez możliwości połączenia ich z konkretną osobą.

PYTANIA REKRUTACYJNE

Czy zalicza się Pan/i do osób w wieku: 18-64 lata:

- Tak
- Nie

Czy korzysta Pan/i ze świadczeń pomocy społecznej?

- Tak
- Nie

Czy ma Pan/i dzieci?

- Tak
- Nie (jeśli nie, zadajemy pytania z Modułu I, ankieter pomija Moduł II)

Moduł I (skierowany do wszystkich respondentów)

1. Jak ocenia Pan/i ogólny stan swojego zdrowia?

- Zdecydowanie dobrze
- Raczej dobrze
- Ani dobrze, ani źle
- Raczej źle
- Zdecydowanie źle
- Trudno powiedzieć

2. Czy w ciągu ostatniego roku stan Pani/a zdrowia?

- Polepszył się
- Pogorszył się
- Pozostał bez zmian
- Trudno powiedzieć

3. Jak ocenia Pan styl życia, który Pan/i prowadzi?

- Zdecydowanie zdrowy
- Raczej zdrowy

- Ani zdrowy, ani niezdrowy
 - Raczej niezdrowy
 - Zdecydowanie niezdrowy
 - Trudno powiedzieć
4. Czy w ciągu ostatniego roku zmienił Pan/i styl życia, który Pan/i prowadzi?
- Tak (jeśli tak, to dlaczego?)
 - Nie
 - Trudno powiedzieć
5. Czy uprawia Pan/i sport/ jest Pan/i aktywny/a fizycznie?
- Zdecydowanie tak
 - Raczej tak
 - Raczej nie (jeśli nie, proszę przejść do pyt.7)
 - Zdecydowanie nie (jeśli nie, proszę przejść do pyt.7)
 - Trudno powiedzieć
6. Jak często uprawia Pan/i sport/ jest Pan/i aktywna fizycznie?
- Średnio raz w miesiącu
 - Średnio raz w tygodniu
 - Kilka razy w tygodniu
7. Ile posiłków dziennie Pan/i spożywa?
- Jeden posiłek
 - Dwa posiłki
 - Od 3 do 4 posiłków
 - 5 posiłków
 - Powyżej 5 posiłków
 - Trudno powiedzieć
8. Czy pali Pan/i papierosy?
- Tak
 - Nie
 - Już nie palę (rzuciłam/-em palenie)
9. Jak postępuje Pan/i, w przypadku, gdy czuje się Pan/i chora?
- W każdym przypadku od razu udaję się do lekarza
 - Najpierw próbuję leczyć się na własną rękę
 - Uzależniam wizytę u lekarza od rodzaju dolegliwości
 - Udaję się na wizytę w ostateczności
 - Nigdy nie udaję się na wizytę
 - Trudno powiedzieć
10. Czy korzysta Pan/i z odpłatnej opieki medycznej?
- Tak
 - Nie
 - Trudno powiedzieć
11. Jak często robi Pan/i badania lekarskie laboratoryjne np. cukru, cholesterolu i badania ciśnienia?
- Raz w miesiącu

- Co trzy miesiące
- Co pół roku
- Raz na rok
- Rzadziej niż raz na rok
- Trudno powiedzieć

12. Jak Pan/i ocenia dostępność do tego typu badań w Pana/i otoczeniu? Badania są:

- Zdecydowanie dostępne
- Raczej dostępne
- Raczej niedostępne
- Zdecydowanie niedostępne
- Trudno powiedzieć

13. Jak często robi Pan/i badania lekarskie specjalistyczne np. usg, rtg, ekg?

- Raz w miesiącu
- Co trzy miesiące
- Co pół roku
- Raz na rok
- Rzadziej niż raz na rok
- Trudno powiedzieć

14. Jak Pan/i ocenia dostępność do tego typu badań w Pana/i otoczeniu? Badania są:

- Zdecydowanie dostępne
- Raczej dostępne
- Raczej niedostępne
- Zdecydowanie niedostępne
- Trudno powiedzieć

15. Czy jakieś choroby długotrwałe (pow.6 m-cy) są szczególnie rozpowszechnione w Pana/i otoczeniu?

- Tak (jeśli tak, to jakie?)
- Nie
- Trudno powiedzieć

16. Czy ktokolwiek z Pana/i rodziny chorował na wskazane poniżej choroby?

Choroby układu krążenia	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
Choroby nowotworowe	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
Zaburzenia psychiczne	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
Choroby układu kostno-stawowo-mięśniowego	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
Choroby układu oddechowego	Tak	Nie	Trudno powiedzieć

17. Czy jest Pan obecnie osobą aktywną zawodowo? (czy Pan/i pracuje?)

- Tak
- Nie

18. Czy zdarzyło się, że jakaś długotrwała dolegliwość zdrowotna (pow. 6 m-cy) zmusiła Pana/ią do przerywania aktywności zawodowej?

- Tak (jeśli tak, to jaka, na jak długo?)
- Nie
- Trudno powiedzieć

19. Czy korzystał Pan/i z usług rehabilitacyjnych ułatwiających powrót do pracy?

- Tak
- Nie

20. Jak ocenia Pan/i dostępność usług rehabilitacyjnych w Pana/i otoczeniu?

- Zdecydowanie dostępne
- Raczej dostępne
- Raczej niedostępne
- Zdecydowanie niedostępne
- Trudno powiedzieć

21. Czy docierają do Pana/i informacje o możliwości wykonywania bezpłatnych badań profilaktycznych?

- Tak (jeśli tak, to jakich?)
- Nie – przejdź do pytania P24
- Trudno powiedzieć – przejdź do pytania P24

22. Czy liczba ofert dotycząca możliwości wykonywania takich badań profilaktycznych jest, Pana/i zdaniem, wystarczająca?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Trudno powiedzieć

23. Czy sposób informowania o możliwości wykonywania tego typu badań jest Pana/i zdaniem odpowiedni?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Raczej nie (jeśli nie, to dlaczego?)
- Zdecydowanie nie (jeśli nie to dlaczego?)
- Trudno powiedzieć

24. W jaki sposób chciałby Pan/i być informowany o możliwości wykonania bezpłatnych badań profilaktycznych?

MODUŁ II (skierowany tylko do respondentów posiadających dzieci)

25. Czy oczekując na dziecko miał Pan/i świadomość, jakie badania powinna wykonywać kobieta w ciąży?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

26. Jak ocenia Pan/i dostępność do tego typu badań? Badania były:

- Zdecydowanie dostępne
- Raczej dostępne
- Raczej niedostępne
- Zdecydowanie niedostępne
- Trudno powiedzieć

27. Czy po przyjściu dziecka na świat, miał Pan/i świadomość jakie badania powinna wykonywać kobieta po urodzeniu dziecka?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

28. Jak ocenia Pan/i dostępność do tego typu badań? Badania były:

- Zdecydowanie dostępne
- Raczej dostępne
- Raczej niedostępne
- Zdecydowanie niedostępne
- Trudno powiedzieć

29. Czy po przyjściu dziecka na świat, miał Pan/i świadomość jakim badaniom powinno być poddane dziecko po urodzeniu?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

30. Jak ocenia Pan/i dostępność do tego typu badań? Badania były:

- Zdecydowanie dostępne
- Raczej dostępne
- Raczej niedostępne
- Zdecydowanie niedostępne
- Trudno powiedzieć

31. Czy była Pan/i informowany/a o możliwości przeprowadzenia badań z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych u dzieci?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Raczej nie – przejdź do pytania P33
- Zdecydowanie nie – przejdź do pytania P33
- Trudno powiedzieć – przejdź do pytania P33

32. Czy informacje te były wystarczające?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Raczej nie (jeśli nie, to dlaczego?)
- Zdecydowanie nie (jeśli nie, to dlaczego?)
- Trudno powiedzieć

33. W jaki sposób chciałby Pan/i być informowany o możliwości wykonania bezpłatnych badań w tym zakresie?

Dziękujemy za udział w badaniu

METRYCZKA

WIEK:

PŁEĆ:

- kobieta
- mężczyzna

WYKSZTAŁCENIE:

- podstawowe
- zawodowe
- średnie
- wyższe

STATUS ZAWODOWY:

- uczeń/student
- bezrobotny – poszukujący pracy
- bezrobotny – nie poszukujący pracy
- zatrudniony

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (powiat):

- białogardzki
- choszczeński
- drawski
- goleniowski
- gryficki
- gryfiński
- kamieński
- kołobrzeski
- koszaliński
- łobeski
- myśliborski
- policki
- pyrzycki
- sławieński
- stargardzki
- szczecinecki
- świdnicki
- wałecki
- m. Szczecin
- m. Koszalin
- m. Świnoujście

TEREN:

- wiejski
- miejski

Aneks nr 13- Narzędzia jakościowe

IDI - PRZEDSTAWICIELE JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

SCENARIUSZ WYWIADU IDI

- z przedstawicielami jednostek samorządu terytorialnego

Szanowna/y Pani/-ie,

Institut ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o.. realizuje obecnie na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie badanie, którego celem jest uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020. Uzyskane w trakcie badania wyniki przyczynią się do lepszego przygotowania tego typu działań w przyszłości. Pana/i wypowiedzi są całkowicie poufne i będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach, bez możliwości połączenia ich z konkretną osobą.

CEL 1: Ocena stopnia przygotowania jednostek samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego do realizacji działań w obszarze zdrowia współfinansowanych ze środków EFS

1. Jak Pan/i ocenia **ogólne przygotowanie** Państwa jednostki do realizacji działań w obszarze zdrowia?
2. **W jaki sposób** Państwa jednostka opracowuje programy zdrowotne?
 - Jakie są, Pana/i zdaniem, najważniejsze etapy przygotowywania programów?
 - Czy w przygotowanie programów angażowane są angażowane osoby spoza grona pracowników Państwa jednostki? Jeśli tak, to jakie? Jakie były ich zadania i kompetencje? Dlaczego zdecydowali się Państwo na zaangażowanie tych osób?
3. **Jakiego typu problemów zdrowotnych** dotyczą planowane i realizowane przez Państwa programy zdrowotne?
 - W jaki sposób ustalali Państwo przedmiot poszczególnych programów?
 - Czy prowadzili Państwo analizy w zakresie zapotrzebowania na te programy? Jeśli tak, to w jaki sposób?
4. **Do jakich grup** kierowane są planowane i realizowane przez Państwa programy zdrowotne?
 - W jaki sposób ustalali Państwo grupy docelowe (adresatów) programów?
 - Jakie czynniki decydowały o wyborze konkretnych grup?
5. **W jaki sposób docierają** Państwo do potencjalnych odbiorców wsparcia?
 - Jakie formy promocji programów oraz komunikacji z potencjalnymi odbiorcami Państwo zaplanowali? Które z nich okazywały się najbardziej skuteczne?
 - Czy pojawiły się problemy w dotarciu do potencjalnych adresatów? Jeśli tak, to na czym one polegały?

6. Czy realizują Państwo projekty w **partnerstwie** z innymi podmiotami? Jeśli tak, to jakimi? Jak wygląda taka współpraca? Jak wygląda podział zadań?

CEL 2: Identyfikacja barier i potrzeb uprawnionych beneficjentów w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS

7. Jakie są Pana/i zdaniem **główne bariery** dotyczące możliwości **tworzenia** programów polityki zdrowotnej przez Państwa jednostkę? Z czego wynikają te bariery?
8. Jakie elementy opisu programu zdrowotnego, powodują, Pana/i zdaniem, **największe trudności** na etapie opracowywania projektów programów zdrowotnych? Dlaczego?
9. Jakie są Pana/i zdaniem główne bariery dotyczące możliwości **realizacji/wdrażania** programów polityki zdrowotnej przez Państwa jednostkę? Z czego wynikają te bariery?
- Czy mógłby Pan/i wskazać te bariery w odniesieniu do konkretnych przykładów z Pana/i doświadczeń?
10. Czy osoby zaangażowane w realizację programów polityki zdrowotnej posiadają wystarczającą wiedzę/doświadczenie w tym zakresie? Jeśli nie, to w jakich obszarach tej wiedzy/doświadczenia brakuje?
11. Czy udało się zrealizować wszystkie zaplanowane w programach cele?
- Proszę opisać przykład takiego programu, w którym nie udało się osiągnąć założonych celów/efektów? Jakie były tego przyczyny? Jakie działania można byłoby podjąć, aby uniknąć podobnych problemów w przyszłości?
12. Czy realizowane (i planowane do realizacji) przez Państwa programy zdrowotne są wystarczające w stosunku do potrzeb i problemów mieszkańców Państwa regionu?
13. Które problemy zdrowotne Państwa regionu, są ujęte, Pana/i zdaniem, w niewystarczającym stopniu w programach o charakterze ponadregionalnym
14. Czy byliby Państwo zainteresowani pozyskaniem wsparcia na świadczenie usług zdrowotnych ze środków EFS (Europejskiego Funduszu Społecznego)? Dlaczego?
(ankieter przedstawia respondentowi typy projektów przewidzianych do wsparcia)
15. Czy, Państwa zdaniem, istnieje w Państwa regionie **zapotrzebowanie** na tego typu projekty? Jakże przesłanki na to wskazują?
16. Czy, Pana/i zdaniem, mogą się pojawić problemy w zakresie skutecznego dotarcia do potencjalnych odbiorców usług zdrowotnych w tym zakresie?
- Jeśli tak, jakie mogą być przyczyny ewentualnych problemów w tym zakresie?
 - Jakie działania **szkoleniowo-doradcze** można byłoby podjąć, aby uniknąć takich problemów (i zwiększyć skuteczność dotarcia do potencjalnych grup docelowych)? W jaki sposób należałoby prowadzić takie działania?

- Jakie działania **informacyjno-promocyjne** można byłoby podjąć, aby uniknąć takich problemów (i zwiększyć skuteczność dotarcia do potencjalnych grup docelowych)? W jaki sposób należałoby prowadzić takie działania?

17. Czy dostrzega Pan/i jakieś dodatkowe ryzyka związane z realizacją tego typu programów?

- Jeśli tak, to z czego one wynikają? Jakie działania/rozwiązania można byłoby wprowadzić, aby zminimalizować wskazane ryzyka?

CEL 3: Identyfikacja obszarów wymagających wsparcia w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych przez uprawnionych beneficjentów.

18. Czy w Państwa jednostce istnieje zapotrzebowanie na wsparcie w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych?

- Jaka byłaby najbardziej pożądana forma takiego wsparcia i dlaczego?
- Czy oczekiwaliby Państwo wsparcia doradczego? (jeśli tak, to w jakim zakresie)
- Czy oczekiwaliby Państwo wsparcia w postaci szkoleń? (jeśli tak, to jakich?)

CEL 4: Przedstawienie propozycji rozwiązań dla systemu oceny i wyboru projektów w obszarze zdrowia, które będą funkcjonować w ramach RPO WZ na lata 2014-2020.

19. Jaka procedura byłaby Pana/i zdaniem najbardziej odpowiednia dla wyboru tego typu projektów (konkursowa, celowa, konkursowa z preselekcją?) Dlaczego?

20. Jakie kryteria, Pana/i zdaniem, powinny być uwzględniane w procesie wyboru i oceny projektów do dofinansowania i dlaczego?

21. Spełnienie jakich kryteriów może być najbardziej problematyczne w przypadku Państwa jednostki i dlaczego?

22. Do jakich grup powinny być w szczególności skierowane działania w ramach programów? (biorąc pod uwagę najistotniejsze problemy zdrowotne Państwa regionu) i dlaczego?

23. Jakie działania planowane w ramach programów mogą być najbardziej skuteczne w przypadku Państwa jednostki i dlaczego?

- Jakie cechy są najważniejszymi mocnymi i słabymi stronami wybranych rodzajów działań?
- Czy innego rodzaju działania mogłyby być bardziej skuteczne i efektywne? Jeśli tak, to jakie? Dlaczego?

PODSUMOWANIE:

- Czy chciałby Pan/i dodać coś jeszcze do swoich dotychczasowych wypowiedzi?
- Czy w trakcie wywiadu pominęliśmy jakieś istotne kwestie, o których warto i należałoby wspomnieć? Jeśli tak, to jakie to kwestie?

IDI - PRZEDSTAWICIELE NGO/ZOZ

SCENARIUSZ WYWIADU IDI

Organizacje pozarządowe działające w obszarze ochrony zdrowia
Przedstawiciele jednostek ochrony zdrowia (ZOZ)
Organizacje pozarządowe i podmioty ekonomii społecznej prowadzące działalność statutową lub gospodarczą w obszarze usług społecznych użyteczności publicznej

Szanowna/y Pani/-ie,

Instytut ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. realizuje obecnie na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie badanie, którego celem jest uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020. Uzyskane w trakcie badania wyniki przyczynią się do lepszego przygotowania tego typu działań w przyszłości. Pana/i wypowiedzi są całkowicie poufne i będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych, bez możliwości połączenia ich z konkretną osobą.

1. Jak Pan/i ocenia ogólne przygotowanie Państwa organizacji/jednostki do świadczenia usług w obszarze ochrony zdrowia?
2. Czy istnieją obszary, w których odczuwają Państwo niedostatki/deficyty, które utrudniają świadczenie usług w obszarze ochrony zdrowia?

CEL 2: Identyfikacja barier i potrzeb uprawnionych beneficjentów w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS

3. Czy realizowane przez Państwa usługi zdrowotne są wystarczające w stosunku do potrzeb i problemów zdrowotnych mieszkańców regionu?
 - Jeśli nie, to jakich usług brakuje?
4. Czy byliby Państwo zainteresowani pozyskaniem wsparcia na świadczenie usług zdrowotnych ze środków EFS (Europejskiego Funduszu Społecznego)? Dlaczego? (*ankieter przedstawi respondentowi typy projektów przewidzianych do wsparcia*)
5. Czy, Państwa zdaniem, istnieje w województwie zachodniopomorskim **zapotrzebowanie** na tego typu projekty? Jakie przesłanki na to wskazują?
6. Czy dostrzega Pan/i jakieś bariery, które mogłyby utrudniać Państwu ubieganie się o tego typu wsparcie? Jeśli tak, to jakie? Z czego mogą wynikać te bariery?
7. Czy dostrzegają Państwo jakieś bariery, które mogłyby utrudnić wdrażanie tego typu wsparcia przez Państwa organizację/jednostkę? Z czego mogą wynikać te bariery?
8. Czy mają Państwo możliwość opracowywania/realizowania programów zdrowotnych **w partnerstwie** z innymi podmiotami? Jeśli tak, to jakimi? Jak mogłaby wyglądać taka współpraca? Jak wyglądałby podział zadań?

9. Czy, Pana/i zdaniem, mogłyby pojawić się problemy w zakresie skutecznego dotarcia do potencjalnych odbiorców usług zdrowotnych w tym zakresie?
- Jeśli tak, jakie mogą być przyczyny ewentualnych problemów w tym zakresie?
 - Jakie działania **szkoleniowo-doradcze** można byłoby podjąć, aby uniknąć takich problemów (i zwiększyć skuteczność dotarcia do potencjalnych grup docelowych)? W jaki sposób należałoby prowadzić takie działania?
 - Jakie działania **informacyjno-promocyjne** można byłoby podjąć, aby uniknąć takich problemów (i zwiększyć skuteczność dotarcia do potencjalnych grup docelowych)? W jaki sposób należałoby prowadzić takie działania?
10. Czy dostrzega Pan/i jakieś dodatkowe ryzyka związane z realizacją tego typu programów?
- Jeśli tak, to z czego one wynikają? Jakie działania/rozwiązania można byłoby wprowadzić, aby zminimalizować wskazane ryzyka?

CEL 3: Identyfikacja obszarów wymagających wsparcia w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych przez uprawnionych beneficjentów.

11. Czy w Państwa jednostce istnieje zapotrzebowanie na wsparcie w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych?
- Jaka byłaby najbardziej pożądana forma takiego wsparcia i dlaczego?
 - Czy oczekiwaliby Państwo wsparcia doradczego? (jeśli tak, to w jakim zakresie?)
 - Czy oczekiwaliby Państwo wsparcia w postaci szkoleń? (jeśli tak, to jakich?)

CEL 4: Przedstawienie propozycji rozwiązań dla systemu oceny i wyboru projektów w obszarze zdrowia, które będą funkcjonować w ramach RPO WZ na lata 2014-2020.

12. Jaka procedura byłaby Pana/i zdaniem najbardziej odpowiednia dla wyboru tego typu projektów (konkursowa, celowa, konkursowa z preselekcją?) Dlaczego?
13. Jakie kryteria, Pana/i zdaniem, powinny być uwzględniane w procesie wyboru i oceny projektów do dofinansowania i dlaczego?
14. Spełnienie jakich kryteriów może być najbardziej problematyczne w przypadku Państwa jednostki i dlaczego?
15. Do jakich grup powinny być w szczególności skierowane działania planowane w ramach programów (biorąc pod uwagę najistotniejsze problemy zdrowotne Państwa regionu) i dlaczego?
16. Jakie działania planowane w ramach programów mogą być najbardziej skuteczne w przypadku Państwa organizacji/jednostki i dlaczego?

- Jakie cechy są najważniejszymi mocnymi i słabymi stronami wybranych rodzajów działań?
- Czy innego rodzaju działania mogłyby być bardziej skuteczne i efektywne? Jeśli tak, to jakie? Dlaczego?

PODSUMOWANIE:

- Czy chciałby Pan/i dodać coś jeszcze do swoich dotychczasowych wypowiedzi?
- Czy w trakcie wywiadu pominęliśmy jakieś istotne kwestie, o których warto i należałoby wspomnieć? Jeśli tak, to jakie to kwestie?

Dziękujemy za udział w badaniu

IDI - KADRA ZARZĄDZAJĄCA IZ RPO WZ oraz IP RPO WZ

SCENARIUSZ WYWIADU IDI

Kadra zarządzająca IZ RPO WZ, IP RPO WZ

Szanowna/y Pani/e

Institut ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. realizuje obecnie na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie badanie, którego celem jest uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020. Uzyskane w trakcie badania wyniki przyczynią się do lepszego przygotowania tego typu działań w przyszłości. Państwa wypowiedzi są całkowicie poufne i będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach, bez możliwości połączenia ich z konkretną osobą.

CEL 3: Identyfikacja obszarów wymagających wsparcia w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych przez uprawnionych beneficjentów.

Uwaga techniczna: pytania 1-14 skierowane tylko do przedstawicieli IZ RPO

1. Jak przebiegały prace nad założeniami działań w zakresie profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej przewidzianymi w RPO WZ 2014-2020?
 - Co było źródłem założeń dotyczących działań w zakresie profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej? Z jakich dokumentów korzystano?
 - Czy założenia te były przedmiotem konsultacji poza IZ?
2. Czy znane Panu/i dane statystyczne potwierdzają istnienie zapotrzebowania na planowane typy działania w obszarze usług zdrowotnych?
3. Czy zakres wsparcia ustalony w ramach RPO WZ 2014 jest spójny z potrzebami zdrowotnymi mieszkańców woj. zachodniopomorskiego określonymi w znanych Panu/i dokumentach (tj. analizach, raportach, dokumentach strategicznych)?
4. Czy można wyróżnić obszary, w których nie jest planowana realizacja programów, a istnieją przesłanki o występowaniu w nich istotnego zapotrzebowania?
 - Jeśli tak, to jakie to obszary?
 - Z czego wynikają przesłanki o występowaniu potrzeb?
5. Czy w zakresie wsparcia wyróżnionym w dokumentach RPO WZ występują obszary, w których zaplanowano wsparcie, a nie ma przesłanek o występowaniu potrzeb mieszkańców?
 - Jeśli tak, to jakie to obszary?
6. Jakie zmiany w zakresie wsparcia planowanego w ramach RPO WZ należałoby wprowadzić, aby lepiej odpowiadało ono na potrzeby województwa?

7. W jakim stopniu zakres wsparcia określony w dokumentach programowych RPO WZ 2014-2020 uzupełnia działania innych instytucji publicznych?
- W stosunku do jakich działań wsparcie zaplanowane w ramach RPO WZ na lata 2014-2020 pełni funkcję uzupełniającą? Jakie instytucje podejmują to działania? Na czym polega to uzupełnianie się?
 - Czy można wyróżnić takie obszary wsparcia RPO WZ, które dublują obszary działań innych instytucji, tj. nakierowane są na zbliżone problemy, kierowane są na podobny obszar i do podobnej grupy docelowej?
 - Jakie zmiany we wsparciu RPO WZ należałoby wprowadzić, aby uniknąć dublowania się działań?
 - Czy istnieje potrzeba zapewnienia szerszej komplementarności wsparcia RPO WZ z działaniami instytucji publicznych?
 - Jakie zmiany należałoby wprowadzić, aby zapewnić szerszą komplementarność działań?
8. Które problemy zdrowotne województwa są ujęte w niewystarczającym stopniu w programach o charakterze ponadregionalnym?

CEL 2: Identyfikacja barier i potrzeb uprawnionych beneficjentów w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS

9. Jakie podmioty, Pana/i zdaniem, powinny być realizatorami projektów w zakresie profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej w ramach RPO WZ 2014-2020?
- Jaka wiedza i umiejętności są potrzebne dla sprawnego opracowania i wdrażania tego rodzaju projektów?
 - Jakiego typu podmioty dysponują personelem posiadającym wiedzę i umiejętności potrzebne do opracowania i wdrożenia tego rodzaju projektów?
10. Na jakie cechy projektów należy zwrócić szczególną uwagę przy ich opracowaniu? Dlaczego właśnie te cechy mają największą wagę?
11. Czy można wskazać zbiór jednolitych standardów jakości projektów realizowanych w ramach działań dotyczących profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej przewidzianych w RPO WZ na lata 2014-2020?
12. Czy istnieją opracowania w sposób przystępny prezentujące zasady i standardy opracowania projektów realizowanych w ramach działań dotyczących profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej czy też potrzebne jest stworzenie takich opracowań? Na ile są one niezbędne przyszłym realizatorom?
13. Jakie działania **szkoleniowo-doradcze** można byłoby podjąć, Pana/i zdaniem, aby zwiększyć skuteczność w dotarciu do potencjalnych grup docelowych (odbiorców) tego typu wsparcia?

- W jaki sposób należałoby realizować takie działania?

14. Jakie formy promocji programów oraz komunikacji z potencjalnymi odbiorcami należy podjąć, aby były one jak najbardziej skuteczne w dotarciu do potencjalnych beneficjentów?

CEL 4: Przedstawienie propozycji rozwiązań dla systemu oceny i wyboru projektów w obszarze zdrowia, które będą funkcjonować w ramach RPO WZ na lata 2014-2020.

15. Pod jakimi względami powinny być oceniane projekty dotyczące profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej? Dlaczego?

16. Jaka procedura byłaby Pana/i zdaniem najbardziej odpowiednia dla wyboru tego typu projektów (konkursowa, celowa, konkursowa z preselekcją?) Dlaczego?

17. Jakie kryteria oceny powinny mieć charakter dyskwalifikujący a jakie powinny mieć funkcję premiowania? Dlaczego?

18. Jaki system wyboru ekspertów zapewni, Pana/i zdaniem, sprawną ocenę i wybór projektów w ramach RPO WZ 2014-2020?

- Jacy eksperci zapewnią wybór najbardziej pożądanych projektów i dlaczego?
- Jakie cechy/kwalifikacje powinni posiadać?
- W jaki sposób powinni być wybierani?

19. Jakie grupy docelowe, powinny być, Pana/i zdaniem w szczególności objęte wsparciem w ramach projektów ochrony zdrowia RPO WZ 2014-2020? Jakie przesłanki na to wskazują?

20. Jak ocenia Pan/i planowane w ramach RPO WZ rodzaje działań dotyczących profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej (typy operacji) pod względem potencjalnej skuteczności i efektywności?

- Jakie cechy są najważniejszymi mocnymi i słabymi stronami wybranych rodzajów działań?
- Czy innego rodzaju działania mogłyby być bardziej skuteczne i efektywne? Jeśli tak, to jakie? Dlaczego?

21. Jaki może być potencjalny koszt realizacji poszczególnych typów operacji?

- Które działania mogą generować koszty najwyższe, a które najniższe?
- Z czego to wynika?

22. Jaki system wdrażania byłby najbardziej optymalny w odniesieniu do projektów w obszarze zdrowia, które będą funkcjonować w ramach RPO WZ 2014-2020 i dlaczego?

PODSUMOWANIE:

- Czy chciałby Pan/i dodać coś jeszcze do swoich dotychczasowych wypowiedzi?
- Czy w trakcie wywiadu pominęliśmy jakieś istotne kwestie, o których warto i należałoby wspomnieć? Jeśli tak, to jakie to kwestie?

IDI - KADRA ZARZĄDZAJĄCA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

SCENARIUSZ WYWIADU IDI

Kadra zarządzająca NFZ

Szanowna/y Pani/e

Institut ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o.. realizuje obecnie na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie badanie, którego celem jest uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020. Uzyskane w trakcie badania wyniki przyczynią się do lepszego przygotowania tego typu działań w przyszłości. Państwa wypowiedzi są całkowicie poufne i będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach, bez możliwości połączenia ich z konkretną osobą.

Uwaga techniczna: Przed rozpoczęciem wywiadu respondenci zostaną zapoznani z zakresem wsparcia przewidzianym w ramach RPO WZ 2014-2020 w obszarze zdrowia, w wersji obowiązującej na dzień przeprowadzenia wywiadu

CEL 3: Identyfikacja obszarów wymagających wsparcia w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych przez uprawnionych beneficjentów.

1. Czy znane Panu/i dane statystyczne potwierdzają istnienie zapotrzebowania na planowane typy działania w obszarze usług zdrowotnych?
2. Czy zakres wsparcia ustalony w ramach RPO WZ 2014 jest spójny z potrzebami zdrowotnymi mieszkańców woj. zachodniopomorskiego określonymi w znanych Panu/i dokumentach (tj. analizach, raportach, dokumentach strategicznych)?
3. Czy można wyróżnić obszary, w których nie jest planowana realizacja programów, a istnieją przesłanki o występowaniu w nich istotnego zapotrzebowania?
 - Jeśli tak, to jakie to obszary?
 - Z czego wynikają przesłanki o występowaniu potrzeb?
4. Czy w zakresie wsparcia wyróżnionym w dokumentach RPO WZ występują obszary, w których zaplanowano wsparcie, a nie ma przesłanek o występowaniu potrzeb mieszkańców?
 - Jeśli tak, to jakie to obszary?
5. W jakim stopniu zakres wsparcia określony w dokumentach programowych RPO WZ 2014-2020 uzupełnia działania innych instytucji publicznych?
 - W stosunku do jakich działań wsparcie zaplanowane w ramach RPO WZ na lata 2014-2020 pełni funkcję uzupełniającą? Jakie instytucje podejmują to działania? Na czym polega to uzupełnianie się?

- Czy można wyróżnić takie obszary wsparcia RPO WZ, które dublują obszary działań innych instytucji, tj. nakierowane są na zbliżone problemy, kierowane są na podobny obszar i do podobnej grupy docelowej?
 - Jakie zmiany we wsparciu RPO WZ należałoby wprowadzić, aby uniknąć dublowania się działań?
 - Czy istnieje potrzeba zapewnienia szerszej komplementarności wsparcia RPO WZ z działaniami instytucji publicznych?
 - Jakie zmiany należałoby wprowadzić, aby zapewnić szerszą komplementarność działań?
6. Które problemy zdrowotne województwa są ujęte w niewystarczającym stopniu w programach o charakterze ponadregionalnym?

CEL 2: Identyfikacja barier i potrzeb uprawnionych beneficjentów w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS

7. Jakie podmioty, Pana/i zdaniem, powinny być realizatorami projektów w zakresie profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej w ramach RPO WZ 2014-2020?
- Jaka wiedza i umiejętności są potrzebne dla sprawnego opracowania i wdrażania tego rodzaju projektów?
 - Jakiego typu podmioty dysponują personelem posiadającym wiedzę i umiejętności potrzebne do opracowania i wdrożenia tego rodzaju projektów?
8. Na jakie cechy projektów należy zwrócić szczególną uwagę przy ich opracowaniu? Dlaczego właśnie te cechy mają największą wagę?
9. Czy można wskazać zbiór jednolitych standardów jakości projektów realizowanych w ramach działań dotyczących profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej przewidzianych w RPO WZ na lata 2014-2020?
10. Czy istnieją opracowania w sposób przystępny prezentujące zasady i standardy opracowania projektów realizowanych w ramach działań dotyczących profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej czy też potrzebne jest stworzenie takich opracowań? Na ile są one niezbędne przyszłym realizatorom?
11. Jakie działania **szkoleniowo-doradcze** można byłoby podjąć, Pana/i zdaniem, aby zwiększyć skuteczność w dotarciu do potencjalnych grup docelowych (odbiorców) tego typu wsparcia?
- W jaki sposób należałoby realizować takie działania?
12. Jakie formy promocji programów oraz komunikacji z potencjalnymi odbiorcami należy podjąć, aby były one jak najbardziej skuteczne w dotarciu do potencjalnych beneficjentów?

Dziękujemy za udział w badaniach

ITI – EKSPERCI

Eksperti ds. dziedzin powiązanych z chorobami stanowiącymi najistotniejsze problemy zdrowotne dezaktywujące rynek pracy wskazane w *Policy Paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020
Eksperti z zakresu epidemiologii i kontraktowania

SCENARIUSZ WYWIADU TELEFONICZNEGO ITI

Eksperti

Szanowna/y Pani/e

Institut ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. realizuje obecnie na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie badanie, którego celem jest uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020. Uzyskane w trakcie badania wyniki przyczynią się do lepszego przygotowania tego typu działań w przyszłości. Państwa wypowiedzi są całkowicie poufne i będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach, bez możliwości połączenia ich z konkretną osobą.

Uwaga techniczna: Przed rozpoczęciem wywiadu respondenci zostaną zapoznani z zakresem wsparcia przewidzianym w ramach RPO WZ 2014-2020 w obszarze zdrowia, w wersji obowiązującej na dzień przeprowadzenia wywiadu

CEL 3: Identyfikacja obszarów wymagających wsparcia w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych przez uprawnionych beneficjentów.

1. Czy znane Panu/i dane statystyczne potwierdzają istnienie zapotrzebowania na planowane typy działania w obszarze usług zdrowotnych?
2. Czy zakres wsparcia ustalony w ramach RPO WZ 2014 jest spójny z potrzebami zdrowotnymi mieszkańców woj. zachodniopomorskiego określonymi w znanych Panu/i dokumentach (tj. analizach, raportach, dokumentach strategicznych)?
3. Czy można wyróżnić obszary, w których nie jest planowana realizacja programów, a istnieją przesłanki o występowaniu w nich istotnego zapotrzebowania?
 - Jeśli tak, to jakie to obszary?
 - Z czego wynikają przesłanki o występowaniu potrzeb?
4. Czy w zakresie wsparcia wyróżnionym w dokumentach RPO WZ występują obszary, w których zaplanowano wsparcie, a nie ma przesłanek o występowaniu potrzeb mieszkańców?
 - Jeśli tak, to jakie to obszary?
5. Jakie zmiany w zakresie wsparcia planowanego w ramach RPO WZ należałoby wprowadzić, aby lepiej odpowiadało ono na potrzeby województwa?

6. W jakim stopniu zakres wsparcia określony w dokumentach programowych RPO WZ 2014-2020 uzupełnia działania innych instytucji publicznych?
- W stosunku do jakich działań wsparcie zaplanowane w ramach RPO WZ na lata 2014-2020 pełni funkcję uzupełniającą? Jakie instytucje podejmują to działania? Na czym polega to uzupełnianie się?
 - Czy można wyróżnić takie obszary wsparcia RPO WZ, które dublują obszary działań innych instytucji, tj. nakierowane są na zbliżone problemy, kierowane są na podobny obszar i do podobnej grupy docelowej?
 - Jakie zmiany we wsparciu RPO WZ należałoby wprowadzić, aby uniknąć dublowania się działań?
7. Które problemy zdrowotne województwa są ujęte w niewystarczającym stopniu w programach o charakterze ponadregionalnym?

CEL 2: Identyfikacja barier i potrzeb uprawnionych beneficjentów w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS

8. Jakie podmioty, Pana/i zdaniem, powinny być realizatorami projektów w zakresie profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej w ramach RPO WZ 2014-2020?
- Jaka wiedza i umiejętności są potrzebne dla sprawnego opracowania i wdrażania tego rodzaju projektów?
 - Jakiego typu podmioty dysponują personelem posiadającym wiedzę i umiejętności potrzebne do opracowania i wdrożenia tego rodzaju projektów?
9. Na jakie cechy projektów należy zwrócić szczególną uwagę przy ich opracowaniu? Dlaczego właśnie te cechy mają największą wagę?
10. Czy można wskazać zbiór jednolitych standardów jakości projektów realizowanych w ramach działań dotyczących profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej przewidzianych w RPO WZ na lata 2014-2020?
11. Czy istnieją opracowania w sposób przystępny prezentujące zasady i standardy opracowania projektów realizowanych w ramach działań dotyczących profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej czy też potrzebne jest stworzenie takich opracowań? Na ile są one niezbędne przyszłym realizatorom?
12. Jakie działania szkoleniowo-doradcze należy podjąć, aby były one jak najbardziej skuteczne w dotarciu do potencjalnych beneficjentów?
13. Jakie formy promocji programów oraz komunikacji z potencjalnymi odbiorcami należy podjąć, aby były one jak najbardziej skuteczne w dotarciu do potencjalnych grup docelowych?
14. Czy dostrzega Pan/i jakieś dodatkowe ryzyka związane ze świadczeniem usług zdrowotnych ze środków EFS? Jeśli tak, to z czego one wynikają? Jakie działania/rozwiązania można byłoby wprowadzić, aby zminimalizować wskazane ryzyka?

CEL 4: Przedstawienie propozycji rozwiązań dla systemu oceny i wyboru projektów w obszarze zdrowia, które będą funkcjonować w ramach RPO WZ na lata 2014-2020.

15. Pod jakimi względami powinny być oceniane projekty dotyczące profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej? Dlaczego?
16. Jaka procedura byłaby Pana/i zdaniem najbardziej odpowiednia dla wyboru tego typu projektów (konkursowa, celowa, konkursowa z preselekcją?) Dlaczego?
17. Jakie kryteria oceny powinny mieć charakter dyskwalifikujący a jakie powinny mieć funkcję premiowania? Dlaczego?
18. Jakie grupy docelowe, powinny być, Pana/i zdaniem w szczególności objęte wsparciem w ramach projektów ochrony zdrowia RPO WZ 2014-2020? Jakie przesłanki na to wskazują?
19. Jak ocenia Pan/i planowane w ramach RPO WZ rodzaje działań dotyczących profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej (typy operacji) pod względem potencjalnej skuteczności i efektywności?
 - Jakie cechy są najważniejszymi mocnymi i słabymi stronami wybranych rodzajów działań?
 - Czy innego rodzaju działania mogłyby być bardziej skuteczne i efektywne? Jeśli tak, to jakie? Dlaczego?

PODSUMOWANIE:

- Czy chciałby Pan/i dodać coś jeszcze do swoich dotychczasowych wypowiedzi?
- Czy w trakcie wywiadu pominęliśmy jakieś istotne kwestie, o których warto i należałoby wspomnieć? Jeśli tak, to jakie to kwestie?

Dziękujemy za udział w badaniu

FGI – POTENCJALNI BENEFICJENCI

SCENARIUSZ WYWIADU FGI

POTENCJALNI BENEFICJENCI

w zakresie usług zdrowotnych współfinansowanych z EFS

Szanowni Państwo,

Institut ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. realizuje obecnie na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie badanie, którego celem jest uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020. Uzyskane w trakcie badania wyniki przyczynią się do lepszego przygotowania tego typu działań w przyszłości. Państwa wypowiedzi są całkowicie poufne i będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach, bez możliwości połączenia ich z konkretną osobą.

Wprowadzenie,

Szanowni Państwo,

Ze względu na to, że spędzimy ze sobą ok 1.5 godziny to proszę aby każdy z Państwa krótko się przedstawił podając:

- Jaki podmiot Państwo reprezentują?
- Jakie zadania realizują Państwo w zakresie ochrony zdrowia?

CEL 2: Identyfikacja barier i potrzeb uprawnionych beneficjentów w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS

1. Czy realizowane przez Państwa usługi zdrowotne są wystarczające w stosunku do potrzeb i problemów zdrowotnych mieszkańców regionu?
 - Jeśli nie, to jakich usług brakuje?
2. W jakim stopniu byliby Państwo zainteresowani aplikowaniem o wsparcie na świadczenie usług zdrowotnych ze środków EFS (Europejskiego Funduszu Społecznego)? (*moderator przedstawia uczestnikom typy projektów przewidzianych do wsparcia w ramach RPO WZ 2014-2020*)
3. Czy, Państwa zdaniem, istnieje w województwie zachodniopomorskim **zapotrzebowanie** na tego typu projekty? Jakie przesłanki na to wskazują?
4. Czy dostrzegają Państwo jakieś czynniki, które mogłyby utrudniać Państwu **opracowywanie** tego typu projektów? Jeśli tak, to czego to wynika?
5. Czy dostrzegają Państwo jakieś czynniki, które mogłyby utrudniać Państwu **realizację/wdrażanie** tego typu projektów? Jeśli tak, to z czego to wynika?

6. Czy mają Państwo możliwość opracowywania/realizowania programów zdrowotnych w partnerstwie z innymi podmiotami? Jeśli tak, to jakimi? Jak mogłaby wyglądać taka współpraca? Jak wyglądałby podział zadań?
7. Jakie działania **szkoleniowo-doradcze** można byłoby podjąć, Państwa zdaniem, aby zwiększyć skuteczność w dotarciu do potencjalnych grup docelowych (odbiorców) tego typu wsparcia?
 - W jaki sposób należałoby realizować takie działania?
8. Jakie działania **informacyjno-promocyjne** można byłoby podjąć, Państwa zdaniem, aby zwiększyć skuteczność w dotarciu do potencjalnych grup docelowych (odbiorców) tego typu wsparcia?
 - W jaki sposób należałoby realizować takie działania?
9. Czy dostrzegają Państwo jakieś dodatkowe ryzyka związane ze świadczeniem usług zdrowotnych ze środków EFS?
 - Jeśli tak, to z czego one wynikają?
 - Jakie działania/rozwiązania można byłoby wprowadzić, aby zminimalizować wskazane ryzyka?

CEL 3: Identyfikacja obszarów wymagających wsparcia w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych przez uprawnionych beneficjentów.

10. Czy, Państwa zdaniem, istnieje zapotrzebowanie na wsparcie w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych przez Państwa jednostki/organizacje?
 - Jaka byłaby najbardziej pożądana forma takiego wsparcia i dlaczego?
 - Czy oczekiwaliby Państwo wsparcia doradczego? (jeśli tak, to w jakim zakresie)
 - Czy oczekiwaliby Państwo wsparcia w postaci szkoleń? (jeśli tak, to jakich?)

CEL 4: Przedstawienie propozycji rozwiązań dla systemu oceny i wyboru projektów w obszarze zdrowia, które będą funkcjonować w ramach RPO WZ na lata 2014-2020.

11. Jaka procedura byłaby, Państwa zdaniem, najbardziej odpowiednia dla wyboru tego typu projektów (konkursowa, celowa, konkursowa z preselekcją?) Dlaczego?
12. Jakie kryteria, Państwa zdaniem, powinny być uwzględniane w procesie wyboru i oceny projektów do dofinansowania i dlaczego?
13. Do jakich grup, Państwa zdaniem, powinny być w szczególności skierowane działania planowane w ramach interwencji EFS? (biorąc pod uwagę najistotniejsze problemy zdrowotne Państwa regionu) i dlaczego?

14. Jakie działania planowane w ramach interwencji EFS mogą być, Państwa zdaniem, najbardziej skuteczne i dlaczego?

- Jakie cechy są najważniejszymi mocnymi i słabymi stronami wybranych rodzajów działań?
- Czy innego rodzaju działania mogłyby być bardziej skuteczne i efektywne? Jeśli tak, to jakie? Dlaczego?

PODSUMOWANIE:

- Czy chcieliby Państwo dodać coś jeszcze do swoich dotychczasowych wypowiedzi?
- Czy w trakcie spotkania pominęliśmy jakieś istotne kwestie, o których warto i należałoby wspomnieć? Jeśli tak, to jakie to kwestie?

Dziękujemy za udział w badaniu

FGI – ŚRODOWISKO MEDYCZNE

SCENARIUSZ WYWIADU FGI

Przedstawiciele środowiska medycznego (lekarze)

Szanowni Państwo,

Institut ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. realizuje obecnie na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie badanie, którego celem jest uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020. Uzyskane w trakcie badania wyniki przyczynią się do lepszego przygotowania tego typu działań w przyszłości. Państwa wypowiedzi są całkowicie poufne i będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach, bez możliwości połączenia ich z konkretną osobą.

Wprowadzenie,

Szanowni Państwo,

Ze względu na to, że spędzimy ze sobą ok 1.5 godziny to proszę aby każdy z Państwa krótko się przedstawił podając:

- Jaki podmiot Państwo reprezentują?
- Czy się Państwo zajmują?

Uwaga techniczna: Przed rozpoczęciem sesji uczestnicy zostaną zapoznani z zakresem wsparcia przewidzianym w ramach RPO WZ 2014-2020 w obszarze zdrowia, w wersji obowiązującej na dzień przeprowadzenia wywiadu

CEL 3: Identyfikacja obszarów wymagających wsparcia w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych przez uprawnionych beneficjentów.

1. Czy znane Państwu dane statystyczne potwierdzają istnienie zapotrzebowania na planowane typy działania w obszarze usług zdrowotnych w województwie zachodniopomorskim?
2. Czy zakres wsparcia ustalony w ramach RPO WZ 2014 jest spójny z potrzebami zdrowotnymi mieszkańców woj. zachodniopomorskiego określonymi w znanych Państwu dokumentach (tj. analizach, raportach, dokumentach strategicznych)?
3. Czy można wyróżnić obszary, w których nie jest planowana realizacja programów, a istnieją przesłanki o występowaniu w nich istotnego zapotrzebowania?
 - Jeśli tak, to jakie to obszary?
 - Z czego wynikają przesłanki o występowaniu potrzeb?
4. Czy w zakresie wsparcia wyróżnionym w dokumentach RPO WZ występują obszary, w których zaplanowano wsparcie, a nie ma przesłanek o występowaniu potrzeb mieszkańców?
 - Jeśli tak, to jakie to obszary?

5. Jakie zmiany w zakresie wsparcia planowanego w ramach RPO WZ należałoby wprowadzić, aby lepiej odpowiadało ono na potrzeby województwa?
6. W jakim stopniu, Państwa zdaniem, zakres wsparcia określony w dokumentach programowych RPO WZ 2014-2020 uzupełnia działania innych instytucji publicznych?
 - W stosunku do jakich działań wsparcie zaplanowane w ramach RPO WZ na lata 2014-2020 pełni funkcję uzupełniającą? Jakie instytucje podejmują to działania? Na czym polega to uzupełnianie się?
 - Czy można wyróżnić takie obszary wsparcia RPO WZ, które dublują obszary działań innych instytucji, tj. nakierowane są na zbliżone problemy, kierowane są na podobny obszar i do podobnej grupy docelowej?
 - Jakie zmiany we wsparciu RPO WZ należałoby wprowadzić, aby uniknąć dublowania się działań?
7. Które problemy zdrowotne województwa są, Państwa zdaniem, ujęte w niewystarczającym stopniu w programach o charakterze ponadregionalnym? Z czego to wynika?

CEL 2: Identyfikacja barier i potrzeb uprawnionych beneficjentów w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS

8. Jakie podmioty, Państwa zdaniem, powinny być realizatorami projektów w zakresie profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej w ramach RPO WZ 2014-2020?
 - Jaka wiedza i umiejętności są potrzebne dla sprawnego opracowania i wdrażania tego rodzaju projektów?
 - Jakiego typu podmioty dysponują personelem posiadającym wiedzę i umiejętności potrzebne do opracowania i wdrożenia tego rodzaju projektów?
9. Na jakie cechy projektów należy, Państwa zdaniem, zwrócić szczególną uwagę przy ich opracowaniu? Dlaczego właśnie te cechy mają największą wagę?
10. Jakie działania **szkoleniowo-doradcze** można byłoby podjąć, Państwa zdaniem, aby zwiększyć skuteczność w dotarciu do potencjalnych grup docelowych (odbiorców) tego typu wsparcia?
 - W jaki sposób należałoby realizować takie działania?
11. Jakie formy promocji programów oraz komunikacji z potencjalnymi odbiorcami należy podjąć, aby były one jak najbardziej skuteczne w dotarciu do potencjalnych beneficjentów?
 - W jaki sposób należałoby realizować takie działania?
12. Czy dostrzegają Państwo jakieś dodatkowe ryzyka związane ze świadczeniem usług zdrowotnych ze środków EFS?
 - Jeśli tak, to z czego one wynikają?
 - Jakie działania/rozwiązania można byłoby wprowadzić, aby zminimalizować wskazane ryzyka?

CEL 4: Przedstawienie propozycji rozwiązań dla systemu oceny i wyboru projektów w obszarze zdrowia, które będą funkcjonować w ramach RPO WZ na lata 2014-2020.

13. Do jakich grup, Państwa zdaniem, powinny być w szczególności skierowane działania planowane w ramach interwencji EFS? (biorąc pod uwagę najistotniejsze problemy zdrowotne regionu) i dlaczego?
14. Jakie działania planowane w ramach interwencji EFS mogą być, Państwa zdaniem, najbardziej skuteczne i dlaczego?
- Jakie cechy są najważniejszymi mocnymi i słabymi stronami wybranych rodzajów działań?
 - Czy innego rodzaju działania mogłyby być bardziej skuteczne i efektywne? Jeśli tak, to jakie? Dlaczego?

PODSUMOWANIE:

- Czy chciałby Pan/i dodać coś jeszcze do swoich dotychczasowych wypowiedzi?
- Czy w trakcie wywiadu pominęliśmy jakieś istotne kwestie, o których warto i należałoby wspomnieć? Jeśli tak, to jakie to kwestie?

Dziękujemy za udział w badaniu

FGI – PRZEDSTAWICIELE JST

SCENARIUSZ WYWIADU FGI

- z przedstawicielami jednostek samorządu terytorialnego

Szanowni Państwo,

Institut ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. realizuje obecnie na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie badanie, którego celem jest uzyskanie informacji przydatnych do rozwoju i realizacji działań z obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020. Uzyskane w trakcie badania wyniki przyczynią się do lepszego przygotowania tego typu działań w przyszłości. Państwa wypowiedzi są całkowicie poufne i będą prezentowane jedynie w zbiorczych zestawieniach, bez możliwości połączenia ich z konkretną osobą.

Wprowadzenie:

Ze względu na to, że spędzimy ze sobą ok 1.5 godziny to proszę aby każdy z Państwa krótko się przedstawił podając:

- Jaki podmiot Państwo reprezentują?
- Jaka jest Państwa rola/zadania związane z realizacją działań w obszarze polityki zdrowotnej?

CEL 1: Ocena stopnia przygotowania jednostek samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego do realizacji działań w obszarze zdrowia współfinansowanych ze środków EFS

1. W jakim stopniu, Państwa zdaniem, jednostki samorządu terytorialnego są przygotowane do realizacji działań w obszarze zdrowia?
 - Jakie znaczenie mają zagadnienia związane z ochroną zdrowia?
 - Jak jest podejście do zagadnień związanych z ochroną zdrowia? Z czego wynika takie podejście?

CEL 2: Identyfikacja barier i potrzeb uprawnionych beneficjentów w zakresie świadczenia usług zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS

2. Jakie są, Państwa zdaniem, **główne bariery** dotyczące możliwości **tworzenia** programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego?
 - Z czego wynikają te bariery?
 - Czy mogliby Państwo wskazać takie bariery w odniesieniu do konkretnych przykładów z Państwa doświadczeń?
 - Jakie rozwiązania można byłoby wprowadzić, aby zminimalizować te bariery?

3. Jakie są, Państwa zdaniem, główne bariery dotyczące możliwości **realizacji/wdrażania** programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego?
 - Z czego wynikają te bariery?
 - Czy mogliby Państwo wskazać takie bariery w odniesieniu do konkretnych przykładów z Państwa doświadczeń?
 - Jakie rozwiązania można byłoby wprowadzić, aby zminimalizować te bariery?
4. Czy realizują Państwo projekty **w partnerstwie** z innymi podmiotami? Jeśli tak, to jakimi? Jak wygląda taka współpraca? Jak wygląda podział zadań?
5. Czy realizowane (i planowane do realizacji) przez Państwa programy zdrowotne są wystarczające w stosunku do potrzeb i problemów zdrowotnych mieszkańców województwa zachodniopomorskiego?
 - Które problemy zdrowotne Państwa regionu, są ujęte, Państwa zdaniem, w niewystarczającym stopniu w programach o charakterze ponadregionalnym?
6. W jakim stopniu byłoby Państwo zainteresowani aplikowaniem o wsparcie na świadczenie usług zdrowotnych ze środków EFS (Europejskiego Funduszu Społecznego)? (*moderator przedstawia uczestnikom typy projektów przewidzianych do wsparcia w ramach RPO WZ 2014-2020*)
7. Czy, Państwa zdaniem, istnieje w województwie zachodniopomorskim **zapotrzebowanie** na tego typu projekty? Jakie przesłanki na to wskazują?
8. Czy dostrzegają Państwo jakieś czynniki, które mogłyby utrudniać Państwu **opracowywanie** tego typu projektów? Jeśli tak, to czego to wynika?
9. Czy dostrzegają Państwo jakieś czynniki, które mogłyby utrudniać Państwu **realizację/wdrażanie** tego typu projektów? Jeśli tak, to z czego to wynika?
10. Jakie działania **szkoleniowo-doradcze** można byłoby podjąć, Państwa zdaniem, aby zwiększyć skuteczność w dotarciu do potencjalnych grup docelowych (odbiorców) tego typu wsparcia?
 - W jaki sposób należałoby realizować takie działania?
11. Jakie działania **informacyjno-promocyjne** można byłoby podjąć, Państwa zdaniem, aby zwiększyć skuteczność w dotarciu do potencjalnych grup docelowych (odbiorców) tego typu wsparcia?
 - W jaki sposób należałoby realizować takie działania?
12. Czy dostrzegają Państwo jakieś dodatkowe ryzyka związane z realizacją tego typu programów? Jeśli tak, to z czego one wynikają? Jakie działania/rozwiązania można byłoby wprowadzić, aby zminimalizować wskazane ryzyka?

CEL 3: Identyfikacja obszarów wymagających wsparcia w zakresie możliwości pozyskiwania środków EFS na finansowanie usług zdrowotnych przez uprawnionych beneficjentów.

13. Czy, Państwa zdaniem, istnieje zapotrzebowanie na wsparcie w zakresie przygotowywania programów zdrowotnych przez jednostki samorządowe?
- Jaka byłaby najbardziej pożądana forma takiego wsparcia i dlaczego?
 - Czy oczekiwaliby Państwo wsparcia doradczego? (jeśli tak, to w jakim zakresie)
 - Czy oczekiwaliby Państwo wsparcia w postaci szkoleń? (jeśli tak, to jakich?)

CEL 4: Przedstawienie propozycji rozwiązań dla systemu oceny i wyboru projektów w obszarze zdrowia, które będą funkcjonować w ramach RPO WZ na lata 2014-2020.

14. Jaka procedura byłaby, Państwa zdaniem najbardziej odpowiednia dla wyboru tego typu projektów (konkursowa, celowa, konkursowa z preselekcją?) Dlaczego?
15. Jakie kryteria, Państwa zdaniem, powinny być uwzględniane w procesie wyboru i oceny projektów do dofinansowania i dlaczego?
16. Do jakich grup, Państwa zdaniem, powinny być w szczególności skierowane działania planowane w ramach interwencji EFS? (biorąc pod uwagę najistotniejsze problemy zdrowotne Państwa regionu) i dlaczego?
17. Jakie działania planowane w ramach interwencji EFS mogą być, Państwa zdaniem, najbardziej skuteczne i dlaczego?
- Jakie cechy są najważniejszymi mocnymi i słabymi stronami wybranych rodzajów działań?
 - Czy innego rodzaju działania mogłyby być bardziej skuteczne i efektywne? Jeśli tak, to jakie? Dlaczego?

PODSUMOWANIE:

- Czy chcieliby Państwo dodać coś jeszcze do swoich dotychczasowych wypowiedzi?
- Czy w trakcie spotkania pominęliśmy jakieś istotne kwestie, o których warto i należałoby wspomnieć? Jeśli tak, to jakie to kwestie?

Dziękujemy za udział w badaniu