

WSTĘP

1. Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego – lipiec 2001

Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego przyjęta uchwałą Nr XXIV/226/2001 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 28 września 2001 roku jest dokumentem określającym zasadnicze kierunki oraz metody działania pozwalające na zwiększenie tempa rozwoju w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego.

Opracowanie Strategii sektorowej podyktowała przyjęta do realizacji w roku 2000 – Strategia Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2015.

W dokumencie sformułowano **misję województwa zachodniopomorskiego jako dążenie do stwarzania warunków do osiągnięcia zrównoważonego i trwałego rozwoju m.in. do spójnego systemu realizacji zadań ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego.**

Realizacja misji wymagała określenia **zadań strategicznych i kierunków**, do których należałoby stopniowo zmierzać. Do nich należą przede wszystkim: **optymalny model ochrony zdrowia, wysoka jakość opieki medycznej, reorganizacja ratownictwa medycznego, system rozwoju profilaktyki i promocji zdrowia i przekształcenia własnościowe zakładów opieki zdrowotnej oraz zabezpieczenia sanitarno-epidemiologiczne.**

Ponadto, dla zrealizowania misji spójności, w dokumencie podkreślono **obowiązki i zakres kompetencji** na poszczególnych szczeblach samorządowych. W przypadku **gminy**, najważniejsze jest zabezpieczenie dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia. **Powiatom** przypisano zadania głównie w zakresie lokalnej diagnozy sytuacji zdrowotnej, określania priorytetów zdrowotnych, dostępności do specjalistki ambulatoryjnej, transportu medycznego, szczepień ochronnych i medycyny szkolnej. Natomiast **samorząd województwa** za podstawowe działania przyjął: ustalanie regionalnej sieci szpitali, stwarzanie warunków dostępu do usług medycznych, zabezpieczenie usług specjalistycznych i polityka kształcenia w zawodach medycznych.

Dla tak przyjętych zadań i kierunków zostały określone następujące **rozwiązania organizacyjne**:

1. Zapewnienie ciągłej i wszechstronnej **opieki podstawowej**, zintegrowanej z innymi szczeblami opieki medycznej, jak i innymi służbami publicznymi.
2. Zapewnienie wysokiej **jakości opieki** zgodnej z aktualnymi standardami postępowania medycznego.
3. Zapewnienie opieki odpowiadającej na **potrzeby** jednostki, rodziny oraz społeczności lokalnej włączonej w proces kształtowania systemu podstawowej opieki zdrowotnej na własnym terenie.
4. Zapewnienie opieki uwzględniającej oprócz działań leczniczych także działania z zakresu **promocji zdrowia i prewencji chorób**.
5. Zapewnienie **równego dostępu** do świadczeń systemu ochrony zdrowia wszystkim mieszkańcom, niezależnie od ich statusu socjalnego i ekonomicznego.
6. Zbliżenie **miejsca udzielania świadczeń** do miejsca zamieszkania pacjenta, a także przystosowanie rozwiązań organizacyjnych do jego potrzeb.
7. Zwiększenie **efektywności systemu ochrony zdrowia** poprzez wdrożenie działań zmierzających do utrzymania kosztów na poziomie odpowiadającym możliwościom ekonomicznym nabywcy przy jednoczesnym zapewnieniu pożądanego standardu świadczeń.

**Zadaniem własnym samorządu terytorialnego jest:
troska o zdrowie publiczne i kreowanie polityki zdrowotnej
dostosowanej do potrzeb społeczności lokalnej i możliwości
finansowych organów władzy samorządowej.**

2. Cel monitoringu i ewaluacji Strategii

Dokument pn. „Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” powstał w wyniku bardzo szerokich konsultacji społecznych i na bazie opracowań oraz materiałów dotyczących rozwoju regionalnej ochrony zdrowia przy udziale wielu specjalistów w dziedzinie organizacji sektora zdrowotnego. Od tego czasu upłynęły 2 lata. Nowa organizacja i ciągłe zmiany systemu ochrony zdrowia wymuszają na organizatorach opieki zdrowotnej potrzebę monitorowania tych zmian i ich konsekwencji.

Stąd, niezbędna jest analiza całego procesu, jaki toczy się w restrukturyzowanych zakładach opieki zdrowotnej województwa, która wymaga okresowego sprawozdania przedkładanego Radnym Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego.

Precyzując pojęcie **monitoringu** na potrzeby niniejszego opracowania należy zwrócić uwagę na traktowanie go jako procesu analitycznego postępów w działaniach na drodze do osiągnięcia określonych wyników.

Celem procesu monitorowania jest poinformowanie realizatorów Strategii i innych zainteresowanych stron o dokonywanych postępach z zamiarem skorygowania odstępstw od planu działania. Każde działanie monitorujące jest niezbędne do ewaluacji programu oraz do wprowadzania w nim modyfikacji w latach przyszłych. Monitoring wskazuje zarówno na obszary działające właściwie, jak i na te wymagające działań naprawczych.

Jako **ewaluację** w zakresie przedmiotowej Strategii rozumie się ustalenie wartości i oszacowanie jej rezultatów poprzez określenie stosownej opinii. W tym opracowaniu istotne znaczenie posiada ewaluacja konkluzyjna, czyli sumująca, końcowa. Podstawą przeprowadzenia Strategii jest ocena postępu realizacji poszczególnych działań w celu osiągnięcia określonych wyników. W ten sposób można określić: czy zakładane cele zostały osiągnięte, jakie rezultaty uzyskano, jak zostały wykorzystane zasoby i środki, dalej, jakie były konkretne skutki czy efekty i jednocześnie wyniki wywołane nimi. Następnie ważnym aspektem są wpływy, czyli konsekwencje realizacji założonych zadań zarówno dla samych odbiorców Strategii, jak i ich otoczenia.

Monitorowanie Strategii wymusiło konieczność budowy systemu obiektywnej oceny wyników podjętych działań. Dlatego istotna rola w systemie monitorowania przypada Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Zachodniopomorskiego jako koordynatorowi przebiegu Strategii. Dlatego też zostało wcześniej ustalone, iż wdrażanie Strategii będzie oceniane przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego.

Prowadzenie monitoringu i ewaluacji wymaga **współpracy** z instytucjami, które gromadzą, przetwarzają i analizują informacje o działalności zakładów opieki zdrowotnej i sytuacji zdrowotnej lokalnych społeczności. Toteż w procesie monitorowania biorą udział:

- ✓ organy tworzące dla zakładów opieki zdrowotnej,
- ✓ samorządy terytorialne,
- ✓ Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego,
- ✓ dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej,
- ✓ Pomorska Akademia Medyczna,
- ✓ Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego,
- ✓ Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia,
- ✓ Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- ✓ Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Przeprowadzenie monitoringu i ewaluacji jest możliwe dzięki zaplanowanym **wskaźnikom zdrowotnym i wskaźnikom działalności zakładów opieki zdrowotnej**. W tym celu **Urząd Marszałkowski opracował i rozpowszechnił ankietę wśród samorządów powiatowych i gminnych oraz wśród dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej**.

3. Dobór wskaźników do monitorowania Strategii - Ankieta

Strukturę i treści zawarte w opracowanej Strategii należy definiować jako **stan wyjściowy**, punkt odniesienia umożliwiający wykazanie zmian, które nastąpiły w wyniku realizacji programu. Wskaźniki określone w opracowaniu zostały tak dobrane, aby ilustrowały każdy osiągnięty etap realizacji Strategii od roku 2001. Analiza danych zaproponowanych do bezpośredniego lub pośredniego mierzenia zmian zachodzących w sytuacji zdrowotnej ma charakter ilościowy i jakościowy.

Mając na uwadze odpowiedni dobór wskaźników uwzględnione zostały takie, które są stosunkowo precyzyjne i łatwe do gromadzenia, a przede wszystkim odzwierciedlają charakter sytuacji.

Następnie, **zestaw wskaźników został skonfigurowany indywidualnie dla każdego rozdziału Części Planistycznej Strategii** stanowiąc w ten sposób swoiste grupy informacyjne. Założono, że każda z tych grup dostarczy danych pozwalających na ocenę stopnia realizacji poszczególnych zadań Strategii, a co za tym idzie trafności przyjętych założeń.

Monitoring uwzględnia następujące działy ochrony zdrowia i opieki medycznej:

A. Model systemu ochrony zdrowia:

1. Organizacja i odpowiedzialność za lokalną ochronę zdrowia.
2. Obszary i przebieg Regionalnego Programu Restrukturyzacji Ochrony Zdrowia w latach 1999-2003.
3. Efekty działań restrukturyzacyjnych.
4. Wdrożenie Karty Praw Pacjenta.
5. Współpraca samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia.

B. Zarządzanie jakością opieki medycznej:

Podstawowa Opieka Zdrowotna - POZ

1. Zabezpieczenie całodobowej Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
2. Charakterystyka i ocena warunków w zakładach POZ.
3. Dostępność do opieki stomatologicznej.
4. Dostępność do diagnostyki ambulatoryjnej.

Ambulatoryjna Specjalistyczna Opieka Zdrowotna

1. Charakterystyka i ocena zakładów Ambulatoryjnej Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej.
2. Dostępność do poradni kardiologicznych.
3. Dostępność do poradni diabetologicznych.
4. Rozwój poradnictwa specjalistycznego.
5. Charakterystyka aparatury wysokospecjalistycznej.

Lecznictwo Szpitalne

1. Charakterystyka Lecznictwa Szpitalnego.
2. Charakterystyka zmian w strukturze szpitali.
3. Struktura i wskaźniki łóżek.
4. Wskaźniki opieki długoterminowej.
5. Wskaźniki oddziałów medycyny paliatywnej.
6. Wskaźniki oddziałów pośredniego leczenia psychiatrycznego.
7. Wskaźniki oddziałów onkologicznych.
8. Rozwój nowych alternatywnych form opieki szpitalnej.
9. Stan sanitarno-techniczny szpitali.
10. Oczekiwanie na leczenie szpitalne – listy oczekujących.

C. Ratownictwo Medyczne:

1. Charakterystyka oddziałów ratunkowych.

2. Liczba ambulansów ratunkowych.
3. Ocena funkcjonowania zespołów wyjazdowych.
4. Organizacja centrów powiadamiania ratunkowego.

D. Profilaktyka i promocja zdrowia:

1. Programy profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.
2. Monitorowanie potrzeb zdrowotnych.

E. Kadry medyczne:

1. Charakterystyka szkolnictwa medycznego.
2. Organizacja staży podyplomowych lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych.

F. Przekształcenia własnościowe i polityka inwestycyjna:

1. Rodzaj prywatyzacji usług medycznych, usług pomocniczych, zarządzania i majątkowa.
2. Rodzaj przekształcenia POZ.
3. Rodzaj przekształcenia Ambulatoryjnej Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej.
4. Rodzaj przekształcenia szpitali.
5. Charakterystyka zakupów inwestycyjnych.
6. Charakterystyka inwestycji.
7. Charakterystyka modernizacji zakładów opieki zdrowotnej.

Niniejsze opracowanie monitoringu Strategii skupia swoją uwagę na interpretacji danych pochodzących z analiz wymienionych grup wskaźników zawartych w ankiecie. Zwrotność informacji osiągnięto na poziomie 66 %. **Niezbędnych informacji nie przekazało wielu istotnych uczestników monitoringu, jak szpital kliniczny, szpital miejski, szpitale resortowej służby zdrowia, niektóre szpitale powiatowe, a przede wszystkim samorządy gminne.** Przyczyny takiego stanu rzeczy upatruje się w niedostatecznie optymalnych uwarunkowaniach procesu monitorowania. Niewystarczający nadzór organizatorów i zarządzających ochroną zdrowia oraz słaba motywacja osób kierujących systemem monitorowania i ewaluacji lokalnych działań medycznych prowadzi do ograniczeń informacyjnych. Być może brak doświadczenia struktur administracyjnych samorządów gminnych i powiatowych w realizacji działań bieżących i niejasność celów zmian zachodzących w podmiotach funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia, powoduje swoiste dystansowanie się ich do nowych mechanizmów rynku medycznego.

A. MODEL SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

1. Organizacja systemu opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego

Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego jako nadrzędny cel przyjęła uzyskanie poprawy stanu zdrowia ludności poprzez realizację określonych rozwiązań organizacyjnych w sektorze zdrowotnym.

Realizatorem wymienionych rozwiązań organizacyjnych jest **jednostka samorządu terytorialnego**.

Na terenie gmin i powiatów za podstawowe **działania samorządów terytorialnych** w zakresie ochrony zdrowia w latach 2001-2003 przyjęto:

1. Wypełnianie funkcji organu tworzącego wynikających z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: organizatora, właściciela, zarządcy i nadzorcy.
2. Tworzenie nowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na bazie likwidowanych w całości lub jego części.
3. Oddziaływanie na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej poprzez współpracę w zakresie realizacji zadań profilaktycznych i promocji zdrowia.
4. Inicjowanie działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia poprzez realizację podstawowych celów Narodowego Programu Zdrowia.
5. Oddziaływanie na inne czynniki zdrowotności jak:
 - ✓ epidemiologia poprzez monitorowanie chorób zakaźnych i stan szczepiennictwa,
 - ✓ stan sanitarny poprzez dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej do wymogów sanitarno-epidemiologicznych,
 - ✓ czynniki środowiskowe poprzez działania wpływające na stan wód, gleby, odpadów, poziomu hałasu,
 - ✓ przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii poprzez realizację Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz działań z zakresu narkomanii w ramach punktów konsultacyjnych,
 - ✓ pomoc dla niepełnosprawnych poprzez realizację zadań z zakresu pomocy społecznej dot. osób niepełnosprawnych i ich rodzin,
 - ✓ monitorowanie potrzeb zdrowotnych poprzez diagnozowanie stanu zdrowia i określanie potrzeb zdrowotnych,

- ✓ planowanie zabezpieczenia opieki zdrowotnej poprzez opracowania rocznych planów zabezpieczenia opieki zdrowotnej i współuczestnictwo w opracowaniu wojewódzkiego planu zdrowotnego.

Jednostki odpowiedzialne za ochronę zdrowia w urzędach gminnych i powiatowych umiejscowione są w różnych wydziałach: zdrowia, spraw społecznych, społeczno-obywatelskich, polityki społecznej, zarządzania kryzysowego, oświaty i kultury itp., a niekiedy jest ich całkowity brak. Osoby pracujące w tym zakresie funkcjonują na poziomie jednoosobowego stanowiska, referatu lub wieloosobowego zespołu albo wydziału. Przeważa to pierwsze rozwiązanie. Ponadto, zanotowano pewną nieprawidłowość. **Im mniej podległych zakładów opieki zdrowotnej tym uboższa kadrowo komórka organizacyjna.** Analizując powyższe działania należy podkreślić, że wypełnianie funkcji właścicielskich jest tylko jednym z licznych zadań wymienionych w świetle obowiązującego prawa. Organy samorządu, które nie są właścicielami zakładów opieki zdrowotnej, uważają, że nie odpowiadają za organizację lokalnej ochrony zdrowia.

Większość samorządów gminnych określa **stopień współpracy z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej jako niezadawalający**. Najczęściej obustronna współpraca dotyczy lokalnych działań profilaktycznych, natomiast nie ma bieżącej wymiany informacji w zakresie wykonywanych działań.

Nie odnotowano w przekazanych informacjach ankietowych, aby jakkolwiek samorząd terytorialny miał wpływ na politykę prowadzoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ponad połowa ankietowanych samorządów terytorialnych określiła **sposoby i zasady współpracy** w zakresie wymiany informacji, współdziałania oraz kontroli udzielanych świadczeń zdrowotnych z instytucjami i zakładami opieki zdrowotnej. Najczęściej podawano następujące zagadnienia:

1. Podejmowanie wspólnych przedsięwzięć w zakresie zapobiegania chorobom i promocji zdrowia.
2. Dofinansowanie kosztów doskonalenia zawodowego.
3. Udzielanie dotacji na zakup sprzętu i aparatury medycznej.
4. Współtworzenie programów naprawczych dla sp zoz.
5. Współdziałanie w ramach spotkań reprezentantów samorządów terytorialnych np. konwent starostów w celu ustalenia wspólnego stanowiska, opinii itp.
6. Obszerne korespondowanie i organizacja spotkań z przedstawicielami NFZ.

7. Unowocześnianie komunikowania się np. korespondencja elektroniczna.
8. Przeprowadzanie kontroli jakości udzielanych świadczeń odbywa się zgodnie z trybem przewidzianym przez ustawę, tylko jednostkowe gminy wypracowały system składania raz do roku sprawozdania z działalności niepublicznych jednostek ochrony zdrowia.
9. Prowadzenie rejestrów skarg mieszkańców dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia.

2. Regionalny Program Restrukturyzacji Ochrony Zdrowia

Zgodnie z zatwierdzonym przez Ministerstwo Zdrowia „**Programem Działań Osłonowych i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia**” w latach 1999 – 2003 na terenie województwa był realizowany program restrukturyzacji w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Jest to kontynuacja realizowanego od 1999 roku rządowego Programu Działań Wspierających dla Pracowników Zakładów Opieki Zdrowotnej.

Kontynuacja programu restrukturyzacji była konieczna do prowadzenia rozwiązań systemowych, które miały sprzyjać lepszemu wykorzystaniu zasobów ochrony zdrowia. Stąd też, celem nadrzędnym programu było i jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego tj. dostępu pacjentów do usług medycznych wysokiej jakości w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i opieki szpitalnej.

Regionalny Komitet Sterujący w okresie 1999 - wrzesień 2003 obradował na 36 posiedzeniach. Obradom przewodniczył Członek Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego

Rok 1999

Rozdział oraz przydział środków na program restrukturyzacji dokonany został przez Ministerstwo Zdrowia - na podstawie 50 wniosków przygotowanych przez zespół powołany przez Wojewodę Zachodniopomorskiego. Dotacja celowa przyznana dla zakładów opieki zdrowotnej podległych samorządowi województwa wynosiła - **5 352 849 zł.**,
w tym na restrukturyzację zatrudnienia - **1 674 009 zł.**

Rok 2000

Rozpoczęto proces tworzenia **Regionalnych Programów Restrukturyzacji** w ochronie zdrowia. W początkowym okresie wprowadzania programu Marszałek Województwa pełnił ważną funkcję w procesie uruchamiania tzw. „krótkiej ścieżki” tj. bezpośredniej ścieżki finansowania restrukturyzacji zatrudnienia oraz likwidacji zakładu. Podmiotem koordynującym działania restrukturyzacyjne był **Regionalny Komitet Sterujący** tzw. **RKS powołany przez Marszałka Województwa**, którego skład określił Minister Zdrowia.

W skład Regionalnego Komitetu Sterującego weszli:

- ✓ przedstawiciele powołani przez zarządy województw, powiatów i gmin,
- ✓ przedstawiciel zarządu Regionalnej Kasy Chorych (obecnie Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia),
- ✓ przedstawiciele resortowej służby zdrowia (Ministra Zdrowia, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Obrony Narodowej),
- ✓ przedstawiciele reprezentatywnych związków zawodowych mających strukturę regionalną w województwie,
- ✓ przedstawiciel wojewody.

Dnia 2.08.2000 r. na VII Posiedzeniu RKS członkowie podjęli Uchwałę w sprawie przyjęcia Regionalnego Programu Restrukturyzacji SPZOZ. Materiał ten został przyjęty jako **kierunkowy stanowiący podstawę** do dalszej pracy Komitetu.

Środki przekazane przez Ministerstwo na program restrukturyzacji w głównej części przeznaczone zostały na restrukturyzację zatrudnienia i działania osłonowe.

Na **restrukturyzację zatrudnienia** dla województwa zachodniopomorskiego przyznano kwotę w wysokości - **6 733 929 zł.**,
na zadania inwestycyjne - **7 750 000 zł.**

Z powodu ograniczonych środków z wielu ważnych zadań należało zrezygnować i przełożyć na lata późniejsze.

Rok 2001

Realizacja Programu Restrukturyzacji podobna do roku 2000, przekazano środki na dofinansowanie jednostek w zakresie:

- ✓ restrukturyzacji zatrudnienia: odprawy i odszkodowania dla pracowników,
- ✓ zakupy inwestycyjne, modernizacje oraz inwestycje.

W pracach nad dalszą restrukturyzacją placówek ochrony zdrowia RKS przyjął jako kierunkowe wytyczne, zadania prowadzone od ubiegłego roku z terminem zakończenia na rok 2001. Zadania te to m.in. :

- zakończenie programu kardiochirurgicznego w PSK Nr 2 w Szczecinie,
- doposażenie i uruchamianie Oddziałów Ratownictwa Medycznego na terenie województwa zachodniopomorskiego,
- pomoc w dalszej restrukturyzacji mającej za zadanie przekształcenie łóżek ostrych w łóżka opieki długoterminowej i opieki psychiatrycznej.

W dokonanym podziale środków finansowych RKS postanowił przeznaczyć fundusze dla zakładów, w których zmiany restrukturyzacyjne poszły w kierunku zgodnym z przyjętymi założeniami, a także dla tych zakładów gdzie zmiany te były zaawansowane.

Wpłynęło 66 metryk publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Opracowanych zostało 268 programów, z których Regionalny Komitet Sterujący rekomendował 106 opracowań dla 51 jednostek służby zdrowia z terenu województwa.

Na restrukturyzację zatrudnienia przyznano - **3 369 643 zł.**,
a na zadania inwestycyjne - **11 230 263 zł.**

Rok 2002

Województwo Zachodniopomorskie z uwagi na środki otrzymane prawie w całości w latach poprzednich nie otrzymało ich w roku 2002.

Rok 2003

Zadaniem Regionalnego Komitetu Sterującego było przedstawienie Regionalnego Programu Restrukturyzacji dla Zachodniopomorskiego, zweryfikowanie wniosków o przyznanie dotacji złożonych przez organy założycielskie spzoz oraz monitorowanie procesu restrukturyzacji.

W ramach programu restrukturyzacji zatrudnienia wpłynęło do Urzędu Marszałkowskiego **25 wniosków** publicznych zakładów opieki zdrowotnej z których **18**, Regionalny Komitet Sterujący **zaopiniował pozytywnie**. Zawnioskowana kwota to **3 210 063zł.** na restrukturyzację zatrudnienia. Zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia, dofinansowaniem z rezerwy celowej objęte zostały koszty prowadzonych działań w części obejmującej odprawy i odszkodowania wypłacane pracownikom, których stanowiska pracy ulegają bądź uległy likwidacji. Zakwalifikowane koszty odpraw i odszkodowań związane były z likwidacją zakładów, integracją lub likwidacją komórek organizacyjnych w spzoz.

Na IV posiedzeniu RKS-u członkowie przyjęli do realizacji kryteria tworzenia Regionalnej Sieci Szpitali w Województwie Zachodniopomorskim. Za podstawę posłużyły kryteria tworzenia Krajowej Sieci Szpitali Publicznych opracowane przez Ministerstwo Zdrowia - projekt z dnia 2 lipca 2002 r.

Przedstawione poniżej układy tabelaryczne pokazują zbiorczo działania restrukturyzacyjne w latach 1999-2003.

Tab. 1 Udział jednostek w programie w latach 2000-2003

Zakłady opieki zdrowotnej	2000	2001	2003
Samorządu województwa	22	21	6
Szpitale kliniczne	2	2	2
Resortowej służby zdrowia	-	4	3
Starostwa powiatowe, miasto, miasto na prawach powiatu	29	23	7
Gmina	8	-	-
Razem	61	50	18

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

Tab. 2 Wysokość przyznanych środków w latach 1999-2001

Lata	Restrukturyzacja zatrudnienia w zł.	Zadania inwestycyjne w zł.	Razem
1999	1 674 009	3 678 840	5 352 849
2000	6 733 929	7 750 000	14 483 929
2001	3 369 643	11 230 263	14 599 906
Razem	11 777 581	22 659 103	34 436 684

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

Tab. 3 Restrukturyzacja zatrudnienia w latach 1999-2003

Lata	Lekarze	Pielęgniarki/ położne	Pozostali średni personel	Obsługa techniczno-gospodarcza	Administracja	Razem
1999	643	1 019	660	899	211	3 432
2000	315	691	361	731	148	2 246
2001	228	619	322	624	163	1 956
2002	193	577	247	497	145	1 659
2003 *	209	626	259	553	160	1 807
Razem	1 588	3 532	1 849	3 304	827	11 100

*- z uwzględnieniem planowanej restrukturyzacji do 31.12.2003 r.

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

Tab. 4 Efekty przyjętych kierunków restrukturyzacji w zakresie działań medycznych od 2001 roku

Efekt	Lokalizacja	Liczba łóżek
Utworzenie oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych	SPZOP TUCZNO	106
	SP ZZOZ GRYFICE	18
	SP ZOZ SZPITAL POWIATOWY GRYFINO	38
	ZOZ KOŁOBRZEG	13
Utworzenie zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych	ZPO BARLINEK	29
Utworzenie oddziałów opiekuńczo-leczniczych	SP ZOZ SZPITAL POWIATOWY GOLENIÓW	6
	SP ZOZ SZPITAL POWIATOWY GRYFINO- NOWE CZARNOWO	21
	SPS ZZOZ Zdroje	17
Utworzenie zakładów opiekuńczo-leczniczych	ZOL DĘBNO	20
Wzrost liczby łóżek onkologicznych	SPECJALISTYCZNY SZPITAL SZCZECIN ZDUNOWO	15
Wzrost liczby łóżek psychiatrycznych	SZPITAL POWIATOWY BIAŁOGARD	9
	107 SZPITAL WOJSKOWY	47
	SPS ZZOZ Zdroje	32
Utworzenie oddziałów dziennych chirurgicznych	SP ZOZ SZPITAL POWIATOWY GOLENIÓW	6
	SPZOZ SZPITAL POWIATOWY DĘBNO	x
	REGIONALNY SZPITAL ONKOLOGICZNY	x
	SPECJALISTYCZNY SZPITAL SZCZECIN ZDUNOWO	1
Utworzenie oddziałów dziennych diagnostycznych	SPZOZ SZPITAL POWIATOWY DĘBNO	x
Utworzenie oddziałów dziennych chemioterapii	REGIONALNY SZPITAL ONKOLOGICZNY	5
	SPECJALISTYCZNY SZPITAL SZCZECIN ZDUNOWO	3
	SZGiChP KOSZALIN	2

Oprac. na podstawie informacji samorządów lokalnych i spzoz

x - brak danych

3. Prawa pacjenta

Umieszczenie w Strategii treści w zakresie Modelu Deklaracji Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia miało na celu wypracowanie optymalnego modelu praw pacjenta i jego wdrożenie w zakładach opieki zdrowotnej na terenie województwa. Realizacja tego założenia przebiegała następująco:

- ✓ zdecydowana większość podmiotów podała, iż regulaminy wewnętrzne jednostek ochrony zdrowia zostały dostosowane do Karty Praw Pacjenta,
- ✓ podobna sytuacja jest w przypadku upowszechnienia i ujawnienia Karty Praw Pacjenta w zakładach opieki zdrowotnej,
- ✓ określenie stanu wdrożenia zapisów prawnych Karty w placówkach ochrony zdrowia najtrudniejsze było w samorządach gminnych,
- ✓ wszystkie zakłady opieki zdrowotnej zapoznały swoich pracowników poprzez odpowiednie instruktaże z zapisami Karty i zobowiązały do bezwzględnego ich przestrzegania.
- ✓ efekty wdrożenia Karty Praw Pacjenta wymagają badań opinii społecznej prowadzonych przez poszczególne zakłady.

Wzmocnieniu ochrony praw pacjenta służył powołany przez ówczesną Zachodniopomorską Regionalną Kasę Chorych, Rzecznik Praw Pacjenta.

4. Współpraca zagraniczna

W kształtowaniu współpracy zagranicznej w zakresie ochrony zdrowia istotne znaczenie miało przygraniczne położenie województwa. Podstawowe znaczenie w kontaktach zagranicznych ma potrzeba integracji i wymiana doświadczeń na płaszczyźnie sektora zdrowotnego. Założeniem Strategii było nawiązanie ścisłej współpracy z przygranicznymi Landami Niemiec i najbliższymi regionami Szwecji i Danii. Poniżej zostały zaprezentowane szczegóły wymienionej współpracy z:

- ✓ Landem Brandenburgia - Republika Federalna Niemiec,
- ✓ Landem Meklemburgia Pomorze Przednie - Republika Federalna Niemiec,
- ✓ Regionem Skania w Szwecji,
- ✓ Departamentem Loary Atlantyckiej we Francji.

Współpraca z Niemcami:

a) Brandenburgia

Początek rozwoju współpracy zagranicznej z Brandenburgią nastąpił podczas spotkania z przedstawicielami Ministerstwa Pracy, Spraw Socjalnych, Zdrowia i Spraw

Kobiet w dniu **kwietniu 1999 r.** w Szczecinie. Ustalono wówczas główne obszary współpracy polegającej na wymianie doświadczeń na temat:

- ✓ sposobu kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez Kasy Chorych,
- ✓ organizacji struktur ochrony zdrowia,
- ✓ funkcjonowania lecznictwa szpitalnego,
- ✓ systemu ratownictwa medycznego,
- ✓ profilaktyki i leczenia osób uzależnionych od alkoholu i środków psychoaktywnych.

W **2000 r.** został podpisany **List intencyjny** przez Sekretarza Stanu w Ministerstwie Pracy, Spraw Socjalnych, Zdrowia i Spraw Kobiet Landu Brandenburgia i przez Członka Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego wyrażający chęć rozwinięcia kontaktów między władzami, organizatorami i zakładami opieki zdrowotnej w obszarach wcześniej określonych.

Podczas kolejnych spotkań uzgodniono sposoby realizacji poszczególnych tematów. Dotychczas **zrealizowano** następujące przedsięwzięcia:

- 1) Wymiana doświadczeń w zakresie ratownictwa medycznego.
 - ✓ seminarium w sprawie ratownictwa medycznego,
 - ✓ spotkanie robocze przedstawicieli Lotniczego Pogotowia Ratunkowego Region Zachód z przedstawicielami jednostek lotnictwa sanitarnego strony niemieckiej.
- 2) Wymiana doświadczeń w zakresie profilaktyki i leczenia osób uzależnionych poprzez uczestnictwo w międzynarodowej konferencji „Präventionsfach Kongress Alkohol”.
- 3) Wymiana doświadczeń na temat organizacji i finansowania opieki zdrowotnej nastąpiła podczas polsko-niemieckiej konferencji na temat polityki zdrowotnej. Głównymi tematami były: podstawy finansowe i problemy ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, sterowanie regionalne i nadzór prawny nad ustawowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi.
- 4) Nawiązanie współpracy między jednostkami opieki zdrowotnej.
 - ✓ Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie podjął współpracę ze Szpitalem-Werner-Forßman w Eberswalde.. Zaplanowano wymianę szkoleniową lekarzy i pielęgniarek. Dotychczas doszło do pobytu szkoleniowego w Klinice Nefrologii Szpitala w Eberswaldzie oraz pobytów lekarzy niemieckich w Oddziale Chirurgii i Transplantologii a także w Oddziale Nefrologii i Dializ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie.
 - ✓ zapoznanie się z doświadczeniami niemieckimi w zakresie opracowywania planów zdrowotnych i programów profilaktyki chorób.

5) Rozpoczęcie prac nad wspólnym opracowaniem projektów w ramach „Wspólnotowego programu w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2003-2008” w tematach:

- ✓ profilaktyki HIV/AIDS
- ✓ czynników warunkujących zdrowie.

Kontakty z Landem Brandenburgia w zakresie ochrony zdrowia opierały się na: ***Wspólnym Oświadczeniu o współpracy między Województwem Zachodniopomorskim a Krajem Związkowym Brandenburgia” z dnia 7 grudnia 2001 r.***

b) Meklemburgia

Współpraca z Meklemburią nie rozwijała się w sposób systematyczny. Pierwsze kontakty rozpoczęły się podczas konferencji „Perspektywy w stosunkach polsko-niemieckich w służbie zdrowia” - czerwiec 1999 r. w Pasewalku. W konferencji uczestniczyli ze strony polskiej: przedstawiciele Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego, Urzędu Marszałkowskiego, Kas Chorych i samorządów zawodowych. Współpraca z Meklemburią realizowana jest na podstawie „**Wspólnego Oświadczenia o współpracy transgranicznej między Województwem Zachodniopomorskim a Krajem Związkowym Meklemburgia-Pomorze Przednie**” z dnia 18 czerwca 2000 r.

Dotychczas **zrealizowano** następujące przedsięwzięcia:

- ✓ Utworzono grupę roboczą ds. ochrony zdrowia i polityki społecznej w ramach „Wspólnego Oświadczenia o współpracy transgranicznej między Województwem Zachodniopomorskim a Krajem Związkowym Meklemburgia-Pomorze Przednie”,
- ✓ Nawiązano kontaktów między szpitalami - Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie a Szpitalem Christophorus-Diakoniewerk w Ueckermünde na temat opieki psychiatrycznej.
- ✓ Nawiązano współpracę w zakresie przygranicznej pomocy medycznej z udziałem przedstawicieli Rotary Club Ueckermunde, Rotary Club Szczecin, Pogotowia Ratunkowego z powiatów przygranicznych Województwa Zachodniopomorskiego i Meklemburgii.
- ✓ Przystąpiono do tworzenia sieci telemedycznej w ramach programu „Telemedyczna sieć dla wsparcia zaopatrzenia do walki z guzem w Euroregionie Pomerania”.
- ✓ Rozwinięto wymianę doświadczeń w zakresie finansowania, organizacji i zarządzania w opiece zdrowotnej.

- ✓ Wykorzystano doświadczeń dotyczących planowania **sieci szpitali**.
- ✓ Wymieniano doświadczenia na temat zarządzania szpitalami.

Współpraca ze Szwecją – Regionem Skania

Dotychczasowy **zakres współpracy**:

- ✓ Prezentacja regionu Skania w Szczecinie „Polskie Dni Szwedzkie – Skane w Szczecinie”, która odbyła się w dniach 14 -19 maja 1999 r. podczas której odbyło się szereg seminariów na temat: podstawowej opieki zdrowotnej, diagnostyki obrazowej, intensywnej terapii, radioterapii śródoperacyjnej i leczenia oparzeń.
- ✓ W 2000 r. zaprezentowano przedstawicielom z regionu Skania organizację i doświadczenia szczecińskiego systemu przeciwdziałania uzależnieniom od narkotyków i alkoholu.
- ✓ Przedstawiciele województwa uczestniczyli we wspólnie zorganizowanej przez środowiska naukowe województwa zachodniopomorskiego i regionu Skania **konferencji naukowej krajów basenu Morza Bałtyckiego „Razem przeciw AIDS”, marzec 2000 r.** w Malmö i podobnej konferencji zorganizowanej w 2001 r. w Polsce.

Współpraca z Francją – Departamentem Loary Atlantyckiej

Pierwszy kontakt z przedstawicielami Departamentu Loary Atlantyckiej odbył się w listopadzie 2001 r. Ustalono wówczas wstępnie, możliwości rozwinięcia współpracy w zakresie ochrony zdrowia w następujących tematach:

- ✓ Organizacja i finansowania opieki zdrowotnej we Francji, a w szczególności: zasady planowania sieci szpitali, sposób zabezpieczenia opieki ambulatoryjnej.
- ✓ Nawiązanie kontaktów między dużymi szpitalami.
- ✓ Opracowywania planów polityki zdrowotnej i programów profilaktyki zdrowotnej.

Współpracę zagraniczną w zakresie ochrony zdrowia prowadzą odrębnie również inne zakłady opieki zdrowotnej i samorządy lokalne. Polegała ona przede wszystkim na wyjazdach szkoleniowych pracowników i pozyskiwaniu sprzętu medycznego. Zakres tej współpracy przedstawia poniższa tabela.

Tab. 5. Współpraca zagraniczna w zakresie ochrony zdrowia innych jednostek

Strona polska-nazwa instytucji	Strona zagraniczna- nazwa instytucji/kraj/region	Obszar i formy współpracy
Szpital Powiatowy Białogard	Niemcy, Dania, Francja	darowizny sprzętu medycznego
Urząd Miejski Koszalin pełnomocnik ds.osób niepełnosprawnych	Urząd Miejski/ Niemcy/Neubrandenburg	wymiana pracowników, wymiana niepełnosprawnych sportowców
Specjalistyczny SP ZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą Szczecin/ oddział kliniczny ortopedii dziec. i młodzieżowej	Uniwersytecka Klinika Ortopedii/Niemcy/Erlangen	metody leczenia chorób mięśni, postępowanie z bocznym skrzywieniem kręgosłupa, operacyjne leczenie ortopedyczne chorób neuromięśniowych
S SPZOZ nad Dz. i Młodz./oddział nefrologii dziecięcej ze stacją dializ	Uniwersytecka Klinika Nefrologii i Chorób Metabolicznych/Niemcy/Hannover	wymiana doświadczeń, wyjazdy szkoleniowe, konsultacje pacjentów
Specjalistyczny Szpital Szczecin- Zdunowo/oddział torakochirurgii i pulmonologii	Klinika Torakochirurgii/ Berno	roczne pobyty naukowe asystentów oddziału torakochirurgii
	Szpital płucny/ Bad Lippspringe	pozyskanie sprzętu medycznego - bodypletyzmografy
Regionalny Szpital Onkologiczny Szczecin	Uniwersytet/ Niemcy/Greiswald	telemedycyna
SP Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	Werner Forssmann Krankenhaus/Niemcy/Eberswald	wymiana lekarzy i doświadczeń w ramach Euroregionu Pomerania.
	Szpital Wolnego Uniwersytetu/Niemcy/Berlin	

Oprac. na podstawie informacji samorządów i spzoz

Intensywność i zakres współpracy zagranicznej prowadzonej zarówno przez Samorząd Województwa jak i inne jednostki jest dynamiczny i różnorodny. Chociaż gminy nie wykazały współpracy zagranicznej. Współpraca skupiała się na tematach, w których pozyskanie doświadczenia jest ważne dla kształtowania rozwoju naszej opieki zdrowotnej i zacieśniania kontaktów transgranicznych ważnych w przededniu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej.

B. ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ OPIEKI MEDYCZNEJ

5. Organizacja systemu podstawowej opieki zdrowotnej poprzez wzmocnienie instytucji lekarza rodzinnego

Zgodnie z przyjętym założeniem, iż podstawowa opieka zdrowotna powinna stanowić silny fundament publicznego systemu ochrony zdrowia i zapewnić wpływ na poprawę stanu zdrowia ludności, Strategia określiła następujące obszary zachodzących zmian.

a) rozmieszczenie praktyk lekarza rodzinnego z uwzględnieniem kryterium dostępności mieszkańców zamieszkujących teren gminy

Od 1999 roku wzrosła liczba zatrudnionych lekarzy rodzinnych, natomiast liczba pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych zmniejszyła się. Od tego też roku panuje tendencja wzrostowa w liczbie udzielonych porad, średnio o 10 % rocznie. Jest to efekt realizacji założenia kompleksowych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, czyli porady lekarskiej połączonej z opieką pielęgniarską i podstawowymi badaniami diagnostycznymi.

Na terenie każdej gminy powinna funkcjonować przynajmniej jedna praktyka lekarza rodzinnego zapewniająca wyżej określone minimum.

W każdej gminie lekarz POZ obejmuje opieką medyczną właściwie przypisaną sobie liczbę pacjentów. Uśredniając wyniki na podstawie danych z Ankiety wygląda to następująco:

- ✓ na jednego lekarza rodzinnego – 2 391 pacjentów, **N. 2 500 (± 10 %)**
- ✓ na jedną pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną - 2 590 pacjentów, **N. 2 500 (± 10 %)**
- ✓ na jedną położną środowiskowo-rodzinną - 10 333 pacjentów, **N. 10 000 (± 10 %)**
- ✓ na jedną pielęgniarkę szkolną - 1 036 uczniów. **N. 800 (± 10 %)**

Powyższe wyniki potwierdzają prawidłowość zabezpieczenia świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie właściwym rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

b) zniesienie barier geograficznych uwarunkowanych i związanych z połączeniami komunikacyjnymi jak i z odległością od miejsca zamieszkania do placówki POZ

Zwiększona liczba zakładów i lekarzy rodzinnych i optymalny zakres opieki medycznej oraz zmiany organizacji czasu pracy **zmniejszyły bariery geograficzne i komunikacyjne** dla potencjalnego pacjenta. Prawie 100 % uczestniczących podmiotów w monitoringu jednoznacznie stwierdziło, że praktyka lekarza rodzinnego jest dostępna poniżej założonej odległości do 20 km. Ma to bezpośredni wpływ na zwiększenie dostępności do wymienionych świadczeń.

c) wdrożenie standardów świadczeń usług medycznych wpływających na jakość świadczeń z zakresu medycyny rodzinnej

Standardy i właściwe wykonywanie świadczeń w zakresie medycyny rodzinnej zostało uwarunkowane zapisami umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z płatnikiem. Podstawowe znaczenie w tym zakresie ma zabezpieczenie opieki całodobowej z uwzględnieniem standardu zabezpieczenia opieki jednego lekarza dyżurnego na 20 000 mieszkańców. Analiza przekazanych informacji stwierdza, iż 98 % zakładów przestrzega ustalonego standardu zabezpieczenia. Najczęstszymi formami zabezpieczenia opieki całodobowej były **dyżury**:

- ✓ **w dni robocze: w siedzibie i /lub po telefonem w godzinach 18-8,**
- ✓ **w soboty i święta: całą dobę**
- ✓ **wizyty domowe na wezwanie chorego: całodobowo.**

Według uśrednionych miesięcznych wyników najwięcej pacjentów korzysta z dyżurów w siedzibie.

Ważnym elementem do zachowania właściwej jakości świadczeń są odpowiednie warunki lokalowe, techniczne, sanitarne i stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz stopień dostępności do niej. Poniżej przedstawiono ocenę tychże warunków na podstawie nadesłanych danych z samorządów gminnych (tab. 6 i tab. 7).

Tab. 6 Ocena warunków panujących w zakładach POZ

Wyszczególnienie	Dostateczne	Dobre	Bardzo dobre
warunki lokalowe	8	47	7
warunki techniczne	14	43	5
warunki sanitarne	6	45	8
wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny	12	43	6
dostęp do aparatury i sprzętu medycznego	6	44	7
Razem	46	222	33

Oprac. na podstawie informacji samorządów

Tab. 7 Zabezpieczenie diagnostyki laboratoryjnej

Liczba punktów pobrań	156
Liczba jednostek diagnostyki laboratoryjnej	94
Liczba jednostek diagnostyki obrazowej	159

Oprac. na podstawie informacji samorządów

Według opinii samorządów realizowane formy opieki całodobowej, zabezpieczenie lokalowe i sprzętowe oraz diagnostyka laboratoryjna w podstawowej opiece zdrowotnej są wystarczające.

d) wdrożenie systemu zewnętrznej oceny jakości świadczeń w POZ celem określenia stopnia zaspakajania potrzeb zdrowotnych populacji województwa i określenia pożądanych zmian w tym zakresie

Samorzady gminne bez względu na to, czy są organem tworzącym czy też nie, są odpowiedzialne za kształt i funkcjonowanie lokalnej opieki zdrowotnej. Tylko 50 % ankietowanych samorządów gminnych widzi swoją rolę poprzez prowadzenie swego **nadzoru** nad podstawową opieką zdrowotną i stomatologią.

Najczęstsze formy sprawowania nadzoru podawane przez podmioty to:

- ✓ wypełnianie funkcji właścicielskich,
- ✓ monitorowanie działalności zakładów opieki zdrowotnej,

- ✓ systematyczne sprawozdania jednostek POZ,
- ✓ wnioskowanie o zmiany przekształceniowe zgodne z potrzebami zdrowotnymi,
- ✓ ankietyzacja pacjentów w zakresie satysfakcji z udzielonych usług,
- ✓ pomoc w negocjacjach z płatnikiem,
- ✓ w 3 gminach podano, iż pracownik gminy wraz z przedstawicielem rady społecznej przeprowadzają cykliczne kontrole publicznej jednostki POZ.

2. Zapewnienie dostępności opieki stomatologicznej

Od roku 1999 wzrosła liczba lekarzy stomatologów i rozpoczął się proces prywatyzacji tych usług medycznych. Od początku reformy była to grupa zawodowa, która jako pierwsza i najbardziej aktywna zrealizowała założenia komercjalizacji udzielanych przez siebie świadczeń. Zdecydowana większość lekarzy stomatologów funkcjonuje w oparciu o indywidualne praktyki lekarskie. Część z nich działa na podstawie pełnej lub częściowej umowy z płatnikiem, natomiast pozostali prowadzą praktykę bez środków publicznych.

Dostępność do gwarantowanych świadczeń stomatologicznych jest określona na poziomie jeden etat przeliczeniowy na 3 000 mieszkańców (+/- 10 %). Uśredniając zebrane wyniki odnotowano, iż na terenie województwa zachodniopomorskiego jest zachowany ten wskaźnik, bowiem wynosi on **3 228**.

Analizując szczegółowo poradnie w zakresie opieki stomatologicznej, podmioty podały, iż najtrudniej jest osiągnąć wizytę u lekarza **ortodonty**, w poradni **protetyki** i u lekarza **stomatologii dziecięcej**. Bez większych problemów uzyskuje się porady w zakresie stomatologii zachowawczej.

Priorytetowym działaniem określonym w Strategii dla tego rodzaju opieki było poszerzenie koszyka świadczeń dla dzieci i młodzieży szkolnej. Dopuszczenie przez płatnika możliwości zawierania kontraktów na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży w gabinetach szkolnych i międzyszkolnych na podstawie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia, pozwoliły organizatorom ochrony zdrowia na zmniejszenie ograniczenia dostępności do tych usług. Według informacji nadesłanych przez samorządy wynika, że w placówkach oświatowo-wychowawczych **w liczbie 174 z liczbą uczniów prawie 55 000** jest dostępna opieka i profilaktyka stomatologiczna. Pierwszą z nich realizują lekarze

stomatologów w ramach kontraktów z płatnikiem w różnych sposobach organizacyjnych. Do nich należą:

- ✓ organizacja gabinetu stomatologicznego w szkołach – 55 %,
- ✓ gabinet stomatologiczny w ośrodku zdrowia – 25 %,
- ✓ organizacja akcji i dni mających na celu prowadzenie przeglądów okresowych stanu uzębienia dzieci i młodzieży,
- ✓ organizacja pomocy doraźnej stomatologicznej,
- ✓ porozumienie między lekarzami a nauczycielami w sprawie cyklicznych spotkań ze stomatologami.

Natomiast profilaktykę stomatologiczną w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na fluoryzację prowadzą pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania oraz pielęgniarki środowiskowo-rodzinne.

Leczenie stomatologiczne osób upośledzonych umysłowo odbywa się na zasadzie kontraktu z płatnikiem i w placówkach będących wskazanych przez konsultanta wojewódzkiego ds. anestezjologii i intensywnej terapii. Nie odnotowano w tym zakresie niedostatecznej formy zabezpieczenia tych usług.

Dofinansowanie leczenia stomatologicznego dla osób źle sytuowanych finansowo jest możliwe tylko w ramach zasiłków celowych z funduszy pomocy społecznej. Niedostateczne środki z tego tytułu nie pozwalają na realizację takiego zadania.

W latach ubiegłych zaobserwowano intensyfikację działań na polu edukacji i profilaktyki stomatologicznej. Do takich działań aktywnie włączyły się samorządy lokalne, głównie gminy, świadczeniodawcy i firmy farmaceutyczne oraz chemiczne. Regionalne i lokalne akcje przynoszą zmierzone efekty. Nie odnotowano żadnego programu stomatologicznego finansowanego z funduszy płatnika. Na podkreślenie zasługuje fakt współorganizowania i współfinansowania bazy lokalowo-sprzętowej w niektórych gminach województwa.

3. Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna

Przyjętym celem strategicznym w tym zakresie jest zapewnienie każdemu potrzebującemu ze wskazań lekarskich pełnej opieki specjalistycznej zgodnej z najnowszymi osiągnięciami wiedzy medycznej i nowoczesnej technologii. Założona realizacja tego celu odbywała się poprzez następujące działania: **inwentaryzację zasobów i bazy kadrowej,**

plany zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, właściwą alokację środków finansowych i organizację wysokospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Głównymi problemami tego rodzaju usług były:

- ✓ utrudniona dostępność spowodowana systemem skierowań,
- ✓ długie oczekiwanie na udzielenie porady,
- ✓ niedostateczne warunki techniczno-lokalowe poradni,
- ✓ braki w wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną,
- ✓ zbyt duża odległość do poradni specjalistycznej.

Mając na uwadze powyższe, działania w tym zakresie w ciągu ostatnich dwóch lat miały na celu zmniejszenie lub wyeliminowanie tych zjawisk. Poniżej przedstawiono ich wyniki.

Specjalistka ambulatoryjna na poziomie gminy, powiatu i województwa

Zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych na poziomie **gminy** uwzględnia oprócz POZ i stomatologii, położnictwo i ginekologię. Zgodnie z przyjętym kierunkiem strategicznym usługi w tym zakresie zostały w znacznym stopniu sprywatyzowane.

Zakres świadczeń na poziomie **powiatu** w tym zakresie określony jest rozporządzeniem ujmującym w tym 14 podstawowych specjalności.

Analiza zebranych informacji wskazuje, iż w ciągu ostatnich lat wzrosło zapotrzebowanie na tego rodzaju usługi, czego potwierdzeniem jest stopniowy wzrost liczby porad. Poprzez wydłużenie czasu pracy zmniejszono ograniczenia w dostępności do poradnictwa specjalistycznego. Braki sprzętowe i lokalowe stopniowo były uzupełniane przez same jednostki lub poprzez ich organy tworzące, których udział w tym był bardzo wysoki. W latach 1999-2002 wydatkowano z ich środków na działalność bieżącą i inwestycyjną ponad **77 milionów złotych**.

Punktem wyjściowym dla specjalistyki ambulatoryjnej w roku 1999 było doprowadzenie do równego rozmieszczenia sieci niektórych poradni specjalistycznych na terenie województwa. Znając potrzeby zdrowotne pacjentów i ich problemy związane z barierą geograficzną w stosunku do podmiotów ambulatoryjnych, w ciągu ostatnich dwóch lat nastąpiło zwiększanie liczby zakładów niepublicznych i praktyk lekarskich średnio o 250-300 %. Zastąpiły one dotychczasowe niektóre publiczne poradnie specjalistyczne lub uzupełniły ich braki. Przykładem mogą być poradnie urologiczne, ginekologiczne i diagnostyczne. Tak

poczynione działania i przekształcenia uporządkowały sieć poradnictwa w stopniu dostatecznym. Znacznym problemem ograniczającym dostępność jest limitowanie ilości porad przez płatnika.

Na poziomie **województwa** zabezpiecza się świadczenia tzw. wysokiej specjalistki. Są to świadczenia zdrowotne o charakterze uzupełniającym pozostałe poradnictwo specjalistyczne.

Najważniejszym aspektem ambulatoryjnej specjalistyki jest zachowanie reguły komplementarności, czyli wyższy szczebel uzupełnia świadczenia szczebla niższego.

Poniżej scharakteryzowano specjalistykę na poziomie powiatu w roku 2002.

Tab. 8 Poradnie specjalistyczne na poziomie powiatu w województwie w 2002 r.

Nazwa poradni Poziom powiatu	Liczba poradni	Liczba lekarzy	Liczba udzielonych porad
alergologiczna	32	36	90 750
chirurgii ogólnej	76	136	289 410
chirurgii urazowo-ortopedycznej	71	103	182 253
dermatologiczna i wenerologiczna	63	83	238 288
diabetologiczna	35	43	42 220
ginekologiczno-położnicza	172	256	653 398
gruźlicy i chorób płuc	35	36	4 800
kardiologiczna	45	68	100 434
neurologiczna	81	107	161 029
okulistyczna	92	131	350 251
otolaryngologiczna	77	93	224 498
rehabilitacyjna	43	50	83 254
reumatologiczna	26	26	3 580
zdrowia psychicznego	39	51	141 768

Oprac. na podstawie danych Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

Według celów strategicznych największe znaczenie zdrowotne, społeczne i ekonomiczne mają poradnie specjalistyczne w następujących dziedzinach medycyny:

- ✓ kardiologia,
- ✓ onkologia,
- ✓ diabetologia,
- ✓ zdrowie psychiczne,
- ✓ medycyna pracy
- ✓ rehabilitacja.

Kardiologia

Choroby układu krążenia na terenie województwa ciągle stanowią najwyższy wskaźnik w statystykach w zakresie zachorowalności, chorobowości i umieralności. Stąd też zadaniem strategicznym było jak najszybsze wypracowanie **modelu opieki kardiologicznej** w systemie: poradnia POZ, poradnia kardiologiczna i wojewódzkie centrum kardiologiczne. Zadania, jakie nakreślono dla realizacji modelu objęły przede wszystkim: utworzenie sieci poradni specjalistycznych według wskaźnika 1 poradnia na 60-70 000 mieszkańców, określono minimum wyposażenia takiej poradni oraz prowadzono edukację kardiologiczną. Poniższa tabela zgodnie z nadesłanymi informacjami informuje o stanie zabezpieczenia usług w poradni kardiologiczne.

Tab. 9 Poradnie kardiologiczne, minimum wyposażenia i edukacja kardiologiczna

Lokalizacja poradni	1 poradnia na 60-70 000 mieszkańców		Minimum wyposażenia poradni kardiologicznej				Edukacja kardiologiczna	
	Tak	Nie	EKG	Holter	Ap.do p.wysiłkowej	Usg	Tak	Nie
Powiat Wałecki	x		x					x
Powiat Szczecinecki	x		x	x				x
Powiat Sławieński	x			x	x			x
Powiat Stargardzki		x	x	x	x	x	x	
Powiat Łobeski	x		x	x	x	x		x
Powiat Mysliborski	x		x	x	x		x	
Powiat Kołobrzeski	x		x	x	x	x	x	
Powiat Kamieński	x		x	x	x	x	x	
Powiat Gryfiński		x	x	x	x	x	x	
Powiat Choszczeński	x		x	x	x	x	x	
Powiat Gryficki	x		x	x	x	x	x	
Koszalin	x		x	x	x	x	x	
Świnoujście	x		x	x	x	x	x	
Szczecin	x		x	x	x	x	x	

Oprac. na podstawie informacji samorządów

Zdaniem władz **powiatów stargardzkiego i gryfińskiego** jedna poradnia jest niewystarczająca. W tabeli brakuje danych **powiatu świdwińskiego**, na terenie, którego funkcjonuje poradnia kardiologiczna. **Nie funkcjonują poradnie kardiologiczne w powiatach białogardzkim, drawskim, goleniowskim, polickim i pyrzyckim.** W Szczecinie i Koszalinie znajdują się ośrodki kardiologiczne o charakterze subregionalnym.

Onkologia

Choroby nowotworowe zajmują drugie miejsce w statystykach medycznych i epidemiologicznych województwa zachodniopomorskiego. Każdego roku przybywa chorych na nowotwór. Strategia sektorowa założyła, że w ok. 30 % nowotworów można podjąć skuteczną strategię zapobiegawczą. W tym celu konieczna była realizacja następujących celów:

- ✓ kontynuacja badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka piersi, szyjki macicy i prostaty,
- ✓ zwiększenia dostępności do tych badań.
- ✓ prowadzenie badań rodzinnego podwyższonego ryzyka zachorowania,
- ✓ oznaczanie czynników karcynogennych.

W latach porównywalnych 1999 – 2003 liczba poradni onkologicznych, liczba lekarzy w nich zatrudnionych oraz liczba udzielonych porad na podstawie danych z Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia wyglądała następująco:

Tab. 10 Poradnie onkologiczne w województwie w latach 1999-2002

Lata	Liczba poradni	Liczba lekarzy	Liczba udzielonych porad
1999	x	x	68 933
2000	x	x	76 257
2001	21	40	64 890
2002	20	41	63 171

Oprac. na podstawie danych Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

x – brak danych

Według tych danych liczba poradni i porad maleje, natomiast **zachorowań i zgonów jest z roku na rok coraz więcej.**

Diabetologia

Cukrzyca ze względu na swój przewlekły charakter stanowi poważny i narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Stale wzrastająca liczba chorych wymusiła poprawę skuteczności rozpoznawania i leczenia cukrzycy. Zadania w tym zakresie obejmowały:

- ✓ utworzenie sieci poradni diabetologicznych i dwóch ośrodków wojewódzkich,
- ✓ wprowadzenie do poradni zespołu diabetologicznego w celu kompleksowego udzielania świadczeń
- ✓ upowszechnienie badań glukometrycznych w POZ

Realizacja tych zadań wykazuje zróżnicowane zaangażowanie podmiotów i została przedstawiona w tabeli 11.

Tab. 11 Poradnie diabetologiczne i zespoły diabetologiczne w województwie

Lokalizacja poradni	Lekarz diabetolog		Pielęgniarka diabetologiczna		Dietetyczka		Edukator diabetologiczny	
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
Powiat Wałecki	x			x		x		x
Powiat Szczecinecki		x		x		x		x
Powiat Stargardzki	x		x			x		x
Powiat Łobeski	x		x			x		x
Powiat Mysliborski	x		x			x	x	
Powiat Kołobrzeski		x		x		x		x
Powiat Kamieński	x		x			x	x	
Powiat Gryfiński		x		x		x		x
Powiat Goleniowski	x			x		x		x
Powiat Drawski	x			x		x		x
Powiat Choszczeński	x		x			x	x	
Powiat Białogardzki	x			x	x			x
Powiat Gryficki	x		x			x	x	
Koszalin	x		x			x		x
Świnoujście	x			x		x		x
Szczecin	x		x			x		x

Oprac. na podstawie informacji samorządów

W tabeli brakuje informacji o poradni diabetologicznej z **powiatu świdwińskiego**. Poza umieszczonymi w tabeli powiatach, w **pyrzyckim i sławieńskim** nie funkcjonuje poradnia dla osób chorych na cukrzycę.

Nowe formy poradnictwa specjalistycznego

Zachodzące zmiany społeczno-ekonomiczne na rynku usług medycznych wymusiły pojawienie się nowych form poradnictwa specjalistycznego. Wraz z nowymi warunkami życia pojawiły się nowe potrzeby zdrowotne.

Z uwagi na powyższe, zróżnicowanie i poprawa dostępności do onkologicznej opieki medycznej, psychiatrycznej opieki zdrowotnej czy rehabilitacji medycznej stały się jednym z priorytetów określonych w Strategii.

Realizacja tych priorytetów określona została w tabeli poniżej.

Tab. 12 Nowe formy poradnictwa specjalistycznego na terenie województwa

Rodzaj poradni	Lokalizacja	Liczba poradni
Leczenia bólu nowotworowego	Gryfino	1
	Białogard	1
	Świnoujście	1
Psychiatria środowiskowa	Białogard	1
	Koszalin	1
	Szczecin Zdroje	1
Zespoły rehabilitacji środowiskowej	Białogard	1
Dzienna rehabilitacyjna	Choszczno	1
Dzienna leczenia uzależnienia od alkoholu	Koszalin	1
Leczenia otyłości	Wojewódzki Szpital Zespolony	1
Chirurgii naczyń	Wojewódzki Szpital Zespolony	1
Stomatologii ogólnej dla pacjentów HIV i HBS	Wojewódzki Szpital Zespolony	2

Oprac. na podstawie informacji samorządów i szpocz

Utworzenie przy publicznych zakładach opieki zdrowotnej nowych form poradnictwa specjalistycznego pośrednich pomiędzy leczeniem stacjonarnym a ambulatoryjnym

przyniosło wymierne korzyści dla pacjenta poprzez skrócenie czasu pobytu w jednostce ochrony zdrowia i zapewnienie kompleksowej opieki.

Wysokospecjalistyczna aparatura medyczna

Strategia sektorowa określiła w roku 2001 stan zabezpieczenia w aparaturę medyczną na terenie województwa. Najważniejszym problemem jest:

- ✓ rozmieszczenie aparatury ze względu na równomierny dostęp,
- ✓ stała kontrola jakości i bezpieczeństwa,
- ✓ stała kontrola stopnia zużycia aparatury.

Aktualną bazę aparatury medycznej na terenie województwa zawiera tabela 13.

Tab. 13 Wysokospecjalistyczna aparatura medyczna województwa

Nazwa aparatu	Liczba
mammograf	27
angiograf	5
tomograf komputerowy	9
rezonans magnetyczny	2
stanowiska dializacyjne	66

Oprac. na podstawie informacji zakładów opieki zdrowotnej

Najwięcej przybyło aparatów mammograficznych z 23 na 27, następnie o 2 tomografy komputerowe i 2 angiografy. W 1999 roku funkcjonowało 58 stanowisk dializacyjnych, natomiast w roku 2002 funkcjonuje ich 66.

Medycyna pracy

W latach 1999 – 2003 zadania strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego w rozdziale medycyna pracy, realizowane są obecnie

zgodnie ze znowelizowaną w 2002 roku ustawą o służbie medycyny pracy (Dz. U. z dnia 13 sierpnia 1997 r.). Na terenie Województwa Zachodniopomorskiego funkcjonują dwa Wojewódzkie Ośrodki Medycyny Pracy. Realizacją zadań w tym zakresie zajmują się również zakłady takie jak Portowy Samodzielny Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczecinie oraz Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Porta – Medyk, które są samowystarczalne w zakresie diagnozowania i prowadzenia badań profilaktycznych. Współrealizatorami zadań są także liczne publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Ich działalność w Województwie Zachodniopomorskim można ocenić jako dostateczną.

1. Profilaktyczna opieka pracowników w zakładach pracy wykonywana przez lekarzy uprawnionych przebiega prawidłowo. Młodociani przy kwalifikowaniu do zawodu badani są przez Poradnię dla Młodocianych. W trudnych przypadkach orzecznich opinie wydaje Zespół Konsultacyjny Wojewódzkich Ośrodków Medycyny Pracy.
2. W Województwie Zachodniopomorskim zarejestrowanych jest 409 lekarzy uprawnionych do wykonywania badań w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej. Liczba lekarzy uprawnionych zwiększa się. Świadczą oni usługi w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.
3. Wojewódzkie Ośrodki Medycyny Pracy dokonują stałych kontroli podstawowych jednostek medycyny pracy. Kontrole przeprowadzane są w zakładach opieki zdrowotnej: publicznych, tworzonych i utrzymywanych przez pracodawców oraz lekarzy praktykujących indywidualnie. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Szczecinie przeprowadził w bieżącym roku 49 kontroli a Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Koszalinie 7.
4. Prawidłowo są zabezpieczone badania diagnozowania i orzekania o chorobach zawodowych. Zadanie to prowadzone jest wspólnie z Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym. Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w ostatnich latach zmniejsza się, również liczba odwołań od tych orzeczeń jest mniejsza.
5. Opieka profilaktyczna nad kandydatami do szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów, którzy w trakcie nauki zawodu są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych dla zdrowia wykonywana jest w stopniu dostatecznym i we właściwym terminie. Badania te wykonywane są przez Wojewódzkie Ośrodki Medycyny Pracy oraz inne zakłady uprawnione.
6. Środki finansowe na zabezpieczenie zadań zdrowotnych z zakresu medycyny pracy pochodzą z dotacji celowej na zadania własne samorządu województwa oraz ze środków

budżetu województwa. Należy jednak stwierdzić, że wysokość dotacji budżetu państwa jest niedostateczna, a ich niedobór pokrywany jest od lat z budżetu województwa.

Poniżej przedstawia się wysokość dotacji na zadania wynikające z ustawy o medycynie pracy.

Tab. 14 Wysokość dotacji na zadania w zakresie medycyny pracy w latach 1999 - 2003

<i>Rok</i>	Wysokość dotacji z budżetu państwa	Dofinansowanie z budżetu województwa zadań budżetu państwa	Wysokość dotacji z budżetu Województwa	Koszt ogółem
1999	1 705 200	1 484 266	874 976	4 064 442
2000	1 777 000	986 785	940 900	3 704 685
2001	1 782 000	1 190 035	1 034 665	4 006 700
2002	1 330 000	1 352 155	1 933 340	3 674 595
2003	1 391 000	1 104 700	2 176 750	3 672 450

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

Powyższe zadania realizowane są, na podstawie zawartych umów przez Wojewódzkie Ośrodki Medycyny Pracy w Szczecinie, w Koszalinie oraz inne samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Celem zabezpieczenia badań i odwołania się od orzeczenia wydanego przez Wojewódzkie Ośrodki Medycyny Pracy, od 1999 roku podpisywane są umowy z Instytutami Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, Medycyny Pracy w Łodzi.

4. Lecznictwo szpitalne

Analizę sytuacji w lecznictwie szpitalnym przeprowadzono na podstawie danych statystycznych oraz informacji zakładów opieki zdrowotnej i organów założycielskich.

Jednym z istotnych założeń strategicznych w lecznictwie stacjonarnym było obniżenie kosztów jego funkcjonowania w wyniku:

- ✓ zmniejszenia liczby leczonych,
- ✓ poprawy wskaźników wykorzystania łóżek,
- ✓ skrócenia czasu pobytu chorych w szpitalu,
- ✓ redukcji lub zmiany struktury łóżek,
- ✓ organizacji alternatywnych form opieki przy zachowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Realizacja priorytetów w rozwoju leczenia szpitalnego

Do istotnych osiągnięć w opiece stacjonarnej województwa zachodniopomorskiego w ostatnich latach należą:

- ✓ przekształcenie części łóżek krótkoterminowych na łóżka długoterminowe.
- ✓ dostosowanie liczby łóżek do aktualnych potrzeb m.in. w oddziałach położniczych, dermatologicznych, okulistycznych, zakaźnych.
- ✓ poprawa wykorzystania łóżek i skrócenie czasu hospitalizacji.
- ✓ poszerzenie oferty w oddziałach dziennego pobytu: rehabilitacja, chirurgia jednego dnia, chemioterapia,
- ✓ likwidacja części zakładów poprzez łączenie i przekazywanie zadań innym organom założycielskim,
- ✓ uzyskanie Certyfikatu Akredytacyjnego przez trzy szpitale: Szpital Wojewódzki w Koszalinie i Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie oraz Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie.

Idea tworzenia **Centrów Zdrowia** jest zrealizowana w różnych formach. W wielu przypadkach rolę taką spełniło przyłączenie do szpitali, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej przy racjonalnym wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury medycznej i kadry. Takie działania realizowane były głównie na poziomie wojewódzkim.

W każdym powiecie zgodnie z priorytetowymi kierunkami rozwoju ochrony zdrowia jest zapewniona opieka szpitalna w co najmniej czterech podstawowych oddziałach oraz oddziałach lub działach intensywnej terapii.

Wyjątkiem jest jedynie Powiat Łobeski, który posiada Szpital w Resku bez oddziału pediatrycznego i położniczo-ginekologicznego.

Przegrupowanie zasobów szpitalnych

W wyniku działań restrukturyzacyjnych wynikających z dokonanych przekształceń zakładów opieki zdrowotnej nastąpiły zmiany w strukturze podległości.

W związku z tym nastąpiło:

- ✓ przekazanie przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławnie Powiatowi Sławieńskiemu,
- ✓ przyłączenie Oddziału Chorób Wewnętrznych w Darłowie do struktury Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławnie,
- ✓ wyodrębnienie Szpitala MSWiA w Kańsku ze struktury Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie,
- ✓ podzielenie Szpitala Powiatowego w Goleniowie i przekazanie szpitala w Nowogardzie Gminie Nowogard.

Tab. 15 Szpitale funkcjonujące na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 1999-2002

Lp.	Szpital wg organu założycielskiego	Liczba szpitali w 1999 r.	Liczba szpitali w 2002 r.
1.	Samorządu województwa	15	14
2.	Powiatowe w tym: Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze	19	21
3.	Gminne	0	1
4.	Kliniczne	2	2
5.	Resortowe	4	6*
6.	Niepubliczne zakłady opieki stacjonarnej	2	5
	Razem	42	49

* z 117 Szpitalem Wojskowym w Kołobrzegu

Opracowanie Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

W wielu szpitalach dokonano wewnętrznych przekształceń i zmian organizacyjnych w strukturze oddziałów i innych komórek organizacyjnych polegających na łączeniu, likwidowaniu i tworzeniu nowych.

Tab. 16 Oddziały utworzone w wyniku przekształcenia w latach 1999-2002

Nazwa utworzonej komórki	Liczba łóżek	Zakład opieki zdrowotnej
OIOM	3	Szpital Powiatowy Goleniów
o. ratunkowy	11	Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin
o.ratunkowy	10	SPSK Nr 1 Szczecin
o.rehabilitacji dla dorosłych	22	SP ZZOZ Stargard Szcz.
o.urazowo-ortoped.	19	SP ZOZ Szczecinek
o.chir.plastycznej	12	109 Szpital Wojskowy
o.endokrynologiczny	12	109 Szpital Wojskowy
o.ratunkowy	4	SP ZOZ Szczecinek
o.nefrologii i stacja dializ dla dzieci	10 5	SP ZOZ nad Dz. I M. Szczecin
Pododdział gruźlicy	12	SZGiChP Koszalin
o.ratunkowy	4	Szpital Wojewódzki Koszalin
podod.dziennej rehabilitacji i intensyw. nadzoru nad ch. z udarem	34	Szpital Wojewódzki Koszalin
podod.hepatologii	42	Szpital Wojewódzki Koszalin
podod.leczenia padaczek	34	Szpital Wojewódzki Koszalin
podod.leczenia oparzeń	25	Szpital Wojewódzki Koszalin
o.rehabilitacyjny	39	SP ZOZ Gryfice
o.leczenia ciężkich oparzeń	11	SP ZOZ Gryfice
o.ratunkowy	5	SP ZOZ Gryfice
o.opieki długoterminowej	12	SZGiChP Koszalin
chemioterapia dzienna	5	Regionalny Szpital Onkologiczny Szczecin
podod.chemioterapii	15	Szpital Zdunowo
OIOM	4	Szpital Zdunowo
o.rehabilitacyjny dz.iecejący dzienny	15	S SPZOZ Zdroje
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	29	SP ZOZ Barlinek
o.ratunkowy	6	ZOZ Kołobrzeg
o.opieki długoterminowej	36	Szpital Powiatowy Goleniów
o. rehabilitacji	20	SPZOZ Choszczno

o.ratunkowy	5	SPZOZ Choszczno
o.ginekologiczno-położniczy	34	Szpital Powiatowy Wałcz
o.ratunkowy	4	Szpital Powiatowy Goleniów
o.chirurgii urazowej z rehabilit.	10	109 Szpital Wojskowy
o.ratunkowy	3	SP ZOZ nad Dz. i Młodz. Szczecin
zakład opiekuńczo-leczniczy	18	SP ZOZ Gryfice
o.pediiatrii i neurologii dzieci.	42	S SPZOZ „Zdroje” Szczecin
podod. chirurgii dzieci.	20	SPZOZ Kamień Pom.
izba przyjęć i chirurgia 1-go dnia	4	SP ZOZ Dębno
zakład opieki leczniczej	20	SP ZOZ Dębno
o.ratunkowy	2	SPZZOZ Stargard Szcz
Stacja dializ	8	Międzynarodowe Centrum Dializ w Kołobrzegu

Opracowane na podstawie informacji organów założycielskich i zakładów opieki zdrowotnej

Nowe oddziały i komórki organizacyjne powstały w wyniku likwidacji części łóżek w oddziałach położniczo-ginekologicznych, chorób zakaźnych, pediatrycznych lub w wyniku zmiany profilu części oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych, ortopedycznych oraz izb przyjęć.

Tab. 17 Oddziały zlikwidowane w latach 1999-2002

Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba łóżek	Zakład opieki zdrowotnej
o. rehabilitacyjny	12	SP ZOZ Szczecinek
o.pielęgnacyjno-opiekuńczy	7	SP ZOZ Szczecinek
o.dermatologii kobiecej	36	Szpital Wojewódzki Szczecin
o.położniczo-ginekologiczny	64	Regionalny Szpital Onkologiczny Szczecin
o.pulmonologii i gruźlicy	70	SP ZOZ Zakład Pielęgnacyjno- opiekuńczy Tuczno
o.wzmoczonego dozoru psychiatrycznego	8	S SPZOZ Zdroje
rehabilitacja zachowawcza		Szpital Zdunowo

Opracowane na podstawie informacji organów założycielskich i zakładów opieki zdrowotnej

Część bazy oddziałów zlikwidowanych została wykorzystana na potrzeby rozszerzenia działalności innych oddziałów jak: psychiatryczne, opieki pielęgnacyjno-opiekuńczej, radioterapii, szpitalnych oddziałów ratunkowych i pododdziałów chemioterapii.

Zasoby łóżkowe

Ogólna liczba łóżek w szpitalach publicznych uległa zmniejszeniu o **377** łóżek czyli o **3,8%** i wynosi obecnie **9560** bez łóżek noworodkowych, których jest **606**. Nie wpłynęło to jednak na zmniejszenie łącznej liczby łóżek w województwie, ponieważ powstały nowe zakłady niepubliczne, które weszły w system finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Utworzone zostały **nowe zakłady niepubliczne**:

- ✓ Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SON” z Oddziałami Psychiatrycznymi w Koszalinie i w Szczecinku,
- ✓ Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Pielęgnacyjny w Szczecinku
- ✓ Hospicjum stacjonarne w Stargardzie i Witkowie.

Łączna liczba łóżek w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej wynosiła w:

- ✓ 2002 r. - **176** łóżek,
- ✓ 2003 r. – **207** łóżek.

Tab.18 Liczba łóżek w szpitalach publicznych województwa zachodniopomorskiego w latach 1999-2002

Szpitale samorządu województwa					
Lp.	Nazwa szpitala	Liczba łóżek			
		1999	2000	2001	2002
1	SP Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	965	959	959	932
2	SP ZOZ Szpital Wojewódzki w Koszalinie	747	718	684	639
3	SP Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie	567	552	561	538
4	Specjalistyczny Szpital im.prof.A.Sokołowskiego w Szczecinie	377	380	380	380
5	Specjalistyczny SP Zakład Opieki Zdrowotnej nad Dzieckiem i Młodzieżą w Szczecinie	121	128	123	104
6	Regionalny Szpital Onkologiczny w Szczecinie	199	199	233	153
7	SP Wojewódzki Zakład Gruźlicy i Chorób Płuc w Szczecinie	135	125	115	115

8	Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie	89	103	110	110
9	SP Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	496	496	448	458
10	Zespół Opieki Zdrowotnej w Kołobrzegu	400	412	422	404
11	SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławnie	180	180	150	przekazany do powiatu
12	Szpital Opieki Długoterminowej w Tucznie	106	106	106	106
13	SP Dziecięcy Ośrodek Rehabilitacji w Nowym Czarnowie	150	100	83	67 w trakcie likwidacji od 1.03.03 r.
14	Kolejowy Szpital Uzdrowski „Kolejarz” SP ZOZ w Kołobrzegu	97	103	103	105
15	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnień w Stanominie	70	70	70	78
	Razem	4699	4631	4547	4189

Szpital powiatowe

Lp	Nazwa szpitala	Liczba łóżek			
		1999	2000	2001	2002
1	SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Białogardzie	186	174	183	183
2	SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszczynie	275	270	269	274
3	Szpital Powiatowy w Drawsku Pomorskim	153	153	153	155
4	SP Szpital Rejonowy w Nowogardzie	118	118	111	111
5	SP Szpital Powiatowy w Goleniowie	166	179	151	151
6	SP ZOZ Szpital Powiatowy w Gryfinie	120	116	81	89
7	SP Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy i Opiekuńczo-Lecznicy w Gryfinie			21	21
8	SP ZOZ Zakład Psychiatryczny Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Nowym Czarnowie			42	42
9	SP Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kamieniu Pomorskim	136	140	137	127
10	SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Barlinku	122	122	122	122
11	SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Dębnie	144	144	144	144
12	SP Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Policach	143	159	169	169

13	SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Pyrzycach	258	260	218	183
14	SP Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Stargardzie Szczecińskim	413	383	361	383
15	Szpital w Resku	45	45	47	71
16	SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Połczynie Zdroju	146	130	127	150
17	SP Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Świnoujściu	158	131	132	130
18	SP Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Świnoujściu		27	27	27
19	SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławnie				173
20	SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczecinku	192	192	186	180
21	Szpital Powiatowy w Wałczu	202	160	160	160
22	ZOZ Oddział Chorób Wewnętrznych w Darłowie	22	23	23	dołączony do ZOZ Sławno
23	Szpital Miejski im. K. Boromeusza w Szczecinie	210	187	146	139
	Razem	3209	3113	3010	3184

Szpitala kliniczne

Lp.	Nazwa szpitala	Liczba łóżek			
		1999	2000	2001	2002
1.	SP Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie	578	575	595	609
2.	SP Szpital Kliniczny Nr 2 w Szczecinie	584	584	541	573
	Razem	1162	1159	1136	1182

Szpitala resortowe

Lp	Nazwa szpitala	Liczba łóżek			
		1999	2000	2001	2002
1	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej MSWiA W Szczecinie	118	150	158	165
2	109 Szpital Wojskowy W Szczecinie	299	291	315	334
3	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie	85	85	21	40
4	SP Szpital MSW i A w Kańsku			65	80
5	107 Szpital Wojskowy w Wałczu	365	357	357	386
6	117 Szpital Wojskowy w Kołobrzegu				Brak danych
	Razem	867	883	916	1005

	Łącznie wszystkie szpitale	9937	9 786	9 609	9560
--	-----------------------------------	-------------	--------------	--------------	-------------

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego ochrony zdrowia ZCOiPZ i inf. szpitali resortowych

Tab. 19 Niepubliczne zakłady opieki stacjonarnej w latach 1999-2002

Lp	Nazwa	Liczba łóżek			
		1999	2000	2001	2002
1	Hospicjum Stacjonarne w Koszalinie	6	6	6	6
2	Hospicjum Stacjonarne w Szczecinie	15	15	16	15
3	Niepubliczny Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy „Patronka” w Szczecinku	-	40	46	35
4	Niepubliczny Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ „SON” z Oddziałami w Szczecinku i Koszalinie	-	72 12*	79 12*	70 12*
5	Niepubliczny Specjalistyczny ZOZ Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnienia	-	-	-	10*
	Razem	21	93	165	176

Opracowanie na podstawie Informatora statystycznego ochrony zdrowia w 2002 r. ZCOiPZ

Z roku na rok przybywa niepublicznych zakładów opieki stacjonarnej. W **2003 r.** utworzono Hospicjum Stacjonarne Caritas w Stargardzie Szczecińskim i Witkowie z łączną liczbą 31 łóżek co wpłynęło na zwiększenie liczby łóżek w niepublicznych zakładach opieki stacjonarnej do **207**.

Tab. 20 Zmiany w strukturze łóżek krótkoterminowych, długoterminowych i psychiatrycznych w latach 1999-2002

Rodzaj opieki stacjonarnej	Liczba łóżek		Wskaźnik łóżek/10 tys. mieszkańców	
	1999	2002	aktualny	kierunkowy MZ
Krótkoterminowa	8 379	7 807	45,0	35,0
Długoterminowa*	709	914	5,3	12,0
w tym oddziały rehabilitacyjne	461	433	2,5	4,2
Psychiatryczna**	870	1 015	5,9	7,0

* razem z łózkami rehabilitacyjnymi

** razem z oddziałami dziennymi

Opracowanie na podstawie Informatora statystycznego ochrony zdrowia w 2002 r. ZCOiPZ

Przy analizie struktury łóżek brano pod uwagę zasoby szpitalne publiczne i niepubliczne. Zamierzone w strategii zmiany w strukturze łóżek nastąpiły. Należy jednak stwierdzić, że nie są one zadowalające.

Nadal za mało jest łóżek długoterminowych, psychiatrycznych i rehabilitacyjnych.

Powstawanie oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych, oddziałów dla przewlekle chorych oraz oddziałów geriatrycznych zostało wstrzymane z powodu niedostatecznego kontraktowania przez kasę chorych.

W strategii założono zmniejszenie łóżek w niektórych oddziałach z powodu ich nadmiaru i słabego wykorzystania. Zmiany te dokonano częściowo i nie są one wystarczające.

Tab.21 Zmniejszenie liczby łóżek w niektórych oddziałach opieki krótkoterminowej

Oddziały	1999	2003	Różnica		Wskaźnik łóżek/10 tys. mieszkańców	
			w liczbach	w %	aktualny	kierunkowy MZ
Laryngologiczne	247	226	- 21	- 8,5	1,3	0,7
Dermatologiczne	201	149	- 52	- 25,9	0,9	0,4
Okulistyczne	275	241	- 34	- 12,4	1,4	0,7
Pediatryczne	710	608	- 102	- 14,4	3,5	3,0
Położniczo-ginekologiczne	1258	1060	- 196	- 15,6	6,1	6,0
Gruźlicy i Chorób płuc	456	315	- 141	- 30,9	1,8	2,1

Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego ochrony zdrowia ZCOiPZ i inf. szpitali resortowych

Liczba leczonych w szpitalach przez kolejne cztery lata systematycznie się zwiększała. Stacjonarne leczenie stało się bardziej dostępne dzięki skróceniu czasu pobytu i lepszemu obłożeniu łóżek. Wzrost liczby leczonych odbył się na mniejszej bazie łóżkowej i przy mniejszych nakładach finansowych.

Inne przyczyny wzrostu leczonych w szpitalach wymagają głębszej analizy.

Tab. 22 Liczba hospitalizacji w latach 1999-2002

Szpital	1999	2000	2001	2002
Samorząd województwa	122 000	130 226	145 590	141 138
Powiatowe i gminne	103 370	113 920	119 771	132 482
Kliniczne	39 482	42 401	44 777	49 603
Resortowe	20 410	23 515	27 439	27 710
Razem	285 262	307 666	337 577	350 933

Źródło: Informator statystyczny o ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego ZCOiPZ i inf. szpitali resortowych

W 2002 r. leczonych było o 65 571 pacjentów więcej niż w roku 1999 co oznacza wzrost o prawie 23 %.

Stopień wykorzystania łóżek w porównaniu do stanu z przed 4 lat uległ poprawie o około 6,6 %. W 2002 r. średnie wykorzystanie łóżek wynosiło 74,8 %. Natomiast za efektywne uważa się przeciętne wykorzystanie w granicach co najmniej 85%.

Przyczyną trudności w osiągnięciu lepszego wskaźnika obłożenia łóżek jest istnienie jeszcze takich oddziałów, które są nadal wykorzystane niewystarczająco, są to oddziały:

- Chorób zakaźnych 60,3%
- Położniczo-ginekologiczne 63,6%
- Okulistyczne 66,1%
- Pediatryczne 70,8%
- Gruźlicy i chorób płuc 71,7%

Trudno jednoznacznie określić przyczynę takiego stanu. Można założyć, że w oddziałach zachowawczych np. w oddziałach gruźlicy i chorób płuc oraz pediatrycznych na niskie obłożenie łóżek miały wpływ limity kasy chorych ograniczające przyjmowanie większej ilości pacjentów. Należy jednak podkreślić iż w 2001 r. uwolniono rynek w oddziałach zabiegowych, tak więc wykorzystanie łóżek np. w oddziałach położniczo-ginekologicznych czy też okulistycznych na poziomie 63,6% i 66,1 % może wskazywać, że nie było większego zapotrzebowania na procedury tego rodzaju. Wynika z tego, że nie ma ryzyka utrzymania ograniczenia wolnego rynku usług zabiegowych. Powrót do limitowania procedur w oddziałach zabiegowych może spowodować tworzenie się kolejek oczekujących na leczenie.

Tab. 23 Średnie wykorzystanie łóżek w % w szpitalach publicznych w latach 1999-2002

Szpital	1999	2000	2001	2002
Samorząd województwa	74,0	77,7	74,0	81,5
Powiatowe i gminne	70,1	75,9	74,9	74,5
Kliniczne	79,6	83,5	76,6	80,8
Resortowe	63,5	70,7	75,3	76,8
Razem	71,8	76,9	75,2	78,4

Źródło: Informator statystyczny o ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego ZCOiPZ i inf. szpitali resortowych

Przeciętny czas pobytu zgodnie z zamierzeniem strategii w szpitalach województwa został skrócony z 9 dni w 1999 r. do 7 dni w 2002 r.

Tab. 24 Przeciętny czas pobytu w szpitalach w latach 1999-2002

Szpital	1999	2000	2001	2002
Samorząd województwa	9,9	8,9	8,0	8,0
Powiatowe i gminne	9,9	7,5	6,7	6,4
Kliniczne	8,5	8,4	7,7	7,2
Resortowe	8,0	7,8	7,1	6,6
Razem	9,0	8,1	7,4	7,0

* bez opieki długoterminowej i psychiatrycznej oraz rehabilitacji

Źródło: Informator statystyczny o ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego ZCOiPZ i inf.szpitali resortowych

Należy sądzić, że na skrócenie czasu hospitalizacji miał wpływ postęp technologii medycznych, unowocześnienie sprzętu i aparatury medycznej do diagnostyki i leczenia pacjentów.

Dłuższy czas pobytu pacjenta obserwuje się w szpitalach samorządu województwa i szpitalach klinicznych. Jest to rezultatem bardziej skomplikowanych procesów terapeutycznych w oddziałach specjalistycznych i wysokospecjalistycznych.

Opieka długoterminowa

Rozwój opieki długoterminowej wbrew planom wynikających z reformy ochrony zdrowia został zahamowany. Jednym z powodów było niedostateczne kontraktowanie tych świadczeń zdrowotnych przez kasę chorych zarówno pod względem ilościowym jak i jakościowym. Narodowy Fundusz Zdrowia nadal nie planuje kontraktowania zgodnego z zapotrzebowaniem. Taki stan rzeczy może spowodować utrzymywanie się lub wzrost kosztów leczenia w oddziałach krótkoterminowych gdzie z konieczności będą leczeni również przewlekłe chorzy z powodu braku możliwości dalszej opieki w tańszych zakładach opieki długoterminowej.

Dążenie do zabezpieczenia w opiece długoterminowej 12 łóżek/10 tys. mieszkańców jest dalekie do osiągnięcia. W roku 2003 wskaźnik ten dla opieki długoterminowej razem z łózkami rehabilitacyjnymi wyniósł 5,3 łóżek/10 tys. mieszkańców.

Udało się przekształcić Szpital w Tucznie w Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy. Oddziały Pielęgnacyjno-Opiekuńcze w Gryficach i Barlinku przekształcono w Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze, co pozwoli zgodnie z przepisami pobieranie częściowej odpłatności za pobyt pacjenta w zakładzie.

Doszło do zmniejszenia się liczby łóżek geriatrycznych z 69 łóżek do 42 w wyniku zlikwidowania krótko funkcjonującego oddziału geriatrycznego w Szpitalu Miejskim w Szczecinie.

Zrezygnowano z dalszego utrzymywania oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego w Choszcznie i Szczecinku.

Nadal odczuwany jest brak zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych na terenie województwa.

Tab. 25 Zakłady i oddziały opieki długoterminowej – wg stanu na koniec czerwca 2003 r.

Lp	Nazwa zakładu	Liczba łóżek	Liczba leczonych
1	SP Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Świnoujściu	32	160
2	SP Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy i Opiekuńczo-Lecznicy w Gryfinie	23	212
3	Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Pielęgnacyjny „Patronka” w Szczecinku	35	193
4	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Barlinku	29	203
5	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Gryficach	18	127
6	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Tucznie	87	650
7	Oddział opieki długoterminowej w Szpitalu Miejskim w Szczecinie	23	255
8	Oddział opieki długoterminowej w Szpitalu Powiatowym w Goleniowie	30	295
9	Oddział Opiekuńczo-Lecznicy w Dziecięcym Ośrodku Rehabilitacji w N. Czarnowie	10	130
10	Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w ZOZ w Kołobrzegu	12	83
11	Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Szpitalu w Resku	38	902
12	Oddział Opiekuńczo-Lecznicy w Szpitalu Powiatowym w Policach	6	67
13	Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Szpitalu Powiatowym w Pyrzycach	18	191
14	Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Szpitalu Powiatowym w Połczynie Zdroju	15	105
15	Oddział Geriatryczny w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie	42	427
16	Pododdział opieki długoterminowej w Specjalistycznym Zakładzie Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie	10	
17	Hospicja	54	275
	Razem	481	4 275

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2002 r. i inf. samorządów terytorialnych

Opieka hospicyjno-paliatywna stacjonarna zabezpieczana jest głównie przez placówki hospicyjne. Oprócz funkcjonujących dotychczas dwóch hospicjum w Koszalinie i w Szczecinie powstało nowe hospicjum utworzone przez Caritas z placówkami w Stargardzie Szczecińskim i Witkowie o łącznej liczbie łóżek 31.

Również w Szpitalu w Policach utworzono 2 łóżka opieki paliatywnej.

Tab.26 Liczba łóżek hospicyjno-paliatywnych w roku 1999 i 2003

Opieka hospicyjno-paliatywna	1999	2003
Hospicjum stacjonarne w Koszalinie	6	6
Hospicjum stacjonarne w Szczecinie	15	15
Hospicjum Caritas Dom Św. Józefa w Stargardzie Szczecińskim	-	15
Hospicjum Caritas Dom Św. Józefa w Witkowie	-	16
Szpital Powiatowy w Policach	-	2
Razem	21	54

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim za 2002 r. ZCOiPZ oraz informacje samorządów terytorialnych

Wzrost liczby łóżek w opiece hospicyjno-paliatywnej w 2003 r. nastąpił w związku z utworzeniem nowego niepublicznego hospicjum. Dzięki temu osiągnięto **wskaźnik 0,3 łóżek/10 tys. mieszkańców. Wskaźnik kierunkowy wynosi 0,5/10 tys. mieszkańców** czyli potrzebnych jest w województwie **87 łóżek** opieki hospicyjno-paliatywnej.

Lecznictwo psychiatryczne

Strategia zakłada zwiększenie do 2015 r. liczby łóżek psychiatrycznych o 30%. W ciągu pierwszych 3 lat wdrażania strategii przybyło w województwie 16,7% łóżek.

Nowe oddziały funkcjonują w:

- ✓ Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej SON w Koszalinie – oddział ogólnopsychiatryczny,
- ✓ Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej SON w Szczecinku – oddział ogólnopsychiatryczny,
- ✓ Niepublicznym ZOZ „ANON” w Koszalinie –oddział dzienny terapii uzależnień od alkoholu,
- ✓ Szpitalu Miejskim w Świnoujściu -oddział dzienny terapii uzależnień.

Tab. 27 Liczba łóżek w opiece psychiatrycznej

Oddziały psychiatryczne	1999	2002	Różnica-wzrost łóżek		Wskaźnik łóżek/10 tys. mieszkańców	
			w liczbach	w %	aktualny	kierunkowy MZ
Stacjonarne	738	871	+ 133	+ 18,0%	X	X
Dzienne	132	144	+ 12	+ 9,1%	X	X
Razem	870	1015	+ 145	+ 16,7%	5,9	7,0

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim w 2002 r. ZCOiPZ oraz informacje szpitali resortowych

W rezultacie wdrażania strategii przybyło w województwie 133 łóżek stacjonarnych i 12 dziennych. Zgodnie z programem rozwoju opieki psychiatrycznej oddziały ogólnopsychiatryczne powinny powstawać w szpitalach ogólnych przy uwzględnieniu wskaźnika 1,6 łóżek/10 tys. mieszkańców powiatu. W planie strategii zakładano powstanie takich oddziałów w Choszcznie, Stargardzie Szczecińskim i Szczecinku. Nie powstały dotychczas oddziały psychiatryczne w Choszcznie i Stargardzie Szczecińskim.

Onkologia

Rozwój leczenia onkologicznego związany jest przede wszystkim z:

- ✓ zakupem nowego sprzętu do leczenia radioterapią,
- ✓ rozbudową specjalnych pomieszczeń na urządzenia do naświetlań,
- ✓ utworzeniem dodatkowych miejsc leczenia chemioterapią i radioterapią.

Leczenie chorób nowotworowych w województwie zachodniopomorskim opiera się głównie na Regionalnym Szpitalu Onkologicznym w Szczecinie, który jako jedyny w regionie posiada radioterapię. Z uwagi na zwiększające się zapotrzebowanie na leczenie onkologiczne szpital poszerzył ofertę udzielanych świadczeń. Dziś **radioterapia** dysponuje 141 miejscami w tym 80 miejsc hotelowych wynajmowanych jest w pobliskim Domu Rekolekcyjnym. W 1999 r. radioterapia dysponowała łączną liczbą 63 łóżek.

Oprócz zwiększonej liczby łóżek w oddziale radioterapii wprowadzono również tzw. radioterapię ambulatoryjną, która rocznie świadczy usługi na rzecz 1531 pacjentów.

Unowocześniając bazę terapeutyczną szpital zakupił:

- ✓ mammotom z osprzętem stosowany do leczenia nowotworów piersi,
- ✓ nowe urządzenie kobaltowe do radioterapii.

Radioterapia wykonywana jest obecnie z wykorzystaniem 4 urządzeń kobaltowych.

Rozwój **chemioterapii** jest łatwiejszy ze względów organizacyjnych. Obecnie jest ona wykonywana w kilku zakładach na terenie województwa zarówno w formie opieki stacjonarnej jak i opieki dziennej.

Tab. 28 Liczba łóżek do leczenia chemioterapią

Łóżka	1999	2002	Liczba łóżek	
			w liczbach	w %
Stacjonarne	54*	153*	+ 99	+ 183%
Dzienne	5	13	+ 8	+ 160%
Razem	59	166	+ 107	+ 181%

* razem z wydzielonymi łózkami do chemioterapii w innych oddziałach

Oprac. na podstawie Informatora statystycznego ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim w 2002 r. ZCOiPZ oraz informacje samorządów terytorialnych i szpitali

Wzrost liczby łóżek w oddziałach chemioterapii nastąpił dzięki tworzeniu w oddziałach gruźlicy i chorób płuc oraz w oddziałach chorób wewnętrznych warunków do podawania leków cytostatycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi i standardami postępowania.

W ostatnich latach duże zaangażowanie wykazano w sprawie rozwoju **hematoonkologii dziecięcej**. Rozbudowa tego oddziału odbywa się na bazie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1. Jest to jedyny tego rodzaju ośrodek w województwie.

Alternatywne formy opieki stacjonarnej

Tworzenie nowych form opieki alternatywnej to jedno z ważniejszych zadań zapisanych w strategii ze względu na potrzebę obniżenia kosztów w szpitalnictwie, skrócenie czasu terapii i umożliwienie choremu szybkiego powrotu do środowiska domowego. Nie obserwuje się jednak dynamicznego rozwoju oddziałów dziennych, chirurgii i diagnostyki jednodniowej.

Z informacji przekazanych przez zakłady opieki zdrowotnej wynika, że powstały następujące **nowe formy opieki**:

- ✓ Oddziały Dienne:
 - okulistyczny 8 łóżek
 - rehabilitacji 15 łóżek
 - chemioterapii 3 łóżka
- ✓ Jednodniowa diagnostyka 2 łóżka
- ✓ Chirurgia jednego dnia 16 łóżek

Tab. 29 Liczba leczonych w oddziałach dziennych w roku 1999 i 2002

Forma opieki	1999	2002	Różnica
Oddziały dzienne	3 663	9 181	+ 5 518
Chirurgia jednego dnia	521	7 716	+ 7 195
Diagnostyka jednodniowa	361	521	+ 160

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim w 2002 r. ZCOiPZ oraz informacje samorządów terytorialnych i szpitali

Liczba leczonych w oddziałach dziennych wzrosła znacznie, co świadczy o zwiększeniu intensywności leczenia dziennego i jednodniowego, które nie zawsze jest określane liczbą łóżek, ponieważ opieka ta często nie funkcjonuje w formie wyraźnie wyodrębnionych łóżek czy też miejsc. Zwiększona się liczba leczonych świadczy o potrzebie rozwoju opieki dziennej i jednodniowej.

Prowadzenie list oczekujących na leczenie szpitalne

Dostępność do leczenia szpitalnego mimo dosyć równomiernego rozmieszczenia szpitali na terenie województwa jest zróżnicowana. Przyczyną takiej sytuacji jest między innymi prawo do swobodnego wyboru szpitala przez pacjentów oraz zwiększone zapotrzebowanie na niektóre specjalności medyczne.

Obowiązek prowadzenia **list oczekujących** wynika z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Większość szpitali właściwie dokumentuje oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Ponieważ nie ma wzoru książki oczekujących na przyjęcie do szpitala, szpitale realizują ten obowiązek w różnorodny sposób. Poniższa tabela zawiera informacje o najczęstszych miejscach i przyczynach oraz czasie oczekiwania i zasadach tworzenia listy oczekujących.

Tab. 30 Informacje dotyczące osób oczekujących na leczenie szpitalne wg oddziałów

Oddział	Najczęstsze przyczyny oczekiwania	Czas oczekiwania	Zasady tworzenia listy oczekujących
chorób wewnętrznych	ograniczone możliwości diagnostyczne, limity	30 dni	według pilności wskazań, terminów i cykli leczenia
chirurgii ogólnej	ograniczone możliwości diagnostyczne, limity, szczepienia WZW	30 dni	według kolejności zgłoszeń
chirurgii dziecięcej	posiadanie wolnych łóżek w nagłych przypadkach	30-40 dni	według potrzeb pacjentów

pediatryczny	plan zabiegów endoskopowych	2 tyg,	według planowanych zabiegów endoskopii, cystografii
położniczo-ginekologiczny	limity	2-3 m-ce	według wytycznych NFZ
ginekologiczny	duża liczba pacjentek	14 dni	według kolejności
laryngologiczny	dużo operacji przegrody nosa, limity	14 dni	według kolejności
okulistyczny	długi czas przygotowania pacjenta, limity	14 dni do 3 m-cy /zaćma/	według kolejności
dermatologiczny	brak miejsc	14 dni	według kolejności
kardiologiczny	niewystarczająca ilość aparatury diagnostycznej	6-8 tyg	według pilności wskazań,
chirurgii urazowo-ortopedycznej	limity	2-3 m-ce	według planu zabiegów
	limity	1,5 roku	według planu na protezy cementowe
	limity	5 lat	według planu na protezy bezcementowe
ortopedyczny dziecięcy	ograniczone możliwości zabiegowe	30 dni,	według charakteru zabiegu
rehabilitacyjny	limity, mało łóżek, ograniczony czas leczenia	2 tyg.do 12 m-cy	według etapu procesu terapeutycznego
pielęgnacyjno-opiekuńczy	brak miejsc	2 mies.	według kolejności zgłoszeń
opiekuńczo-leczniczy	limity	1mies.	kolejność zgłoszeń
psychiatryczny	duża liczba pacjentek	30 dni	według potrzeb pacjentów
odwykowy	limity	3 m-ce	kolejność zgłoszeń
neurologiczny	limity	30 dni,	według cyklu leczenia
neurochirurgiczny	limity	2 m-ce	według pilności wskazań,
urologiczny	duża liczba pacjentów	10-14 dni	według kolejności
leczenia oparzeń /leczenie blizn pooperacyjnych/	limity	2 m-ce	według pilności wskazań,

radioterapii	niedostateczne wyposażenie w aparaturę medyczną niedostateczna liczba łóżek	według wskazań życiowych, odstępu od chemioterapii i zabiegu oper.
--------------	--	--

Oprac. na podstawie informacji organów założycielskich i zoz-ów

Najwięcej chorych oczekuje do szpitali posiadających oddziały specjalistyczne tzn. do:

- ✓ Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie,
- ✓ Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie,
- ✓ SP Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach,
- ✓ 109 Szpital Wojskowy w Szczecinie.

Listy oczekujących są jawne a dokumentowane są w formie:

- ✓ Listy wg wzoru z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- ✓ Księgi oczekujących,
- ✓ Książki uzgodnień,
- ✓ Rejestru oczekujących.

Trudno jednoznacznie ustosunkować się do ilości osób oczekujących na leczenie szpitalne, ponieważ uzyskane z ankiet informacje okazały się niekompletne. Problematyka dotycząca list oczekujących będzie dalej obserwowana.

Stan sanitarno-techniczny szpitali

Ocena stanu sanitarno-technicznego szpitali jest corocznie sporządzana przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. Dokument ten informuje zarówno o pozytywnych zmianach dokonanych w szpitalach jak też wskazuje na problemy i konieczność poprawienia sytuacji sanitarno-technicznej szpitali.

Wnioski wynikające z oceny stanu sanitarno-technicznego szpitali:

- ✓ wiele szpitali funkcjonuje w budynkach starych, niedostosowanych do potrzeb zakładu opieki zdrowotnej i wymogów stawianych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,
- ✓ prowadzone remonty i modernizacje poprawiają stan techniczny oddziałów szpitalnych ale z powodu ograniczonej powierzchni lokalowej w niektórych szpitalach

niemożliwe są zmiany pozwalające na całkowite dostosowanie do wymaganych norm powierzchniowych i sanitarnych,

- ✓ nastąpiła poprawa stanu techniczno-sanitarnego izb przyjęć i bloków operacyjnych,
- ✓ wiele oddziałów szpitalnych wymaga modernizacji i remontów, często decyzje administracyjne inspekcji sanitarnej są prolongowane na prośbę dyrektorów szpitali,
- ✓ nastąpiła modernizacja systemów ciepłowniczych w Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie, Specjalistycznym ZOZ „Zdroje” w Szczecinie,
- ✓ sprzątanie w 10 szpitalach zlecane jest profesjonalnym firmom zewnętrznym,
- ✓ gospodarka odpadami jest prowadzona zgodnie z posiadanymi zezwoleniami i zatwierdzonymi programami gospodarki odpadami, 6 szpitali zleca utylizację odpadów firmom zewnętrznym,
- ✓ większość szpitali posiada centralne sterylizatornie, nieliczne szpitale nie wycofały jeszcze sterylizacji suchym powietrzem, sterylizacja plazmą odbywa się tylko w dwóch szpitalach – Specjalistycznym Szpitalu im. A.Sokołowskiego w Szczecinie i w Szpitalu Klinicznym Nr 2 w Szczecinie, komory dezynfekcyjne znajdują się w 11 szpitalach.

Tab. 31 Metody sterylizacji stosowane w szpitalach województwa zachodniopomorskiego

Nazwa jednostki	Centralna sterylizatornia Jest (+)	Sterylizacja parowa - liczba autoklawów	Sterylizacja suchym powietrzem - liczba sterylizatorów	Inne rozwiązania sterylizacyjne	Komora dezynfekcyjna
Szpital Rejonowy w Nowogardzie	+	1	2	gazowa	nieczynna
SPZOZ Świnoujście	+	4			
Szpital Powiatowy Wałcz	+	4			1
Szpital Powiatowy Szczecinek	+	1		gazowa	
Szpital Powiatowy w Sławnie	+	2		umowa z firmą na gazową	
SPZZOZ Stargard Szcz.	+	3			
SPZOZ Łobez	+	1			1
SPZZOZ Myslibórz	+	2		gazowa	1
ZOZ Kołobrzeg	+	5		gazowa	1
SPZZOZ Kamień Pom.	+		1		1

Szpital Powiatowy Gryfino	+	1		gazowa	
Szpital Powiatowy Goleniów	+	1	1		
Szpital Powiatowy w Drawsku Pom.	+	1		parowo-formaldehydowy	1
SPZOZ Choszczno	+	1		formaldehydowa	
Szpital Powiatowy Białogard	+	1		chemiczna	1
ZOZ MSWiA Koszalin	+	1			
109 Szpital Wojskowy	+	2		formaldehydowa, tlenek etylenu, dezynfektor	
107 Szpital Wojskowy Wałcz		7	3	gazowa	
Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	+	5	4	tlenek etylenu	
SPWZ Gruźlicy i Ch. Płuc Szczecin	+	3			
SPZZOZ Gryfice	+	2		tlenek etylenu	
SPZOZ ZPO Tuczno		1	1		
Szpital Wojewódzki Koszalin	+	4		tlenek etylenu	1
SZ Gruźlicy i Ch. Płuc Koszalin		1		gazowa	
SSPZOZ Nad Dz. i M. Szczecin	+	2		gazowa	
Specjalistyczny Szpital Szczecin-Zdunowo	+	3			1
SPSZOZ „Zdroje” Szczecin	+	2	2	gazowa	1
Regionalny Szpital Onkologiczny Szczecin	+	2		gazowa	

Oprac. na podstawie informacji samorządów ter. i zoz-ów

Akredytacja szpitali

Poddanie się procesowi akredytacji jest dobrowolne a inicjatywa zgłoszenia wypływa od samego zakładu opieki zdrowotnej. Szpital przystępujący do przeglądu akredytacyjnego musi sprostać określonym standardom akredytacyjnym, których osiągnięcie sprawdza Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

W województwie zachodniopomorskim dotychczas zewnętrznej ocenie poddały się 3 szpitale uzyskując Certyfikat Akredytacyjny na okres 3 lat.

- ✓ Szpital Wojewódzki w Koszalinie z datą ważności do 8.01.2004 r.
- ✓ Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie z datą ważności do 13.06.2005 r.
- ✓ Specjalistyczny ZOZ „Zdroje” w Szczecinie z datą ważności do 8.01.2006 r.

Dzięki przystąpieniu do procesu akredytacji w szpitalach tych w sposób stały stymulowane jest dążenie do wysokiego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez utrzymywanie standardów akredytacyjnych.

Dotychczas jednak fakt posiadania Certyfikatu Akredytacyjnego nie był brany przez kasę chorych przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych. Brak premiowania takich szpitali być może przyczynił się do słabego zainteresowania innych szpitali uzyskaniem akredytacji.

Lecznictwo uzdrowiskowe

Na terenie województwa zachodniopomorskiego znajdują się cztery uzdrowiska należące do Unii Uzdrowisk Polskich: **Świnoujście, Kołobrzeg, Kamień Pomorski i Polczyn Zdrój.**

W roku 1999 odnotowano **45** zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. W roku 2003 na terenie województwa funkcjonuje **73** zakładów oferujących usługi leczenia uzdrowiskowego. W tym istnieją:

- ✓ Szpitale uzdrowiskowe -13
- ✓ Sanatoria uzdrowiskowe -36
- ✓ Zakłady przyrodolecznicze - 7
- ✓ Przychodnie uzdrowiskowe - 5
- ✓ Sanatoria rehabilitacyjne -11
- ✓ Prewentoria uzdrowiskowe - 1

Z 73 placówek lecznictwa uzdrowiskowego, **37** jednostek stanowi **spółki Skarbu Państwa**, **34** to jednostki **prywatne**, natomiast **2** podlegają **samorządów terytorialnym**. Samorządowi województwa podlega Szpital Uzdrowiskowy „Kolejarz” w Kołobrzegu z aktualną liczbą łóżek 105.

Baza strukturalna od roku 1999 stopniowo poprawia się ilościowo jak i jakościowo, o czym świadczą coraz szerszy wachlarz usług proponowanych przez zakłady i warunki ich udzielania. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego w Zachodniopomorskim są **sprofilowane**

według schorzeń. Najczęściej są to: choroby narządy ruchu, układu oddechowego, krążenia, reumatologiczne i ortopedyczne oraz neurologiczne.

Każdego roku przybywa kuracjuszy w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Baza łózkowa zwiększyła się z liczby **8 409** w roku 1999 do liczby **9 763** łózek w roku 2002.

Nie udało się zmienić trybu kwalifikowania na turnusy i nie było możliwe odstępianie od przyjętego schematu na uzależnieniowy od stanu zdrowia pacjenta. Jednoczesne limitowanie zabiegów przez płatnika ograniczało w znacznym stopniu realizację skierowania we właściwym dla pacjenta czasie.

C. RATOWNICTWO MEDYCZNE

Zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym na terenie województwa stopniowo od roku 2002 jest wdrażany Program pn. „**Zintegrowane Ratownictwo Medyczne**” stanowiący integralną część systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. **Osobą odpowiedzialną za zabezpieczenie ratownictwa medycznego regionu jest bezpośrednio Wojewoda lub powołany przez niego właściwy Pełnomocnik**, który każdego roku przygotowuje Program działań ratowniczych według wytycznych szczegółowego rozporządzenia i na podstawie rocznych powiatowych planów zabezpieczenia medycznych działań ratunkowych.

Program ten obejmuje:

- tworzenie **Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych**,
- uruchamianie nowych **zespołów ratownictwa medycznego**,
- organizację **Centrów Powiadamiania Ratunkowego**,

Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR)

Według Strategii **1 Szpitalny Oddział Ratunkowy winien przypadać na 100-300 tys. mieszkańców**. Dlatego w województwie docelowa ilość szpitalnych oddziałów ratunkowych będzie wynosić **14**. Oddziały te są uruchamiane na bazie modernizowanych szpitalnych izb przyjęć i istniejących przy nich oddziałach intensywnej opieki medycznej. Finansowanie pochodzi ze środków Ministerstwa Zdrowia. Podstawowym płatnikiem świadczeń udzielanych przez SOR-y powinien być wojewódzki oddział Funduszu.

Poniżej określono rozmieszczenie SOR-ów i stan realizacji tego zadania według przekazanych informacji.

Tab. 32 Lokalizacja szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie województwa

Lp.	Nazwa jednostki	Liczba łózek		Lekarze		Liczba pielęgniarek
		obecna	docelowa	wg specjalizacji	liczba	
Oddziały uruchomione						
1	SP Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	11	11	anestezjologia i intens.ter.	1	14
				interna	1	
				bez specjalizacji	3	
2	SPSK Nr 1 Szczecin	10	15	anestezjologia i intens.ter.	3	23
				medycyna ratunkowa i intensywna terapia	4	
3	Szpital Wojewódzki Koszalin	6	8	x	2	16
4	S SP ZOZ nad Dz. i M. Szczecin	3	3	chirurgia dziecięca i medycyna ratunkowa	1	8
				chirurgia dziecięca	1	
5	Szpital Powiatowy Szczecinek	4	6	medycyna ratunkowa i intensywna terapia	1	11
				anestezjologia i intens.ter.	4	
				chirurgia	4	
				internista	8	
				pediatria	1	
6	SPZZOZ Gryfice	5	5	x	12	18
7	ZOZ Kołobrzeg	6	6	x	15	33
Oddziały nie uruchomione						
8	SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZDUNOWO	izba przyjęć	5	x	x	x
9	SPZZOZ STARGARD SZCZ.	2	8	x		x
10	SZPITAL POWIATOWY GOLENIÓW	x	4	x	x	x
11	SZPITAL POWIATOWY DRAWSKO POM.	x	x	x	x	X
12	SZPITAL POWIATOWY PYRZYCE	X	x	x	x	x
13	SZPITAL POWIATOWY POLICE	x	x	x	x	x
14	SPZOZ CHOSZCZNO	5	5	x	x	x

Oprac. na podstawie informacji z samorządów i WSPR w Szczecinie

x – brak danych

Z uwagi na brak podstaw prawnych do organizacji i funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych trudno jest określić stan zabezpieczenia tych oddziałów pod względem niezbędnej ilości łóżek, liczby lekarzy i pielęgniarek.

Zespoły Ratownictwa Medycznego

Zgodnie ze Strategią, **1 ambulans ratunkowy przypada na 50-100 tys. mieszkańców**. Natomiast czas przybycia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego /od chwili wydania przez dyspozytora medycznego dyspozycji wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego/ wynosi:

- do **8 minut dla 80%** wezwań w **aglomeracji miejskiej**,
- do 15 minut dla 80% wezwań poza aglomeracją miejską,
- maksymalny czas dojazdu nie może być dłuższy niż 20 minut w aglomeracji miejskiej i 30 minut poza aglomeracją miejską.

W poniższych tabelach określona została liczba ambulansów i standaryzacja czasu przybycia na miejsce.

Tab. 33 Liczba zespołów ratownictwa medycznego na terenie województwa w 2002 r.

Lokalizacja	Liczba ambulansów typu R	Liczba ambulansów typu W
Koszalin	2	5
Szczecin	7	7
Świnoujście	1	1
Białogardzki	1	1
Choszczeński	1	1
Drawski	3	1
Goleniowski	3	2
Gryficki	2	1
Gryfiński	4	2
Kamieński	2	2
Kołobrzeski	1	1
Łobeski	2	0
Myśliborski	3	2
Policki	1	1
Pyrzycki	1	1
Sławieński	1	3
Stargardzki	3	1
Szczecinecki	1	2
Świdwiński	1	1
Wałecki	1	2
Razem	41	37

Oprac. na podstawie Pełnomocnika Wojewody ds.ratownictwa medycznego

Według Pełnomocnika Wojewody ocena funkcjonowania zespołów wyjazdowych w latach porównywalnych wskazuje na następujące fakty:

- ✓ **wzrasta liczba wyjazdów do zachorowań,**
- ✓ **wzrasta liczba wyjazdów do wypadków.**

Tab. 34 Standaryzacja czasu przybycia na miejsce zdarzenia

Lata	Aglomeracja miejska 8 min dla 80 %	Poza aglomeracją miejską 15 minut dla 80 %
	Udział %	Udział %
1999	30	30
2000	35	30
2001	50	40
2002	60	60
2003	75	70

Oprac. na podstawie Pełnomocnika Wojewody ds. ratownictwa medycznego

Analiza zebranych informacji pozwoliła określić stopień wdrażania standaryzacji czasu przybycia na miejsce zdarzenia w kolejnych latach. W obu obszarach wartości te zbliżają się do jej optimum, czyli 80 %.

Centra Powiadamiania Ratunkowego (CPR)

Centrum Powiadamiania Ratunkowego jest zintegrowanym stanowiskiem koordynującym działania ratownicze wszystkich podmiotów ratownictwa wchodzących w skład systemu. Wprowadzenie Centrów ma zmniejszyć rozproszenie dyspozytorni i wprowadzić standardy przyjmowania zgłoszeń i dysponowania jednostkami ratowniczymi. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym zakłada, że organizacja i koordynacja Centrów na minimum 300 000 osób należy do Starostów.

W Województwie Zachodniopomorskim jest 21 powiatów, natomiast liczba Centrów Powiadamiania Ratunkowego według Programu Wojewody Zachodniopomorskiego, ma wynosić 7: Koszalin, Szczecin, Stargard Szczeciński, Goleniów, Gryfice, Pyrzyce i Drawsko.

Według informacji Pełnomocnika Wojewody, żaden powiat nie utworzył Centrum z powodu braku środków finansowych.

Stan przygotowań wymienionych prac organizacyjnych jest różny. Są one mniej lub bardziej zaawansowane. Najczęściej jest to etap posiadania lokalizacji, natomiast największy problem stanowią rozbudowa i prace adaptacyjne oraz wyposażenie w niezbędny sprzęt komputerowo-łącznościowy.

Roczne powiatowe plany zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych

Każdego roku powiaty opracowywały roczne plany zabezpieczenia świadczeń w zakresie medycyny ratunkowej z uwzględnieniem aktualnej diagnozy i zagrożeń stanu zdrowia na swoim terenie. Następnie na ich podstawie wojewoda tworzył wojewódzki plan, a Minister Zdrowia go zatwierdzał. Opracowanie planów i ich zatwierdzenie wykonano w ustawowych terminach.

D. PROFILAKTYKA I PROMOCJA ZDROWIA

Działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia wynikały głównie z **Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2005 i ze światowej rezolucji Zdrowie XXI – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku oraz ustaw samorządowych**. Prowadzone były na wszystkich szczeblach administracyjnych i przez wiele podmiotów z terenu Województwa Zachodniopomorskiego. **Nadal na terenie województwa nie ma instytucji, która by miała pelen zakres informacji w tym zakresie, a także pełniłaby rolę koordynatora**. Ponadto, **ilość środków na ten cel jest ciągle niedostateczna**, a potrzeby promocji zdrowia i edukacji w tym zakresie ustawicznie wzrastają. **Analizując przekazane informacje od samorządów należy podkreślić ich wysokie zaangażowanie w tą część sektora zdrowotnego**. Mimo niedostatecznych środków na usługi medyczne potrafiły wielokrotnie inicjować nowe działania lub współuczestniczyć w propozycjach programowych innych instytucji.

Strategia określiła, iż rozwój województwa jest ściśle powiązany z potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości życia mieszkańców. W polityce długofalowej samorządu składają się na to m.in.:

- ✓ przeciwdziałanie wzrostowi rozpowszechnienia chorób będących najczęstszymi przyczynami zgonów,
- ✓ zwiększenia skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym poprzez pełną wyszczepialność,
- ✓ profilaktyka HIV/AIDS,
- ✓ profilaktyka gruźlicy,
- ✓ zmniejszenie spożycia alkoholu,
- ✓ zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu,
- ✓ ograniczenie używania środków psychoaktywnych,

Podmioty uczestniczące w monitorowaniu Strategii nadesłały bardzo obszerne informacje w zakresie działań profilaktycznych i promocyjnych na swoim terenie. Poniżej przedstawiono syntezę opisanych zagadnień.

Samorządy gminne

Na terenie gminy zadania te realizują głównie zakłady podstawowej opieki zdrowotnej publiczne i niepubliczne, jak też samorządy. Około 30 % samorządów gminnych realizuje

zadania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia poprzez inicjowanie określonych działań i w ramach posiadanych środków finansowych.

Samorządy gminne poprzez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych dysponują pełnym obrazem tej patologii społecznej. Na tej podstawie prowadzone były programy skierowane do uczniów szkół i ich rodzin.

Najczęstszymi realizatorami założonych programów byli: lekarze, pielęgniarki i położne, terapeuci.

Poniżej zostały podane najczęściej realizowane programy:

- ✓ Wychowanie w trzeźwości – skierowany do uczniów szkół i ich rodzin.
- ✓ Profilaktyka nowotworów piersi, szyjki macicy, prostaty i jelita grubego.
- ✓ Zdrowie w cukrzycy.
- ✓ Badania przesiewowe raka piersi u kobiet.
- ✓ Profilaktyka chorób układu krążenia.
- ✓ Profilaktyka osteoporozy.
- ✓ Profilaktyczne badania gęstości kości.
- ✓ Profilaktyka chorób płuc.

Samorządy powiatowe

Działania powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia opiera się na inicjatywach lokalnych i działaniach lokalnych animatorów tych zadań. Finansowanie przyjętych programów pochodzi ze środków własnych samorządów, Narodowego Funduszu Zdrowia, uprzednio kasy chorych, a także Ministerstwa Zdrowia.

Najczęstsze problemy i potrzeby zdrowotne realizowane w programach profilaktycznych to:

- ✓ Profilaktyka kardiologiczna.
- ✓ Problem cukrzycy.
- ✓ Alergie.
- ✓ Przesiewowe badania poziomu cukru i cholesterolu.
- ✓ Nowotwory i profilaktyka nowotworowa.
- ✓ Narkomania.
- ✓ Nikotynizm.
- ✓ Alkoholizm.

Na terenie powiatów funkcjonują punkty konsultacyjno-informacyjne dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, najczęściej w strukturach ośrodka interwencji kryzysowej.

Samorząd wojewódzki

Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego od roku 2000 przy współpracy Kasy Chorych, Pomorskiej Akademii Medycznej, Urzędu Miejskiego w Szczecinie i innych podmiotów wdrożył do realizacji wiele programów. Najważniejsze z nich to:

1. Zadania będące w gestii samorządu województwa **z zakresu przeciwdziałania i rozwiązywania problemu narkomanii**, realizowane przez Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje”. Uruchomiono punkt konsultacyjno-informacyjny dla osób z problemem narkomanii. W sumie 116 konsultacji, 144 sprawy załatwione przez wykwalifikowanych terapeutów, 14 spotkań grupy edukacyjno-motywujuco-rehabilitacyjnej – na 16 osób 9 ukończyło pozytywnie.

2. **Program przeciwdziałania HIV/AIDS** realizowany przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie. Odnotowano 57 osób po ekspozycji zawodowej pracowników ochrony zdrowia.

3. **Wojewódzki Program profilaktyki chorób układu krążenia ze szczególnym uwzględnieniem choroby niedokrwiennej serca – bilans zdrowia 40-lątka i 50-látky.** przy udziale ZRKCh i Kliniki Kardiologii Pomorskiej Akademii Medycznej. Określono, iż około 50 % kobiet w wieku 50 lat i około 48 % mężczyzn w wieku 40 lat na terenie województwa ma duże i bardzo duże ryzyko zachorowania w najbliższych 10 latach na chorobę wieńcową serca.

4. **Program pn. „Profilaktyka chorób nowotworowych dla mieszkańców województwa zachodniopomorskiego”, którego podstawowym zadaniem jest prowadzenie Regionalnego Rejestru Nowotworów – bazy danych diagnozującej problem w regionie. Według tych danych na terenie województwa zanotowano 4 924 zachorowania na nowotwory złośliwe i 1 491 zgonów z tego powodu.**

5. **Program profilaktyki genetycznie uwarunkowanych nowotworów prowadzony przez Ośrodek Nowotworów Dziedzicznych Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. W okresie od 2000 do końca roku 2002, wysoką genetycznie uwarunkowaną predyspozycję do nowotworów zdiagnozowano u około 50 000 osób.**

6. Programy w zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi i jego następstwom poprzez realizację tych zadań w środowiskach szkolnych oraz pozaszkolnych, w grupach podwyższonego ryzyka i w zakładach pracy. Według Pełnomocnika Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego ds. profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizacja zadań została wykonana w stopniu zadowalającym.

Samorząd województwa mając na uwadze działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia widzi potrzebę wspomagania, koordynacji i kontroli działań promujących zachowania prozdrowotne o zasięgu regionalnym.

E. KADRY MEDYCZNE

1. Szkolnictwo medyczne

Reforma administracji państwowej w Polsce wprowadzona od 1 stycznia 1999 roku zmieniła podporządkowanie oraz sieć szkół, w tym także szkół medycznych. Samorząd województwa zachodniopomorskiego jest organem prowadzącym niżej wymienione szkoły:

1. Medyczne Studium Zawodowe Nr 1 w Szczecinie
2. Zespół Szkół Medycznych i Pracowników Służb Społecznych w Szczecinie
3. Zespół Szkół Medycznych w Świnoujściu
4. Zespół Szkół Medycznych w Koszalinie
5. Zespół Szkół Medycznych w Kołobrzegu

W Strategii określono 7 podległych szkół, obecnie jest ich 5, zlikwidowano Medyczne Studium Zawodowe w Stargardzie Szczecińskim oraz Zespół Szkół Medycznych w Szczecinku.

Szkoły dysponują własną bazą lokalową. Jest ona dostosowana i wyposażona w środki dydaktyczne do realizacji programu nauczania w zawodach medycznych.

Obiekty szkolne w większości wymagają remontów i modernizacji. W ostatnich latach w szkołach zmieniono system grzewczy i zmodernizowano część pomieszczeń dydaktycznych. W ramach posiadanych środków szkoły dokonywały również remontów bieżących i renowacji obiektów. W zasadzie wszystkie są w dobrym stanie technicznym poza Medycznym Studium Zawodowym Nr 1 w Szczecinie.

Po systematycznym **zmniejszaniu naboru** do poszczególnych szkół w latach poprzednich, w roku 2003 zanotowano wzrost zainteresowania szkołami medycznymi.

Zwiększyła się ilość oddziałów i uczniów w stosunku do roku ubiegłego.

Do 29 klas pierwszych przyjęto w roku bieżącym 967 uczniów.

Największy wzrost zanotowano w Zespole Szkół Medycznych i Pracowników Służb Społecznych w Szczecinie gdzie utworzono 11 klas i przyjęto 348 uczniów.

Medyczne studium Zawodowe Nr 1 w Szczecinie i Zespół Szkół Medycznych w Kołobrzegu utworzyły po 6 klas pierwszych i przyjęto odpowiednio 210 i 204 uczniów.

Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawiono w tabeli poniżej.

Tab. 35 Ilość oddziałów i uczniów w szkołach medycznych dla których organem prowadzącym jest samorząd województwa zachodniopomorskiego

Szkoła	Ilość oddziałów	Ilość klas I	Liczba uczniów	Uczniów klas I	Uczniów sem. V
Medyczne Studium Zawodowe nr 1 w Szczecinie	15	6	448	210	73
Zespół Szkół Medycznych i Pracowników Służb Społecznych w Szczecinie	24	11	690	348	97
Zespół Szkół Medycznych w Koszalinie	9	4	287	138	59
Zespół Szkół Medycznych w Kołobrzegu	13	6	343	204	37
Zespół Szkół Medycznych w Świnoujściu	9	2	210	67	18
Razem	70	29	1 978	967	284

Oprac. Departament Kultury, Edukacji i Sportu

2. Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa

Zadanie kształcenia pielęgniarek i położnych po „wygaszeniu” obu tych kierunków w średnich i policealnych szkołach medycznych przejmują medyczne wyższe szkoły zawodowe.

Studia licencjackie w zawodzie pielęgniarki zostały uruchomione na Wydziale Pielęgniarskim Pomorskiej Akademii Medycznej w roku akademickim 2001/2002. Pierwsi absolwenci tego kierunku pojawiają się już w roku 2004 w liczbie szacunkowej 35. Na rok akademicki 2003/2004 zakwalifikowano 120 osób.

Do chwili obecnej nie utworzono wyższej szkoły zawodowej w Koszalinie. Projekt jej utworzenia nadal jest aktualny. Trwają prace dostosowawcze.

Wdrożenie i upowszechnienie wyższego kształcenia pielęgniarek i położnych umożliwiło osiągnięcie pewnego stopnia dostosowania tego systemu do wymagań i standardów obowiązujących krajach Unii.

3. Staże podyplomowe lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych

Zadania wynikające ze Strategii sektorowej w zakresie staży podyplomowych zostały wykonane **właściwie**.

1. Ustalono **listę zakładów opieki zdrowotnej** uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych dla lekarzy i lekarzy stomatologów w Województwie Zachodniopomorskim oraz ustalono listę zakładów opieki zdrowotnej uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych dla pielęgniarek i położnych w Województwie Zachodniopomorskim. Listy te weryfikowane są dwa razy w roku w lutym i we wrześniu. Zabezpieczone są w stopniu **wystarczającym** liczby miejsc w zakładach prowadzących staże.

2. Przy współpracy z Okręgowymi Izbami Lekarskimi i Okręgowymi Izbami Pielęgniarek i Położnych, Urząd Marszałkowski organizuje staże podyplomowe, które **przebiegają sprawnie** i wyczerpują wszystkie tematy zawarte w programach stażu.

3. Samorząd województwa z rezerwy celowej państwa **zabezpiecza dostateczną ilość** środków publicznych na realizację staży podyplomowych.

Poniżej przedstawiono liczbę stażystów oraz liczbę wydanych praw wykonywania zawodu w latach 2001 – 2003.

Tab. 36 Liczba stażystów w latach 2001 – 2003

Zawód	Liczba stażystów		
	2001	2002	2003
Lekarz medycyny	283	235	136
Lekarz stomatolog	112	131	74
Pielęgniarki i położne	192	135	11

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

Tab. 37 Liczba wydanych praw wykonywania zawodu w latach 2001-2003

Zawód	Liczba wydanych praw wykonywania zawodu			Razem
	2001	2002	2003 I półrocze	
Lekarze medycyny	164	106	11	281
Lekarze stomatolodzy	57	58	3	118
Pielęgniarki	78	59	48	185
Położne	28	18	4	50

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

4. Specjalizacje w poszczególnych dziedzinach medycyny

Zadanie Strategii w tym zakresie prowadzone jest przez Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie.

Według przyjętych prognoz zatrudnienia lekarzy do roku 2015 założono wzrost liczby lekarzy specjalistów na terenie województwa. Zapewnienie dostatecznej liczby kadry medycznej miało uwzględniać kierunki demograficzne, potrzeby zdrowotne i zmiany systemowe. Stąd potrzeba większej liczby lekarzy w specjalnościach takich, jak: **psychiatria, geriatria, medycyna sportowa i medycyna ratunkowa oraz diabetologia i onkologia.**

Według wskaźnika liczby lekarzy na 10 000 mieszkańców, odnotowano jej zwiększenie:

- ✓ 2000 r. – 20,5
- ✓ 2001 r. – 21,1
- ✓ 2002 r. – 22,1

Według posiadanych informacji z Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie w każdej z wyżej wymienionych specjalności stopniowo wzrasta liczba lekarzy specjalistów zgodnie z przewidywanymi potrzebami.

F. PRZEKSZTAŁCENIA WŁASNOŚCIOWE I POLITYKA INWESTYCYJNA

W Strategii sektorowej dotyczącej ochrony zdrowia zawarte zostały tezy, założenia i zadania, które wyznaczały kierunki dalszego rozwoju ochrony zdrowia w Województwie Zachodniopomorskim.

1. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej – prywatyzacja

W latach 1999-2003 wprowadzono wiele form zmian mających charakter zarówno własnościowy jak również funkcjonalny i organizacyjny. Wprowadzane zmiany umożliwiły sprawniejsze dopasowanie się zakładów opieki zdrowotnej do zmian na rynku usług medycznych przede wszystkim w zakresie zawieranych kontraktów z płatnikiem. Pozwoliły także w sposób bardzo zasadniczy ograniczyć koszty funkcjonowania oraz uzyskać lepszy efekt ekonomiczny wykorzystania posiadanego majątku.

Przekształcenia wpłynęły pozytywnie na dostępność i jakość usług medycznych świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej w każdym zakresie.

Szczególnie dużo zmian zostało wprowadzonych tak przez powiaty jak również organy województwa w zakładach opieki zdrowotnej świadczących usługi medyczne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznej opieki ambulatoryjnej.

Poniższa tabela obrazuje dynamikę tworzenia w latach 1999-2002 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Tab. 38 Zakłady publiczne i niepubliczne w latach 1999-2002 na terenie województwa

Rodzaj zakładów świadczących usługi medyczne	1999		2000		2001		2002	
	Niepubl.	Publ.	Niepubl.	Publ.	Niepubl.	Publ.	Niepubl.	Publ.
W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej	84	235	149	146	179	70	221	95
W zakresie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej	138	274	260	175	363	120	430	110
W zakresie leczenia szpitalnego		34		36		36		34

Oprac. na podstawie danych Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

W sposób znaczący wzrosło wykorzystanie majątku oraz dzięki konkurencji pomiędzy sprywatyzowanymi zakładami świadczącymi usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej podniosła się jakość i dostępność świadczonych usług.

Spośród jednostek, dla których samorząd województwa jest organem założycielskim, 4 podlegały przekształceniom mającym na celu zmianę formy prowadzonej działalności a nie likwidację zadań.

Efektami wprowadzanych zmian był fakt, iż:

- ✓ prywatyzacji uległy w przeważającej części usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- ✓ specjalistyczna opieka ambulatoryjna w przeważającej części została sprywatyzowana w powiatach natomiast przychodnie podległe samorządowi województwa funkcjonują w formie publicznej;
- ✓ najmniej zmian w zakresie prywatyzacji specjalistycznych usług ambulatoryjnych wprowadziły zakłady resortowe i kliniczne;

2. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej i innych jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia

Wszystkie formy przekształceń wprowadzane przez szpitale były spowodowane przede wszystkim optymalizacją kosztów i ogólnie trudną sytuacją ekonomiczną zakładów oraz koniecznością kontynuacji rozpoczętej restrukturyzacji w zakresie zarówno zatrudnienia jak również zadań inwestycyjnych.

Z uzyskanych informacji w Województwie Zachodniopomorskim w latach 1999-2003 do najistotniejszych przekształceń w szpitalach należą:

1. Połączenie Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Goleniowie i Nowogardzie i utworzenie Samodzielnego Publicznego Szpitala Powiatowego w Goleniowie i ponowne wyodrębnienie ze struktury tego zakładu majątku celem utworzenia Samodzielnego Publicznego Szpitala Rejonowego w Nowogardzie.

2. Przekazanie uprawnień organu założycielskiego Szpitala w Resku ze Starostwa Powiatowego w Stargardzie Szczecińskim do Starostwa Łobeskiego oraz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławnie z samorządu województwa do Starostwa Powiatowego w Sławnie.

3. Przekształcenie Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Koszalinie poprzez likwidację i włączenie całości do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie.

4. Przekształcenie Obwodu Lecznictwa Kolejowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Szczecinie poprzez likwidację i włączenie całości do Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Szczecinie.

5. Likwidacja Samodzielnego Publicznego Stoczniewskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Szczecinie i przekazanie zadań niepublicznemu zakładowi utworzonemu przez inwestora strategicznego i pracowników zakładu.

6. Likwidacja Wojewódzkiego Ośrodka Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży w Szczecinie i włączenie w całości do Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „ZDROJE” w Szczecinie.

7. Likwidacja Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Ośrodka Rehabilitacji w Nowym Czarnowie.

8. Likwidacja Zakładów Techniki Medycznej w Koszalinie oraz Zakładów Naprawczych Sprzętu Medycznego w Szczecinie.

We wszystkich 14 szpitalach podległych samorządowi województwa wprowadzano zmiany mające na celu usprawnienie struktury organizacyjnej oraz w dłuższym ujęciu czasowym polepszenie sytuacji finansowej jak również poprzez ograniczenie kosztów.

3. Polityka inwestycyjna

W sposób mniej lub bardziej aktywny pojawiła się w niemal wszystkich zakładach opieki zdrowotnej w województwie. Przejawiała się zarówno w dofinansowaniu zadań inwestycyjnych o zasięgu ponadregionalnym, czyli inwestycji wieloletnich jak również własnych zadań inwestycyjnych samorządu oraz modernizacji i zakupów inwestycyjnych finansowanych przez zakłady oraz z innych źródeł.

Inwestycje w ochronie zdrowia i modernizacje

Celem realizowanej przez zakłady opieki zdrowotnej polityki w zakresie inwestycji było i jest szybkie dostosowanie zakładów do standardów europejskich. Obecnie jest to wciąż

realizowane i przynosi pozytywny efekt w postaci zmniejszenia kosztów wykorzystania przestarzałej aparatury oraz przede wszystkim podniesienia jakości świadczonych usług.

W ramach zadań o charakterze ponadregionalnym prowadzone są w naszym województwie trzy inwestycje wieloletnie w Stargardzie Szczecińskim, Białogardzie oraz w Koszalinie.

Poniżej przedstawiona tabela obrazuje finansowanie inwestycji wieloletnich wieloletnich budżetu państwa w latach 1999-2003.

Tab. 39 Finansowanie inwestycji wieloletnich z budżetu państwa w latach 1999-2003

w mln zł.

Dofinansowanie zadań inwestycyjnych wieloletnich	1999	2000	2001	2002	2003
Budowa Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie	5	3	0,6	0,6	
Modernizacja Szpitala w Stargardzie Szczecińskim			14,75	1,9	
Centrum Rehabilitacji z oddziałami Szpitala Rejonowego w Białogardzie			10	13,75	16,25
ŁĄCZNIE	5	3	25,35	16,25	16,25

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

Do zakończenia inwestycji w Stargardzie Szczecińskim obecnie pozostało wyposażenie wybudowanego pawilonu w sprzęt i aparaturę medyczną. Władze lokalne bardzo intensywnie podejmują starania do wyposażenie obiektu w stosowną aparaturę.

Centrum Rehabilitacji w Białogardzie dzięki intensywnego finansowaniu w ramach Kontraktu Wojewódzkiego w latach 2001-2003 w wysokości 40 mln wymaga jedynie dokończenia prac wykończeniowych. Planowane jest uruchomienie działalności medycznej w zakresie rehabilitacji od 1 stycznia 2004 roku.

Inwestycja w Koszalinie ze względu na największe niedofinansowanie w chwili obecnej realizowana jest w miarę uzyskanych środków finansowych. Trwają obecnie poszukiwania inwestora zewnętrznego lub innego źródła dofinansowania tej inwestycji.

Zadania inwestycyjne i modernizacje umożliwiły realizację części wieloletnich planów dostosowania zakładów do standardów europejskich. Mimo dużych starań władz

lokalnych i kierowników zakładów o pozyskanie dodatkowych środków finansowych wciąż brakuje środków na najważniejsze zadania i inwestycje.

W latach 1999-2003 zrealizowano również wiele bardzo istotnych zadań inwestycyjnych takich jak np.:

- ✓ uruchomienie Oddziału Ratunkowego w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie;
- ✓ uruchomienie Oddziału Chirurgii w Specjalistycznym Szpitalu im. A. Sokołowskiego w Szczecinie – Zdunowie;
- ✓ utworzenie sieci oddziałów ratunkowych w jednostkach ochrony zdrowia całego województwa;
- ✓ wykonanie wielu generalnych remontów w zakładach opieki zdrowotnej;

Zakupy inwestycyjne

Najistotniejsze zakupy aparatury i sprzętu medycznego dokonywane w zakładach opieki zdrowotnej województwa miały charakter odtworzeniowy, wynikający z wysłużenia istniejącej bazy sprzętowej. Zaznaczyć należy, iż zakłady podjęły szereg zadań w celu pozyskania dodatkowych środków finansowych przeznaczanych w całości na zakup specjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego. Dużą rolę odegrał w tym zakresie Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia, dzięki któremu umożliwiono wprowadzenie zmian funkcjonalnych w zakładach (opisany na w rozdziale nr).

Zaznaczyć należy, iż mimo starań i prób uzyskania dodatkowych środków na zakup aparatury zakłady województwa potrzebują bardzo dużych nakładów na dostosowanie do wymogów wynikających z przystąpienia Polski do Unii Europejskiej w roku 2004.

Tab. 40 Finansowanie modernizacji i zakupów aparatury oraz sprzętu medycznego

Dofinansowanie zadań inwestycyjnych i zakupów aparatury i sprzętu medycznego	Dofinansowanie powiatów w latach 2000 - 2002	Dofinansowanie samorządu województwa w latach 2000- 2002
Zadania modernizacyjne	1 314 570	3 490 000
Aparatura i sprzęt medyczny	2 699 190	4 133 000

Oprac. na podstawie informacji samorządów

G. UWAGI I WNIOSKI

- I. Przedłożona informacja, która wynika z uchwały obligującej składanie okresowego sprawozdania z realizacji Strategii sektorowej jest dokumentem wykonanym po raz pierwszy. Opracowanie jej napotkało wiele trudności.**
- II. Zadania Strategii sektorowej realizowane są przez setki podmiotów, często niezależnych od odpowiedzialnych za te zadania organizatorów ochrony zdrowia. Brak ustawowych jak i rzeczywistych aktów obligujących te wszystkie podmioty do składania informacji o istotnych działaniach do poszczególnych samorządów, powoduje, że obecnie nie ma podmiotu, który posiadałby pełną informację w tym zakresie. Nie wszystkie samorządy terytorialne wykazują zainteresowanie posiadaniem dostatecznej informacji o zabezpieczeniu świadczeń medycznych na swoim terenie.**
- III. Ze względu na średnią ściągłość ankiet tj. 66 %, w celu jednoznacznego określenia postępu założonych działań strategicznych posiłkowano się informacjami i danymi z innych instytucji.**
- IV. Z uwagi na obszerny materiał dotyczący stanu sanitarno-epidemiologicznego województwa zachodniopomorskiego, przedłożony dokument nie zawiera wyników monitorowania tego zagadnienia. Opracowanie tej części nastąpi w odrębnym dokumencie i w innym czasie przy udziale Państwowej Inspekcji Sanitarnej w Szczecinie.**
- V. Wstępne sprawozdanie nie wyczerpuje zagadnienia monitorowania tego dokumentu. Dlatego, niezbędnym jest prowadzenie dalszych okresowych sprawozdań w odstępach dwuletnich do 2015 roku.**
- VI. W pierwszych dwóch latach wdrażania Strategii dostrzega się następujące efekty finalne:**
 - 1. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wdrożono całodobowe zabezpieczenie opieki medycznej na terenie każdej gminy województwa w stopniu dostatecznym.**

2. W zakresie Programu Regionalnej Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia przekazywało środki finansowe na restrukturyzację zatrudnienia i zadania inwestycyjne realizowane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zgodnie z wystąpieniem Regionalnego Komitetu Sterującego. Środki te prawie w całości zostały wykorzystane przez zakłady opieki zdrowotnej.
3. Zakres współpracy zagranicznej w ochronie zdrowia jest zadawalający w stosunku do woli partnerów i posiadanych środków.
4. Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna poszerzając swoje zadania o wiele nowoutworzonych poradni publicznych i niepublicznych zabezpiecza dostatecznie potrzeby mieszkańców w tym zakresie.
5. Zwiększyła się liczba szpitali niepublicznych, które weszły w system finansowania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
6. W procesie restrukturyzacji i przekształceń w lecznictwie szpitalnym dokonano zmniejszenia liczby łóżek, głównie krótkoterminowych, skrócenia czasu hospitalizacji i poprawiono wykorzystanie łóżek.
7. Zmniejszono liczbę łóżek w oddziałach dotychczas słabo wykorzystanych przekształcając uwolnioną bazę na tworzenie oddziałów ratunkowych, onkologicznych i innych.
8. Znacznie wzrosła liczba leczonych w szpitalach, mimo zmniejszenia się ogólnej liczby łóżek.
9. Stan sanitarno-techniczny szpitali stopniowo się poprawia. Nadal są jednak zaniżone normy powierzchni na jedno łóżko i nieprawidłowości w zakresie stanu technicznego pomieszczeń. Mimo braku środków finansowych, duża liczba jednostek przeprowadzała remonty i modernizacje.
10. Certyfikat akredytacyjny otrzymały trzy szpitale o zasięgu wojewódzkim.
11. Kształcenie kadr medycznych odbywa się w sposób zaplanowany i zgodny z przyjętą polityką kształcenia dostosowanego do przepisów

unijnych. Zauważa się jednak znaczne zmniejszenie naboru w systemie kształcenia pielęgniarek i położnych.

12. Wprowadzone zmiany przekształceniowe w zakładach opieki zdrowotnej osiągnęły zamierzony cel usprawnienia struktur organizacyjnych i funkcjonalności zakładów.
13. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej i prywatyzacja niektórych usług medycznych wpłynęły pozytywnie na dostępność i ich jakość. Nadal jednak w niektórych specjalnościach dostępność jest ograniczona w wyniku limitowania usług przez płatnika.
14. Rozwój opieki długoterminowej jest niedostateczny do rzeczywistych potrzeb, głównie z powodu niewystarczającego kontraktowania przez kasę chorych.
15. W zakresie ratownictwa medycznego nie utworzono centrów powiadamiania ratunkowego.
16. Z powodu braku środków finansowych nie uruchomiono 7 szpitalnych oddziałów ratunkowych na 14 zaplanowanych na terenie województwa.
17. Profilaktyka i promocja zdrowia, pomimo wielu starań różnych podmiotów, nadal są traktowane jako podrzędne elementy optymalnego modelu opieki zdrowotnej.

Opracowanie:

Departament Zdrowia i Polityki Społecznej

Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego

mgr Dorota Łabinowicz

mgr Irena Wawreszuk