

WPROWADZENIE

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. poprzez cel pośredni – Stworzenie spójnego systemu realizacji zadań ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego**. Cel ten jest równorzędny z celem strategicznym w Strategii sektorowej w ochronie zdrowia, a cele operacyjne z zadaniami strategicznymi. Realizacja zadań strategicznych odbywa się poprzez dążenie do wcześniej ustalonych kierunków działań, co przedstawia poniższy schemat

<u>Cele operacyjne Strategii Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2015</u>	<u>Kierunki działań</u> 1. Wypracowanie optymalnego modelu ochrony zdrowia i koordynacja działań w tym zakresie 2. Zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej w dziedzinie całodobowej podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i opieki stacjonarnej 3. Reorganizacja ratownictwa medycznego 4. Stworzenie systemu rozwoju promocji zdrowia i profilaktyki 5. Podnoszenie poziomu wykształcenia personelu medycznego 6. Przekształcenia własnościowe zakładów opieki zdrowotnej 7. Właściwe zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne	<u>Zadania strategiczne Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia</u>
---	---	--

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

1. Zapewnienie ciągłej i wszechstronnej **opieki podstawowej**, zintegrowanej z innymi szczeblami opieki medycznej.

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.

Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego przyjął, że wdrażanie Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia będzie oceniane, co dwa lata w formie okresowego sprawozdania.

Rola koordynatora przebiegu Strategii przypada Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Zachodniopomorskiego. Podjęcie prób monitorowania i ewaluacji jej realizacji wymaga budowy systemu obiektywnej oceny wyników podjętych działań.

Ponieważ *Strategia sektorowa* powstawała w wyniku bardzo szerokich konsultacji społecznych i na bazie opracowań dotyczących rozwoju regionalnej ochrony zdrowia przy udziale wielu specjalistów w dziedzinie organizacji sektora zdrowotnego, jej **monitoring i ewaluacja także wymagają szerokiej współpracy z instytucjami, które gromadzą, przetwarzają i analizują informacje o działalności zakładów opieki zdrowotnej i sytuacji zdrowotnej lokalnych społeczności**. Dlatego w procesie monitorowania Strategii niezbędny jest udział:

- ✓ organów tworzących dla zakładów opieki zdrowotnej,
- ✓ samorządów terytorialnych,
- ✓ zakładów opieki zdrowotnej,
- ✓ Głównego Urzędu Statystycznego,
- ✓ Pomorskiej Akademii Medycznej,
- ✓ Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia,
- ✓ Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- ✓ Państwowej Inspekcji Sanitarnej
- ✓ komórek merytorycznych Urzędu Marszałkowskiego

Podstawowym celem sprawozdania jest poinformowanie realizatorów Strategii i innych zainteresowanych stron o dokonywanych postępach z zamiarem skorygowania odstępstw od planu działania i jego modyfikacji w latach przyszłych. Ma ono wskazywać zarówno obszary

działające właściwie, jak i te wymagające korekty i naprawy. W ten sposób można określić: czy zakładane cele zostały osiągnięte, jakie rezultaty uzyskano, jak zostały wykorzystane zasoby i środki, czy też, jakie były konkretne skutki lub efekty danych działań i ich wyniki. Ponadto, przepisy Unii Europejskiej wymagają prowadzenia monitoringu jako narzędzia niezbędnego do efektywnego planowania i realizacji programu, by w przyszłości niezadawalające efekty nie pociągały za sobą negatywnych skutków.

Niniejsze opracowanie jest drugim sprawozdaniem, od momentu uchwalenia Strategii, z jej realizacji na terenie województwa. **Pierwsze takie opracowanie zostało przyjęte Uchwałą Nr IX/101/03 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 3 listopada 2003 roku.** Wówczas to, przyjęto pierwsze wnioski wynikające z dwuletniej realizacji Strategii sektorowej i czteroletniej nowej organizacji systemu ochrony zdrowia. Opracowanie ich napotykało wiele trudności, głównie z powodu braku ustawowych aktów obligujących podmioty sektora zdrowotnego do przedkładania informacji o istotnych działaniach w tym zakresie. Niemniej jednak ustalono wówczas w dokumencie **najważniejsze efekty procesów restrukturyzacyjnych** zachodzących w zakładach opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego:

1. **W Regionalnym Programie Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej, środki finansowe z Ministerstwa Zdrowia zostały prawie w całości wykorzystane przez zakłady opieki zdrowotnej.**
2. **W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wdrożono całodobowe zabezpieczenie opieki medycznej na terenie każdej gminy.**
3. **Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna została poszerzona o wiele nowoutworzonych poradni publicznych i niepublicznych. Pomimo tego, w niektórych specjalnościach medycznych obserwowano ograniczenie dostępności w wyniku limitowania usług przez płatnika.**
4. **W lecznictwie szpitalnym dokonano zmniejszenia liczby łóżek, skrócenia czasu hospitalizacji i poprawiono wykorzystanie łóżek. Uwolnioną bazę łóżkową przekształcano m.in. na oddziały ratunkowe, onkologiczne i dzienne.**
5. **Stan sanitarno-techniczny szpitali stopniowo poprawiał się. Pomimo braku środków finansowych, jednostki dokonywały wszelkich możliwych remontów i modernizacji.**
6. **Rozwój opieki długoterminowej oceniono jako niedostateczny do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, głównie z powodu niewystarczającego kontraktowania usług przez NFZ.**
7. **Z powodu braku środków finansowych nie utworzono 7 centrów powiadamiania ratunkowego i nie uruchomiono 7 szpitalnych oddziałów ratunkowych na 14 zaplanowanych na terenie województwa.**
8. **Profilaktyka i promocja zdrowia nadal stanowiła niedofinansowany element optymalnego modelu opieki zdrowotnej.**
9. **Wprowadzone zmiany przekształceniowe w zakładach opieki zdrowotnej osiągnęły zamierzony cel usprawnienia struktur organizacyjnych i funkcjonalności zakładów.**

10. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej i prywatyzacja niektórych usług medycznych wpłynęły pozytywnie na dostępność i ich jakość.

11. Trzy szpitale o zasięgu wojewódzkim otrzymały Certyfikat akredytacyjny.

Dobór wskaźników do monitorowania Strategii

Strategia sektorowa zawiera w swoich treściach zadania strategiczne, do których należy dążyć. Należy traktować je jako punkt odniesienia umożliwiające wykazanie zmian, które nastąpiły w wyniku realizacji Strategii przez poszczególne podmioty. Aby wykazać te zmiany niezbędnym było opracowanie odrębnego zestawu wskaźników ilościowych i jakościowych. Został on opracowany w roku 2003 przy pierwszym Sprawozdaniu z realizacji Strategii. Założono wówczas, że każda z tych grup informacyjnych dostarczy danych pozwalających na ocenę stopnia realizacji poszczególnych zadań Strategii. Stąd, wynikało ich swoiste pogrupowanie.

Zestaw wskaźników podlega stałym modyfikacjom z uwagi na zachodzące zmiany. W okresie ostatnich dwóch lat pojawiały się nowe aspekty w przekształceniach ochrony zdrowia, dlatego w roku bieżącym również określa się nowe sytuacje i do nich tożsame wskaźniki, takie jak na przykład: wnioskowanie do funduszy unijnych o dofinansowanie zadań w zakresie ochrony zdrowia.

Zestaw wskaźników uwzględnia następujące działy ochrony zdrowia i opieki medycznej *Strategii sektorowej*:

A. Model systemu ochrony zdrowia:

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

B. Zarządzanie jakością opieki medycznej:

Podstawowa Opieka Zdrowotna - POZ

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

Ambulatoryjna Specjalistyczna Opieka Zdrowotna - AOS

1. Charakterystyka i ocena zakładów.
2. Dostępność do poradni kardiologicznych.
3. Dostępność do poradni diabetologicznych.
4. Dostępność do poradni onkologicznych.
5. Rozwój poradnictwa specjalistycznego.
6. 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. Oczekiwanie na leczenie szpitalne.

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.
3. Specjalizacje lekarskie i szkolenia średniego personelu medycznego.

F. Przekształcenia własnościowe i polityka inwestycyjna:

1. Rodzaj prywatyzacji usług medycznych, usług pomocniczych, zarządzania i majątkowa.
2. Przekształcenia POZ, ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej i szpitali.
3. Charakterystyka zakupów inwestycyjnych.
4. Charakterystyka inwestycji.
5. Charakterystyka modernizacji zakładów opieki zdrowotnej.
6. Wnioskowanie do funduszy UE o dofinansowanie zadań w zakresie ochrony zdrowia.

Przyjęte w pierwszym okresie sprawozdawczym wskaźniki, zostały tak dobrane, aby ilustrowały każdy etap realizacji Strategii w latach 2001 – 2002. Natomiast drugi okres sprawozdawczy będący przedmiotem niniejszego Sprawozdania obejmuje lata 2003 - 2004.

Dla jasnego obrazu i charakterystyki zachodzących zmian w ochronie zdrowia poniżej przedstawiono przyjęty tryb sprawozdawczości i harmonogram prac w pierwszym i drugim Sprawozdaniu z realizacji *Strategii sektorowej*.

Numer sprawozdania	Okresy sprawozdawczości	Rozpoczęcie prac – ankietyzacja podmiotów	Zakończenie prac – uchwała Sejmiku
Pierwsze sprawozdanie z realizacji Strategii sektorowej ochrony zdrowia	I okres sprawozdawczy: lata 2001 - 2002	koniec I półrocza 2003 roku	3 listopada 2003 r. – uchwała Sejmiku Nr XIX/101/2003
Drugie sprawozdanie z realizacji Strategii sektorowej ochrony zdrowia	II okres sprawozdawczy: lata 2003 - 2004	koniec I półrocza 2005 roku	24 października 2005 r. planowany termin

W niniejszym Sprawozdaniu dla wyraźniejszego zilustrowania danych liczbowych i wskaźników posłużono się w dużej mierze układem tabelarycznym.

W nazwach kolumn poszczególnych tabel występują przyjęte nazwy okresów sprawozdawczych, tj. I i II okres sprawozdawczy. I okres odpowiada wartościom według stanu na dzień 31.12.2002 r., natomiast II okres według stanu na dzień 31.12.2004 r. W niektórych wartościach liczbowych występuje suma dwóch lat w poszczególnych okresach, np. porady, hospitalizacje, leczeni.

Jako podstawowe narzędzie metodyczne traktuje się **kwestionariusz ankiety** opracowany w 2003 roku i zmodyfikowany w 2005 roku na bazie wyżej wymienionych wskaźników przez Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu. Analiza przedłożonych ankiet umożliwia lepsze zagregowanie i interpretację danych w obszarze wymienionych grup wskaźników oraz bezpośrednie spojrzenie na bieżące prace poszczególnych urzędów i zakładów.

W połowie bieżącego roku kwestionariusz ankiety został ponownie rozpowszechniony wśród samorządów powiatowych i gminnych oraz wśród publicznych zakładów opieki zdrowotnej. **W drugim okresie sprawozdawczym zwrotność informacji osiągnięto na poziomie 76% i jest to lepszy wynik w stosunku do pierwszego okresu sprawozdawczego, gdzie wynik wynosił 66%.** Najczęściej nie odpowiadały gminy odpowiedzialne za podstawową opiekę zdrowotną. Informacji nie przekazało wielu istotnych, z punktu widzenia Strategii, uczestników monitoringu:

- Szpital Kliniczny Nr 1
- Szpitale resortowej służby zdrowia, za wyjątkiem 109 Szpitala Wojskowego w Szczecinie
- Samorządy powiatowe: Białogard, Gryfice, Police, Szczecin i Koszalin
- Samorządy gminne – 29 na 114 gmin.

W tej sytuacji brak danych i informacji uzupełnia się o istniejące dane statystyczne w tym zakresie. Dobrze byłoby jednak, aby tak ważne instytucje, jak szpital kliniczny, resortowe jednostki ochrony zdrowia, wszystkie samorządy gminne i powiatowe rozumiały znaczenie procesu monitorowania i jego istotę w procesie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim.

Podsumowując, **przeprowadzenie monitoringu i ewaluacji możliwe jest dzięki statystycznym wskaźnikom działalności zakładów opieki zdrowotnej, informacjom od samorządów terytorialnych i instytucji zajmujących się bezpośrednio lub pośrednio ochroną zdrowia oraz dzięki zaplanowanym powyższym wskaźnikom zdrowotnym.**

A. MODEL SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Organizacja systemu opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego

Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego założyła, że dla wszystkich podmiotów zaangażowanych w sektor zdrowia najważniejszym będzie dążenie do **spójnego systemu realizacji zadań ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego**. Realizacja przyjętych kierunków i zadań odbywa się poprzez wypełnianie określonych obowiązków w zakresie kompetencji poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego dot. ochrony zdrowia. Podstawowe działania samorządów gminnych i powiatowych w zakresie ochrony zdrowia przez ostatnie lata ulegały przekształceniom.

W **pierwszym okresie sprawozdawczym** uwaga organizatorów ochrony zdrowia w samorządach skupiona była przede wszystkim na wypełnianiu funkcji właścicielskich poprzez tworzenie nowych zoz-ów na bazie zakładów likwidowanych w całości lub ich części. Jest to uzasadnione z uwagi na czas największej ilości przekształceń organizacyjnych w tym okresie. Inne działania, które dominowały do roku 2003, to te, w których nie było większych problemów z finansowaniem, jak: przeciwdziałanie uzależnieniom, pomoc dla niepełnosprawnych czy programy profilaktyki i promocji zdrowia. Nie odnotowano wówczas, aby jakkolwiek samorząd terytorialny miał wpływ na politykę prowadzoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponadto, oceniono, że stopień współpracy samorządów gminnych z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej z reguły dotyczył tylko lokalnych działań profilaktycznych bez bieżącej wymiany informacji w zakresie wykonywanych działań.

W **drugim okresie sprawozdawczym** priorytety z roku 2003 zeszły na dalszy plan. Samorządy terytorialne w tej chwili podejmują najczęściej działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, przeciwdziałania uzależnieniom i pomocy dla niepełnosprawnych. W gminach istnieją kompleksowe programy realizacji powyższych działań, np. gminne programy przeciwdziałania uzależnieniom czy na przykładzie **Kalisza Pomorskiego**, Miejsko-Gminny Program Ochrony Zdrowia. Zdecydowanie poprawiła się współpraca z NFZ. Natomiast, oddziaływanie samorządów na niepubliczne zoz-y jest coraz trudniejsze.

Komórki odpowiedzialne za ochronę zdrowia w samorządach gminnych nadal umiejscowione są w różnych wydziałach: zdrowia, spraw społecznych, społeczno-obywatelskich, zarządzania kryzysowego, oświaty i kultury, obsługi organów gminy czy działalności gospodarczej. Rządziej zajmują się tym zastępcy wójtów lub pełnomocnicy ds. alkoholowych. Korzystnym jest mniejsze odnotowanie całkowitego braku komórek organizacyjnych w tym zakresie. Nadal jednak istnieją gminy, gdzie uważa się, że organy gminy nie odpowiadają za organizację lokalnej ochrony zdrowia, bo nie są właścicielami zakładów opieki zdrowotnej. Lepiej wygląda sytuacja w samorządach powiatowych i województwa, gdzie kwestie organizacji ochrony zdrowia powierzają wieloosobowym merytorycznym wydziałom w tym zakresie.

Większość ankietowanych samorządów określiła sposoby i zasady współpracy z instytucjami i zakładami opieki zdrowotnej. Z roku na rok współpraca ta jest coraz lepsza. Najczęściej dotyczy ona:

- wspólnych przedsięwzięć w zakresie zapobiegania chorobom i promocji zdrowia, np. Powiat Łobeski, UM Kalisz Pomorski,
- dofinansowania kosztów doskonalenia zawodowego np. Miasto Świnoujście, Powiat Goleniowski,
- dotowania sprzętu i aparatury medycznej, np. Miasto Świnoujście, Powiat Goleniowski, Powiat Sławieński,
- współtworzenia programów naprawczych, np. Miasto Świnoujście,
- kontroli jakości udzielanych świadczeń - niektóre gminy wypracowały system składania sprawozdania z działalności niepublicznych jednostek ochrony zdrowia i udziału w sesjach ich przedstawicieli, np. UG Pyrzyce, UG Sianów, UG Suchań, UG Świdwin,
- prowadzenia rejestrów skarg mieszkańców dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia, np. UM Dziwnów, Powiat Wałecki,
- zabezpieczenia opieki medycznej, np. UM Ustronie Morskie, Powiat Goleniowski,
- wymiany informacji z medycyną szkolną i dyrektorami szkół, np. UG Rewal,
- zakładania fundacji na rzecz lokalnej ochrony zdrowia, np. UG Darłowo.

Podkreślenia wymaga tu inicjatywa Miasta Kołobrzeg w sprawie wczesnej opieki medycznej nad osobami bezdomnymi, alkoholikami i narkomanami, co zawsze stanowi trudny problem organizacyjny. Koszty związane z transportem, badaniami diagnostycznymi i wczesną pomocą medyczną wobec tych osób reguluje stosowne porozumienie o dotację pomiędzy Miastem Kołobrzeg, a SPZOZ Kołobrzeg.

Regionalny Program Restrukturyzacji Ochrony Zdrowia

Program Działań Osłonowych i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia 1999-2004

Nadrzędnym celem programu było zapewnienie dostępu pacjentów do usług medycznych wysokiej jakości w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i opieki szpitalnej poprzez wprowadzenie rozwiązań systemowych, które miały sprzyjać lepszemu wykorzystaniu zasobów ochrony zdrowia. Regionalny Komitet Sterujący w latach 1999-2004 obradował na 43 posiedzeniach. Przebieg najważniejszych prac Komitetu w poszczególnych latach z uwzględnieniem kwoty dotacji celowych z Ministerstwa Zdrowia dla zakładów opieki zdrowotnej w Zachodniopomorskim poniżej:

Rok 1999

- 50 wniosków restrukturyzacyjnych
- 3 678 840 zł na zadania inwestycyjne
- 1 674 009 zł na restrukturyzację zatrudnienia

Rok 2000

- przyjęcie Regionalnego Programu Restrukturyzacji SPZOZ przez Regionalny Komitet Sterujący jako dokument kierunkowy dla sp zoz-ów województwa
- 7 750 000 zł na zadania inwestycyjne
- 6 733 929 zł na restrukturyzację zatrudnienia

Rok 2001

- doposażenie i uruchamianie oddziałów ratownictwa medycznego na terenie województwa zachodniopomorskiego
- zakończenie programu kardiochirurgicznego w PSK Nr 2 w Szczecinie
- przekształcanie łóżek ostrych w łóżka opieki długoterminowej i opieki psychiatrycznej
- 66 metryk publicznych zakładów opieki zdrowotnej
- 268 programów restrukturyzacyjnych, w tym 106 rekomendowanych przez RKS dla 51 jednostek ochrony zdrowia z terenu województwa
- 3 369 643 zł na restrukturyzację zatrudnienia
- 11 230 263 zł na zadania inwestycyjne

Rok 2002

Brak środków finansowych z Ministerstwa Zdrowia.

Rok 2003

- 25 wniosków publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym 18 wniosków zaopiniowanych pozytywnie przez Regionalny Komitet Sterujący
- 1 975 412 zł na restrukturyzację zatrudnienia
- brak środków finansowych na zadania inwestycyjne

Rok 2004

Brak środków finansowych z Ministerstwa Zdrowia.

W sumie w Programie uczestniczyło:

- 61 zoz-ów w roku 2000
- 50 zoz-ów w roku 2001
- 18 zoz-ów w roku 2003

Najważniejsze działania Regionalnego Komitetu Sterującego:

- Wnioskowanie o dofinansowanie sp zoz-ów w województwie.
- Przyjęcie do realizacji kryteriów tworzenia Regionalnej Sieci Szpitali według projektu Ministra Zdrowia z 2 lipca 2002 r.
- Porozumienie z 12 maja 2004 r. pomiędzy Urzędem Marszałkowskim, Zachodniopomorskim Oddziałem NFZ, Zachodniopomorskim Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia oraz Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w celu poprawy koordynacji działań w zakresie ochrony zdrowia w województwie.
- Monitorowanie procesu kontraktowania świadczeń w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej.
- Kategoryzacja oddziałów szpitalnych.
- Monitorowanie gospodarki mieniem zakładów opieki zdrowotnej.

W poniższych tabelach przedstawiono wysokość środków finansowych przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Programu w latach 1999-2003 i restrukturyzację zatrudnienia w latach 1999-2005.

Tab. 1 Wysokość przyznanych środków w latach 1999-2003

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
2003	1 975 412	0	1 975 412
Razem	13 752 993	22 659 103	36 412 096

Oprac. Departament Zdrowia i Polityki Społecznej

Tab. 2 Restrukturyzacja zatrudnienia w latach 1999-2005

Lata	Lekarze	Pielęgniarki/ położne	Pozostały 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	239	680	271	573	174	1 937
2004	249	427	217	303	87	1 283
2005*	252	884	192	459	99	1 886
Razem	2 119	4 897	2 270	4 086	1 027	14 399

Oprac. Departament Zdrowia i Polityki Społecznej

*- z uwzględnieniem planowanej restrukturyzacji do 31.12.2005 r.

Ustawa z 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Rok 2005

Dotychczasowy Program Działań Osłonowych i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia zakończony. Procesy restrukturyzacyjne reguluje nowa **ustawa z 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej**, która weszła w życie w dniu 21 maja 2005 r. Ustawą objęto samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które na dzień 1 stycznia 2001 r. zatrudniały powyżej 50 osób. Ustawa zakłada:

- 1. restrukturyzację finansową dla zakładów, które posiadają zobowiązania wymagalne powstałe w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2004 r. poprzez:**
 - umorzenie części zobowiązań publicznoprawnych
 - zawieranie przez zakład ugód z wierzycielami, określającymi sposób regulowania zobowiązań cywilnoprawnych
 - zawieranie ugód z pracownikami z tytułu indywidualnych roszczeń wynikających z tzw. „ustawy 203”
- 2. dotację z budżetu państwa dla zakładów, które na dzień 31.12.2004 r. nie wykazywały zobowiązań wymagalnych na wsparcie działań mających na celu poprawę sytuacji ekonomicznej zakładu oraz jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez:**
 - dotowanie

W celu pozyskania środków wprowadzono dla zadłużonych jednostek **instrumenty pomocy finansowej:**

- **pożyczka z budżetu państwa**
- **możliwość zaciągania kredytów poręczanych przez organ tworzący**
- **emisja obligacji przez zakład**

Wśród **60** zakładów opieki zdrowotnej w województwie (bez MON, MSWiA, PAM) **30** z nich złożyło wnioski restrukturyzacyjne:

- **21 o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego, w tym 8 jednostek samorządu województwa,**
- **7 o dotację z budżetu państwa, w tym 5 jednostek samorządu województwa,**
- **2 otrzymały negatywną opinię do projektu programu restrukturyzacyjnego, wobec czego nie przystąpiły do restrukturyzacji, w tym 1 jednostka samorządu województwa,**
- **30 zakładów nie spełniało ustawowych warunków przystąpienia do restrukturyzacji, w tym 3 jednostki samorządu województwa.**

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które przystąpiły do restrukturyzacji obecnie są **w trakcie zawierania umów o pożyczkę z BGK.**

Zadania restrukturyzacyjne w opiece medycznej

Generalnie najważniejszymi obszarami restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej na przestrzeni ostatnich 5 lat były następujące obszary: zatrudnienia, zmian organizacyjnych, zakupów inwestycyjnych, modernizacji i inwestycji.

Poza tymi obszarami, jednostki stale realizują **zadania restrukturyzacyjne w samej opiece medycznej**: tworzą nowe oddziały stacjonarne i dzienne, nowe zakłady opieki długoterminowej, a także zmieniają liczbę i profil łóżek.

Na podstawie informacji samorządów i zoz-ów w **pierwszym okresie sprawozdawczym** przekształceniom poddawane było w sumie 388 łóżek w jednostkach ochrony zdrowia. Tworzono wówczas głównie łóżka, oddziały i zakłady opieki długoterminowej. Stopniowo wzrastała liczba łóżek psychiatrycznych i onkologicznych. W **drugim okresie sprawozdawczym** odnotowano przekształcenia już na 552 łóżkach. Wynika z tego, że procesy przekształceniowe ciągle korzystnie ewoluują. Przybywa zakładów opieki długoterminowej, wzrasta liczba łóżek onkologicznych, psychiatrycznych, rehabilitacji psychiatrycznej i dziennych zabiegowych. Nie odnotowano natomiast wzrostu liczby oddziałów medycyny paliatywnej.

$\frac{3}{4}$ ankietowanych uważa, że **osiągnęło cel w zakresie organizacji 4 podstawowych oddziałów szpitalnych w promieniu około 30 kilometrów**. Tyle samo, że **organizacja diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i dziennej chirurgii jest osiągalna w promieniu 25 kilometrów**.

Obecnie zdecydowanie więcej zakładów opieki zdrowotnej podaje, że wdraża minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Wszystkie wymienione wyżej przekształcenia były spójne z zadaniami strategicznymi Strategii sektorowej i kierunkami restrukturyzacji Ministerstwa Zdrowia.

W zakresie **Modelu Deklaracji Praw Pacjenta WHO** nie wystąpiły większe zmiany. Nadal w jednostkach obowiązuje upowszechnianie i ujawnianie Karty Praw Pacjenta. Zdecydowana większość podmiotów podała, iż regulaminy wewnętrzne jednostek ochrony zdrowia zostały dostosowane do Karty Praw Pacjenta, a ich pracownicy zapoznają się z jej treścią na zasadach określonych właśnie w regulaminach. Wzmocnieniu ochrony praw pacjenta nadal służy Rzecznik Praw Pacjenta w Zachodniopomorskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia i częściowo rzecznicy odpowiedzialności zawodowej w organach samorządów zawodów medycznych.

Poniżej w tabeli przedstawiono efekty restrukturyzacyjne w zakresie opieki medycznej w dwóch porównywalnych okresach sprawozdawczych na podstawie informacji samorządów i zakładów opieki zdrowotnej.

Tab. 3 Efekty przyjętych kierunków restrukturyzacji w opiece medycznej

Efekt	I okres sprawozdawczy		II okres sprawozdawczy	
	Lokalizacja	Liczba łóżek	Lokalizacja	Liczba łóżek
Utworzenie łóżek pielęgnacyjno-opiekuńczych	SP ZZOZ GRYFICE	18	x	x
Utworzenie oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych	SZPITAL POWIATOWY GRYFINO	38	x	x
	ZOZ KOŁOBRZEG	13	x	x
Utworzenie zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych	ZPO BARLINEK	29	SZPITAL POWIATOWY GOLENIÓW	36
Utworzenie łóżek opiekuńczo-leczniczych	SZPITAL POWIATOWY GOLENIÓW	6	SPZGiChP KOSZALIN	12
	x	x	WSZ Szczecin	6
	x	x	ZOL TUCZNO	3
Utworzenie oddziałów opiekuńczo-leczniczych	SZPITAL POWIATOWY GRYFINO - NOWE CZARNOWO	21	x	x
	SPS ZZOZ Zdroje	17	SPS ZZOZ Zdroje	10
Utworzenie zakładów opiekuńczo-leczniczych	ZOL DĘBNO	20	ZOL DĘBNO	14
	SPZOL TUCZNO	106	x	x
	x	x	ZOL PYRZYCE	23
Wzrost liczby łóżek onkologicznych	SPECJALISTYCZNY SZPITAL SZCZECIN ZDUNOWO	15	PSK 2 SZ-N	40
Wzrost liczby łóżek psychiatrycznych	SZPITAL POWIATOWY BIAŁOGARD	9	x	x
	107 SZPITAL WOJSKOWY	47	x	x
	SPS ZZOZ Zdroje	32	SPS ZZOZ Zdroje	42
Wzrost liczby łóżek rehabilitacji psychiatrycznej	x	x	SPS ZZOZ Zdroje	45
Utworzenie oddziałów dziennych chirurgicznych	SP ZOZ SZPITAL POWIATOWY GOLENIÓW	6	x	x
	x	x	SP ZOZ BORNE SULINOWO	3
	SPECJALISTYCZNY SZPITAL SZCZECIN ZDUNOWO	1	x	x
Utworzenie dziennych oddziałów chemioterapii	REGIONALNY SZPITAL ONKOLOGICZNY	5	109 SZPITAL WOJSKOWY	5
	SPECJALISTYCZNY SZPITAL SZCZECIN ZDUNOWO	3	x	x
	SZGiChP KOSZALIN	2	x	x
RAZEM		388		552

oprac. na podstawie informacji samorządów lokalnych i sp zoz-ów

Współpraca zagraniczna

Województwo Zachodniopomorskie już od momentu powstania samorządów województwa podejmowało aktywne działania w zakresie współpracy z najbliższymi sąsiadami za zachodnią granicą. W 1999 r. odbyły się pierwsze spotkania z przedstawicielami Landu Brandenburgia i Landu Meklemburgia. Ustalono obszary wzajemnej współpracy, która polegała przede wszystkim na wzajemnym zapoznaniu się z systemami ochrony zdrowia. Od tego czasu prowadzono wiele dyskusji na temat ubezpieczeń zdrowotnych, struktury opieki zdrowotnej w aspekcie rozszerzenia Unii Europejskiej oraz transgranicznych usług medycznych z udziałem przedstawicieli kas chorych, samorządów terytorialnych, zakładów opieki zdrowotnej.

Nawiązane kontakty dały podstawę do rozwinięcia współpracy między szpitalami po obu stronach granicy oraz podjęcie wymiany doświadczeń w niektórych dziedzinach opieki zdrowotnej jak: **ratownictwo medyczne, opieka psychiatryczna, profilaktyka uzależnień, budowa sieci telemedycznej.** Dotychczas we współpracy uczestniczyli: Klinika Uniwersytecka w Greifswaldzie z Regionalnym Szpitalem Onkologicznym w Szczecinie, Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie ze Szpitalem w Eberswalde, Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie ze Szpitalem Christophorus-Diakoniewerk w Ueckermünde, Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie z pogotowiem ratunkowym powiatów przygranicznych Ostvorpommern, Becker-Randow i Pasewalk.

Jednym z przykładów rozszerzania naszych kontaktów ze stroną niemiecką jest m.in. nawiązanie **współpracy naszego województwa z „Niemiecko-Polskim Forum Zdrowia” – stowarzyszenie z siedzibą w Berlinie.** Celem współpracy z Forum jest poprawa wymiany doświadczeń, rozszerzenie i intensyfikacja kooperacji pomiędzy przedstawicielami polskiej i niemieckiej opieki zdrowotnej. Intencją wspólnych działań jest osiągnięcie lepszego porozumienia i lepszych uzgodnień oraz bardziej intensywnej wymiany transferu know-how pomiędzy Niemcami a Polską. Dzięki współpracy z „Niemiecko- Polskim Forum Zdrowia” mieliśmy możliwość uczestniczyć w licznych niemieckich kongresach oraz organizować konferencje w naszym województwie na temat ochrony zdrowia, wymiany nowych pomysłów, wyników i doświadczeń na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej po obu stronach granicy. Jedną z konferencji pn. „Współpraca polsko-niemiecka w zakresie ochrony zdrowia w aspekcie wstąpienia Polski do Unii Europejskiej” odbyła się w kwietniu 2004 r. w Szczecinie. Dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej z terenu całego województwa zachodniopomorskiego skorzystali z niemieckich przykładów planowania zabezpieczenia opieki zdrowotnej oraz gromadzenia danych o pacjentach i tworzenia baz do rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych pacjentów obcokrajowców. Dzięki „Niemiecko-Polskiemu Forum Zdrowia” zapoznano się z organizacją bazy logistycznej w Klinice Uniwersyteckiej Charite w Berlinie. Z prezentowanych przykładów i rozwiązań dotyczących systemu zaopatrzenia szpitala i utrzymania czystości w szpitalu skorzystało wielu zarządzających naszymi szpitalami.

W dniu 22.09.2004 r. odbyło się **XXXII Polsko-Niemieckiego Forum Przedsiębiorców „Zdrowie nie ma ceny” w Greifswaldzie** poświęcone przedstawieniu dotychczasowej współpracy

przygranicznych regionów Polski i Niemiec w zakresie rozwoju sieci telemedycznej oraz opieki i profilaktyki zdrowotnej w tym prewencji AIDS i uzależnień.

Bardzo dobrą wymianę doświadczeń stanowiła konferencja zorganizowana dwukrotnie w 2004 r. w Kołobrzegu pn. „**Zarządzanie szpitalem**”. Wzięli w niej udział dyrektorzy szpitali z terenu województwa zachodniopomorskiego. Wykładowcami byli specjaliści niemieccy. Tematyka okazała się niezwykle ciekawa, dotyczyła bowiem niemieckich doświadczeń w zakresie marketingu szpitali, organizacji pracy i struktur organizacyjnych w szpitalu, dokonywania zakupów zgodnie z uwarunkowaniami prawnymi Unii Europejskiej, zarządzania personelem oraz prowadzenia negocjacji przy podpisywaniu umów.

Współpraca przygraniczna nabrała większego znaczenia zwłaszcza teraz, gdy niektóre zadania można wykonywać wspólnie z innymi krajami europejskimi.

Ciekawą inicjatywą jest niemiecko-polski projekt „**Sieć telemedyczna wspomagająca leczenie chorób nowotworowych w Euroregionie Pomerania**”, który obejmuje obecnie pięć szpitali Landu Meklemburgia oraz dwa szpitale szczecińskie: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 i Regionalny Szpital Onkologiczny. Projekt jest dofinansowany z funduszy unijnych. Sieć pozwoli na wymianę informacji w zakresie diagnozowania i terapii chorób nowotworowych między poszczególnymi szpitalami. Utworzenie nowej struktury komunikacji umożliwi rozwój telepatologii, teleradiologii i telekonferencji.

Przykładem **współpracy wielonarodowej jest przystąpienie Województwa Zachodniopomorskiego do realizacji w latach 2005-2007 projektu pn „BORDERNET HIV/AIDS i STD (choroby przenoszone drogą płciową) – prewencja, diagnostyka i terapia transgraniczna wzdłuż starych i nowych granic UE”**, w którym uczestniczy 13 partnerów z 6 państw: Polski, Niemiec, Austrii, Słowacji, Słowenii i Włoch. Projekt został przyjęty przez Komisję Europejską do dofinansowania w 50% w wysokości 59 960 Euro dla województwa zachodniopomorskiego. Pozostałą część kosztów projektu sfinansuje Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego. Podstawowymi zadaniami realizowanymi w ramach projektu jest usprawnienie bazy regionalnego transgranicznego planowania w celu osiągnięcia standardów europejskich, ulepszenie diagnostyki, profilaktyki i leczenia w grupach ryzyka oraz szkolenie nauczycieli, policjantów, pielęgniarek.

Nawiązano też współpracę z **Departamentem Loary Atlantyckiej we Francji**. Wzajemne wizyty pozwoliły na zapoznanie się z organizacją i finansowaniem ochrony zdrowia. W ramach tej współpracy Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie nawiązała współpracę z Uniwersytetem w Nantes.

Następnym przykładem dobrej współpracy zagranicznej jest **umowa Twinningowa Niemcy – Polska „Walka z Narkotykami - Kontynuacja”**. W ramach trwającej od 2003 roku Umowy nadal trwają prace nad oceną sytuacji związanej z redukcją popytu i podaży na narkotyki w Polsce. Najważniejszym jest tu zidentyfikowanie głównych obszarów wymagających rozwoju i wsparcia oraz określenie potrzeb instytucji i organizacji zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii. Stronę niemiecką reprezentują Ministerstwo Zdrowia i Polityki Społecznej, a polską Ministerstwo Zdrowia z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Umowa została podzielona na **3 komponenty**.

Pierwszy z nich obejmuje współpracę w ramach Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Polega to na dostosowywaniu systemów zbierania danych i ich analizy do wymogów europejskich oraz zapewnieniu sprawnego przepływu informacji między instytucjami tworzącymi sieć monitorującą. Z Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii w Warszawie na stałe współpracuje 16 ekspertów wojewódzkich z poszczególnych województw. Od dwóch lat ekspert opracowuje corocznie Raport wojewódzki dot. skali zjawiska narkomanii i problemu narkotyków na terenie województwa. Dokument ten jest częścią składową krajowego raportu przekazywanego do EMCDDA, a następnie są one umieszczane w języku polskim i angielskim na ich stronach internetowych z możliwością porównywania z innymi krajami UE.

Drugi komponent wiąże się ze wzmocnieniem kooperacji i koordynowaniem działań instytucji i organizacji w ramach ograniczania popytu na narkotyki na terenach przygranicznych Polski i Niemiec. **Są to działania bezpośrednio dotyczące naszego województwa:**

- wizyty studyjne po obu stronach do więzień i centrów leczenia substytucyjnego i zapoznanie się z programami wymiany igieł i strzykawek, a także ofertą terapeutyczną
- warsztaty dla personelu więziennego i organizacji pozarządowych w jednym z więziennych ośrodków szkoleniowych w celu wypracowania działań ukierunkowanych na redukcję popytu w więzieniach
- szkolenia w zakresie ewaluacji programów dot. profilaktyki, rehabilitacji i redukcji szkód
- warsztaty regionalne dla realizatorów krajowych i lokalnych programów redukcji popytu i podaży narkotyków
- już odbyły się dwie wizyty studyjne dla regionów przygranicznych - w Szczecinie i w Zielonej Górze z przeznaczeniem dla przedstawicieli władz i organizacji pozarządowych oraz podmiotów zaangażowanych w sektor uzależnień z obu krajów
- **efekt - nawiązanie ścisłej współpracy z podregionem koszalińskim w zakresie strategii, planów działań i konkretnych przedsięwzięć związanych z dalszym rozwojem systemu pomocy w narkomanii.** Partner niemiecki uzasadnił ten wybór niższym zabezpieczeniem opieki nad osobami uzależnionymi w stosunku do pozostałych obszarów województwa.

Trzeci komponent skierowany jest bezpośrednio na zintegrowanie rozwiązań systemowych i legislacyjnych z Unijnym Planem Działania w zakresie Przeciwdziałania Narkomanii. Urzędy marszałkowskie uczestniczą w nim pośrednio poprzez opiniowanie niezbędnych aktów prawnych w tym zakresie.

Wobec dobrych efektów, jakie przyniosła dotychczasowa współpraca zagraniczna w zakresie ochrony zdrowia, w celu lepszego rozwoju zapoczątkowanych kontaktów i aktywnego udziału w podejmowanych działaniach w zakresie bieżącej pracy na rzecz ochrony zdrowia należy podtrzymać i rozwijać wszystkie inicjatywy. Daje to szansę zarówno dla rozwoju jednostek opieki zdrowotnej jak też dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów i pracowników ochrony zdrowia.

Jednocześnie, zagraniczną współpracę w zakresie ochrony zdrowia prowadzą samodzielnie zakłady opieki zdrowotnej i samorządy lokalne. Zakres tej współpracy w dwóch okresach sprawozdawczych przedstawia poniższa tabela.

Tab. 4 Współpraca zagraniczna w zakresie ochrony zdrowia sp zoz-ów i samorządów lokalnych

Kto ? - nazwa instytucji	I okres spr.	II okres spr.	Z kim ? - nazwa instytucji/kraj/region	Obszar i formy współpracy
Urząd Miasta i Gminy Gryfino		x	Burmistrz miasta Schwedt/ Niemcy	przekazanie środków medycznych dla szpitala w Gryfinie
Starostwo Powiatowe Myślibórz		x	Powiat Marchijsko-Odrzański/Niemcy	spotkania robocze i warsztaty na lata 2005-2006
Szpital Powiatowy Białogard	x		Niemcy, Dania, Francja	darowizny sprzętu medycznego
Urząd Miejski Koszalin	x		Urząd Miejski/ Neubrandenburg/ Niemcy	wymiana pracowników, wymiana niepełnosprawnych sportowców
Specjalistyczny SPZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą Szczecin - oddział nefrologii dziecięcej ze stacją dializ	x	x	Uniwersytecka Klinika Nefrologii i Chorób Metabolicznych/Hannover /Niemcy	wymiana doświadczeń klinicznych, szkolenia podyplomowe z nefrologii, wyjazdy szkoleniowe, konsultacje pacjentów
Specjalistyczny SP ZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą Szczecin- oddział kliniczny ortopedii dziecięcej i młodzieżowej	x		Uniwersytecka Klinika Ortopedii/Niemcy/Erlangen	metody leczenia chorób mięśni, postępowanie z bocznym skrzywieniem kręgosłupa, operacyjne leczenie ortopedyczne chorób neuromięśniowych
Specjalistyczny Szpital Szczecin Zdunowo - oddział torakochirurgii		x	Klinika Torakochirurgii/USA/St.Louis	cykliczne roczne pobyty naukowe asystentów oddziału chirurgii klatki piersiowej
	x		Klinika Torakochirurgii/ Szwajcaria/Berno	
Specjalistyczny Szpital Szczecin Zdunowo - oddział pulmonologii	x	x	Szpital Płucny/Niemcy/Bad Lippspringe	wymiana naukowa, pozyskanie sprzętu medycznego
Regionalny Szpital Onkologiczny Szczecin	x	x	Uniwersytet /Niemcy/Greifswald	realizacja projektu pn. Sieć telemedyczna wspierająca leczenie chorób nowotworowych w Euroregionie Pomierania w ramach Interreg III A: utworzenie sieci telemedycznej pomiędzy PAM Szczecin, Regionalnym Szpitalem Klinicznym i Szpitalem Wojewódzkim w Koszalinie, plan połączenia polskiej sieci z siecią Tumorzentrum Vorpommern w Greifswaldzie.
SP Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	x	x	Werner Forssmann Krankenhaus/Niemcy/Eberswald Szpital Wolnego Uniwersytetu/Berlin	wymiana doświadczeń, wymiana lekarzy, współpraca w euroregionie

Oprac. na podstawie informacji samorządów i sp zoz-ów

Samorządy powiatowe z reguły prowadzą współpracę doraźną związaną z realizacją określonego zadania, jak np. przekazanie sprzętu medycznego. Natomiast regionalne placówki specjalistyczne podjąwszy współpracę w pierwszym okresie sprawozdawczym nadal ją kontynuują, a nawet poszerzają o nowych współpracujących, np. szpital w Zdunowie. Zakończona została współpraca Szpitala Dziecięcego w Szczecinie z partnerem niemieckim w zakresie ortopedii dziecięcej.

B. ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ OPIEKI MEDYCZNEJ

Organizacja systemu podstawowej opieki zdrowotnej poprzez wzmocnienie instytucji lekarza rodzinnego

Rozmieszczenie praktyk lekarza rodzinnego z uwzględnieniem kryterium dostępności mieszkańców zamieszkujących teren gminy

Z roku na rok stale wzrastają liczby zatrudnionych lekarzy rodzinnych i lekarzy pediatrów oraz stomatologów, a także rosną liczby pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych. Nadal panuje tendencja wzrostowa w liczbie udzielanych porad. Jest to efekt realizacji założenia kompleksowych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, czyli porady lekarskiej połączonej z opieką pielęgniarską i podstawowymi badaniami diagnostycznymi. Poniżej w tabeli zilustrowano zmiany w strukturze podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w porównaniu do pierwszego okresu sprawozdawczego.

Tab. 5 Rodzaje podmiotów POZ

Rodzaj zakładu	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy
publiczny	20	42
niepubliczny	218	224
indywidualna praktyka lekarska	89	87
indywidualna praktyka pielęgniarska	37	56
grupowa praktyka pielęgniarska		2
Razem	364	411

opracowanie na podstawie danych z ZOW NFZ

W każdej gminie jednostka POZ musi obejmować opieką medyczną taką liczbę pacjentów, jaka wynika ze wskaźników zabezpieczenia. Analiza przedłożonych ankiet w zakresie POZ umożliwiła określenie następujących wniosków:

- zatrudnienie większej liczby lekarzy rodzinnych zmniejszyło liczbę pacjentów per capita,
- zmniejszyła się również liczba mieszkańców gmin po Narodowym Spisie Powszechnym z roku 2002, co miało wpływ na powyższe statystyki,
- ta sama relacja dotyczy pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych,
- zmniejszająca się liczba uczniów umożliwiła pielęgniarkom szkolnym zbliżenie się do przyjętego wskaźnika 800 uczniów na 1 pielęgniarkę szkolną,
- wskaźniki dla położnych pozostały bez zmian,

- zdarzają się gminy, w których ze względów terytorialnych istnieją rozbieżności od przyjętych wskaźników, np: na 1 lekarza przypada 1138 pacjentów, a na 1 pielęgniarkę 662; na 1 położną 400 kobiet i na 1 pielęgniarkę szkolną 143 uczniów.

Uśredniając wyniki na podstawie danych z Ankiet wygląda to następująco – Tab. 6

Tab. 6 Wskaźniki zabezpieczenia w POZ

Wyszczególnienie	Liczba mieszkańców przypadająca na jednego ...					
	ZOZ resortowe	ZOZ wojewódzkie	ZOZ powiatowe	ZOZ gminne	Średnia wojewódzka	Norma (±10%)
lekarz rodzinny	2 500	1 742	2318	2195	2188	2500
pielęgniarka	2 500	2 200	2310	2010	2255	2500
położna *	6 000	4 629	5432	4021	5020	6000
pielęgniarka szkolna **	x	718	1113	798	876	800

* - liczba kobiet
** - liczba uczniów

opracowanie na podstawie informacji samorządów i sp zoz-ów

Zniesienie barier geograficznych związanych z połączeniami komunikacyjnymi i z odległością od miejsca zamieszkania do placówki POZ

Dynamiczny rozwój podstawowej opieki zdrowotnej i jej całodobowe zabezpieczenie zdecydowanie zmniejszyły bariery geograficzne i komunikacyjne w dostępności świadczeń. Praktyka lekarza rodzinnego w gminach dostępna jest poniżej założonego wskaźnika odległości do 20 km.

Wdrożenie standardów świadczeń usług medycznych wpływających na jakość świadczeń z zakresu medycyny rodzinnej

Standardy świadczeń w zakresie medycyny rodzinnej są uwarunkowane zapisami umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Najważniejszym elementem jest tu zabezpieczenie opieki całodobowej z uwzględnieniem standardu zabezpieczenia opieki jednego lekarza dyżurnego na 20 000 mieszkańców. Zakłady podstawowej opieki zdrowotnej z reguły przestrzegają wyżej wymienionego standardu zabezpieczenia. Jedynie na terenie Powiatu Myśliborskiego, zakłady POZ przyłączone do Porozumienia Zielonogórskiego nie pełnią opieki całodobowej. W tej sytuacji zabezpiecza ją SPZOZ Dębno. W innych gminach funkcjonują specjalne porozumienia samorządu ze szpitalami na swoim terenie w sprawie zabezpieczenia tego rodzaju opieki. Ponadto, osiem gmin podało, że mają podpisane umowy z pogotowiem.

Najbardziej rozpowszechnionymi formami zabezpieczenia opieki całodobowej są dyżury zakładów opieki zdrowotnej:

- w dni robocze: w siedzibie i /lub po telefonem w godzinach 18 - 8 i 19 – 7
- w soboty i święta: całą dobę
- wizyty domowe na wezwanie chorego: całodobowo.

Według uśrednionych miesięcznych wyników najwięcej pacjentów korzysta z dyżurów pod telefonem i w siedzibie. Uzupełnieniem są gabinety zabiegowe otwarte w soboty i święta najczęściej w godzinach do 12 i do 17. Średnia liczba pacjentów na dyżurze waha się pomiędzy kilkoma osobami, a kilkudziesięcioma. Jest to uwarunkowane wieloma czynnikami zdrowotnymi i środowiskowymi.

Zakłady POZ zobowiązane są do realizacji zadań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia wśród swoich podopiecznych. Poniżej podane są zakresy działań i liczba samorządów gminnych, które podały, że działania tego typu realizują zakłady POZ na ich terenie:

- Choroby układu krążenia - 42
- Nowotwory - 30
- Choroby układu oddechowego - 22
- Cukrzyca -17
- Uzależnienia -15
- Próchnica zębów -12
- Szczepienia ochronne -12
- Choroby układu ruchu -9
- HIV/AIDS -5

Ponadto, wykorzystując środki własne samorzady gminne organizują działania o charakterze akcyjnym, jak: pomiary ciśnienia, poziomu cukru i cholesterolu; dalej badania mammograficzne; tzw. „białe soboty”; badania osteoporozy, ponadto, spirometrie, badania wzroku i słuchu oraz prostaty, a także okresowe konsultacje specjalistów.

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 diagnostyki ambulatoryjnej. Poniżej przedstawiono ocenę tychże warunków na podstawie nadesłanych danych z samorządów gminnych (Tab.7 i Tab.8) z dwóch okresów sprawozdawczych.

Tab. 7 Ocena warunków panujących w zakładach POZ

Wyszczególnienie	I okres	II okres	I okres	II okres	I okres	II okres	I okres	II okres
	Niedostateczne		Dostateczne		Dobre		Bardzo dobre	
warunki lokalowe	x	1	8	17	47	46	7	16
warunki techniczne	x	1	14	25	43	42	5	8
warunki sanitarne	x	x	6	13	45	49	8	20
wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny	x	4	12	22	43	49	6	5
dostęp do aparatury i sprzętu medycznego	x	6	6	19	44	47	7	9
Razem	x	12	46	96	222	233	33	58

Oprac. na podstawie informacji samorządów

x – nie odnotowano

Tab. 8 Zabezpieczenie diagnostyki ambulatoryjnej

Diagnostyka ambulatoryjna	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy
Liczba punktów pobrań	156	141
Liczba jednostek diagnostyki laboratoryjnej	94	86
Liczba jednostek diagnostyki obrazowej	159	138

Oprac. na podstawie informacji samorządów

Według opinii samorządów gminnych:

- Realizowane formy podstawowej opieki całodobowej są wystarczające.
- Zabezpieczenie lokalowe i sprzętowe wymaga jeszcze zmian i dostosowania do optymalnych warunków.
- Liczba jednostek diagnostyki ambulatoryjnej zmniejszyła się z powodu przekształceń w pionie laboratoryjnym i z powodu wyeksploatowania sprzętu diagnostyki obrazowej (RTG). Sytuacja nie wpłynęła na zmniejszenie dostępności do tych usług.

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

Samorządy gminne bez względu na to, czy są organem tworzącym czy nie dla zakładów opieki zdrowotnej, ponoszą odpowiedzialność za zabezpieczenie lokalnej opieki zdrowotnej.

Główne **sposoby sprawowania nadzoru**, jakie podały samorządy gminne to:

- zabezpieczanie bazy lokalowej, nadzór nad dzierżawą i poddzierżawą lokali, zakupy sprzętu i aparatury, np. UG Cedynia, UG Dobra, Miasto Stargard Szcz.
- monitorowanie działalności zakładów opieki zdrowotnej: cykliczna sprawozdawczość, analiza kontraktowania usług, okresowe kontrole jednostki, roczne oceny funkcjonowania, plany finansowo-rzeczowe, np. UG Golczewo, UG Przelewice, UG Polanów, UG Borne Sulinowo,
- monitorowanie potrzeb zdrowotnych i wnioskowanie o zmiany w kontraktowaniu usług bezpośrednio do nzo-ów i pośrednio do NFZ, np. UG Białogard
- negocjowanie kontraktów z NFZ, np. UG Chociwel
- analiza skarg i wniosków pacjentów, np. UG Suchań
- zatrudnienie ze środków własnych lekarzy specjalistów - ginekologa, stomatologa, np. UM Ustronie Morskie

Zapewnienie dostępności opieki stomatologicznej

Od początku reformy ochrony zdrowia wzrosła liczba lekarzy stomatologów na terenie całego województwa o jedną trzecią. Na przestrzeni tych lat odnotowano prawie pełną prywatyzację tych usług w ramach niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej i w oparciu o indywidualne oraz grupowe praktyki lekarskie. Część z nich posiada pełną lub częściową umowę z NFZ, a pozostali prowadzą praktykę bez dofinansowania z NFZ. Szczegółowe informacje na temat liczby i wskaźników zatrudnienia lekarzy stomatologów w województwie poniżej w tabelach 9 i 10.

Tab. 9 Liczba lekarzy stomatologów

Wyszczególnienie	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy
Liczba lekarzy stomatologów ogółem	749	914
w tym		
w publicznych zakładach	173	152
w niepublicznych zakładach	339	458
w gabinetach prywatnych	237	304

oprac. na podstawie Informatorów statystycznych ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego

Tab. 10 Wskaźnik zatrudnienia lekarzy stomatologów na 10 tys. osób według powiatów

Powiaty	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy
Koszalin	5,3	5,9
Szczecin	9,4	11,9
Świnoujście	0,9	2,4
Białogardzki	3,6	3,3
Choszczeński	1,6	1,8
Drawski	3,1	3,4
Goleniowski	2,5	2,3
Gryficki	1,9	3
Gryfiński	2,9	3
Kamieński	2,2	3,1
Kołobrzeski	3,8	4,9
Koszaliński	2,2	1,7
Łobeski	0,8	1,8
Myśliborski	1,7	3,6
Policki	3,6	4,3
Pyrzycki	1,9	1,7
Sławieński	2,5	2,9
Stargardzki	2	3,3
Szczecinecki	3,7	4,5
Świdwiński	2,3	1,6
Wałecki	2,3	2,9
Województwo	4,4	5,4

oprac. na podstawie Informatorów statystycznych ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego

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

Analizując poradnictwo w zakresie opieki stomatologicznej liczba tych usług stale wzrasta. Samorządy i zakłady podały, że najtrudniej jest osiągnąć wizytę w poradni ortodoncji, paradontologii i protetyki. Bez większych problemów uzyskuje się porady w zakresie stomatologii zachowawczej.

Poniżej w tabelach przedstawiono porady stomatologiczne w województwie według powiatów i rodzaju poradni stomatologicznych.

Tab. 11 Liczba porad stomatologicznych na 1 mieszkańca według powiatów

Powiaty	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy
Koszalin	1	1
Szczecin	1,1	1,1
Świnoujście	0,2	0,5
Białogardzki	0,6	0,8
Choszczeński	0,6	0,5
Drawski	0,7	0,7
Goleniowski	0,5	0,7
Gryficki	0,6	0,9
Gryfiński	0,6	0,4
Kamieński	0,8	0,8
Kołobrzeski	0,7	0,8
Koszaliński	0,5	0,5
Łobeski	0,04	0,3
Myśliborski	0,6	0,6
Policki	0,4	0,3
Pyrzycki	0,6	0,6
Sławieński	0,6	0,7
Stargardzki	0,8	0,5
Szczecinecki	0,9	0,8
Świdwiński	0,6	0,7
Wałecki	0,7	0,6
Województwo	0,8	0,8

oprac. na podstawie Informatorów statystycznych ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego

Tab. 12 Liczba porad stomatologicznych z podziałem na poradnie

Liczba porad ogółem	I okres sprawozdawczy *	II okres sprawozdawczy *
	2 509 694	2 628 989
w tym		
stomatologia zachowawcza	2 263 351	2 348 268
ortodoncja	114 055	133 048
protetyka	68 171	71 974
chirurgia stomatologiczna	64 117	75 699

oprac. na podstawie Informatorów statystycznych ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego

I * - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę liczby porad z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

Priorytetowym działaniem strategicznym w zakresie opieki stomatologicznej jest również **zabezpieczenie i poszerzanie koszyka świadczeń dla dzieci i młodzieży szkolnej**. Na zwiększenie dostępności do stomatologii dziecięcej zdecydowany wpływ mają kontrakty na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży w gabinetach szkolnych i międzyszkolnych.

Według informacji zawartych w ankietach, 41 % podmiotów uważa, że zabezpieczenie opieki i profilaktyki stomatologicznej w szkołach jest niewystarczające. Samorządy terytorialne radzą sobie z tym problemem na różne sposoby:

- organizacja gabinetu stomatologicznego w szkołach i ich wyposażenie, np. **UG Ińsko**, **UM Kalisz Pomorski**, **UM Międzyzdroje**, **UG Gościno**,
- gabinet stomatologiczny w ośrodku zdrowia
- dodatkowe zatrudnienie stomatologa, np. **UM Ustronie Morskie**
- organizacja akcji mających na celu prowadzenie przeglądów okresowych stanu uzębienia dzieci i młodzieży w większości gmin,
- organizacja pomocy doraźnej, np. **UG Rewal**,
- porozumienie między lekarzami a nauczycielami w sprawie cyklicznych spotkań ze stomatologami,
- wpływ i negocjacje z NFZ w sprawie limitowania usług, np. **UG Chociwiel**
- nieodpłatna dzierżawa gabinetu za opiekę nad dziećmi i młodzieżą, np. **UM Dziwnów**
- transport grupowy dzieci do lekarza do miasta według szczególnego terminarza, np. **UG Wałcz**.

Leczenie stomatologiczne osób upośledzonych umysłowo wciąż odbywa się w placówkach wskazanych przez konsultanta wojewódzkiego ds. anestezjologii i intensywnej terapii. Jest to finansowane przez NFZ.

Nadal rozwijają się działania na polu edukacji i profilaktyki stomatologicznej wśród samorządów lokalnych, głównie gmin. Przy pomocy świadczeniodawców i sponsorów organizowane są lokalne akcje profilaktyki próchnicy i paradontozy. Największy udział gmin dotyczy jednak współorganizowania i współfinansowania bazy lokalowo-sprzętowej na potrzeby opieki stomatologicznej. Profilaktykę stomatologiczną w ramach kontraktu z NFZ na fluoryzację prowadzą pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania oraz pielęgniarki środowiskowo-rodzinne.

Zdaniem ankietowanych, generalnie lepszy dostęp do stomatologa jest w powiatach niż w samych gminach. Na przykład, **Powiat Goleniowski** jako jedyny zabezpiecza opiekę stomatologiczną w całości we wszystkich podległych szkołach.

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 odbywa się poprzez następujące działania:

- inwentaryzację zasobów i bazy kadrowej,
- plany zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,
- właściwą alokację środków finansowych,
- organizację wysokospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej.

Główne problemy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej dotyczyły przede wszystkim:

- utrudnionej dostępności systemem skierowań lekarskich,
- długiego oczekiwania na udzielenie porady,
- braków w wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną,
- zbyt dużej odległości do poradni specjalistycznej.

Na przestrzeni ostatnich pięciu lat zdecydowanie **zwiększyła się dostępność do poszczególnych poradni i satysfakcja pacjenta z ich funkcjonowania**, czego wyrazem są wyniki ankiet i dane statystyczne: **stopniowy wzrost liczby porad, wydłużenie czasu pracy poradni specjalistycznych, więcej pracowni diagnostycznych, uzupełnione braki sprzętowe i lokalowe przy szczególnym udziale organów tworzących.**

Poniżej w tabeli 13 przedstawiono rodzaje podmiotów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w dwóch okresach sprawozdawczych.

Tab. 13 Rodzaje podmiotów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Rodzaj zakładu	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy
publiczny	43	49
niepubliczny	111	122
indywidualna praktyka lekarska	43	80
grupowa praktyka lekarska	0	2
Razem	197	253

oprac.na podstawie ZOW NFZ

Specjalistyka ambulatoryjna na poziomie gminy, powiatu i województwa

Zasadniczym celem strategicznym w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jest doprowadzenie do **równego rozmieszczenia sieci poradni specjalistycznych na terenie województwa**. Najważniejszym jest zachowanie reguły komplementarności, czyli wyższy szczebel uzupełnia świadczenia niższego szczebla. **Poczynione przekształcenia uporządkowały sieć poradnictwa w stopniu dostatecznym.**

Zabezpieczanie specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych odbywa się:

1. **Na poziomie gminy** - położnictwo i ginekologia w stopniu dostatecznym.
2. **Na poziomie powiatu** - 14 podstawowych specjalności w stopniu wystarczającym.
3. **Na poziomie województwa** - świadczenia tzw. wysokiej specjalistyki w stopniu niewystarczającym, z uwagi na wysokie zapotrzebowanie w stosunku do ilości usług zakontraktowanych.

Według celów strategicznych największe znaczenie zdrowotne, społeczne i ekonomiczne mają poradnie specjalistyczne w następujących dziedzinach medycyny: kardiologia, onkologia, diabetologia, zdrowie psychiczne i rehabilitacja.

Poniżej scharakteryzowano ambulatoryjną opiekę specjalistyczną poprzez pryzmat korzystnych zmian w liczbie poradni, udzielonych porad i wskaźników na 1 mieszkańca województwa w dwóch okresach sprawozdawczych.

Tab. 14 Liczba podstawowych poradni specjalistycznych

Nazwa poradni	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy
ogółem	826	1 041
w tym		
alergologiczna	32	31
chirurgii ogólnej	76	101
chirurgii urazowo-ortopedycznej	71	88
dermatologiczna i wenerologiczna	63	88
diabetologiczna	35	38
ginekologiczno-położnicza	172	233
kardiologiczna	45	54
neurologiczna	81	93
okulistyczna	92	119
otolaryngologiczna	77	104
rehabilitacyjna	43	47
zdrowia psychicznego	39	45

oprac. na podstawie danych Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

Tab. 15 Liczba porad specjalistycznych w województwie

Nazwa poradni	I okres sprawozdawczy *	II okres sprawozdawczy *
ogółem	4 880 940	5 396 149
w tym		
alergologiczna	174 099	214 770
chirurgii ogólnej	547 570	652 966
chirurgii urazowo-ortopedycznej	320 679	389 555
dermatologiczna i wenerologiczna	466 276	441 217
diabetologiczna	83 982	104 691
ginekologiczno-położnicza	1 255 900	1 467 121
kardiologiczna	190 038	192 289
neurologiczna	296 717	325 510
okulistyczna	703 518	721 252
otolaryngologiczna	425 787	455 022
rehabilitacyjna	160 896	164 086
zdrowia psychicznego	255 478	267 670

oprac. na podstawie danych Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę liczby porad z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

Liczba porad na 1 mieszkańca w województwie w roku 1999 wynosiła 1,5 porady. Natomiast w dwóch okresach sprawozdawczych osiągała następujące lepsze wartości:

- I okres sprawozdawczy – 1,8
- II okres sprawozdawczy – 2,1

Liczba lekarzy w poradniach specjalistycznych w roku 1999 wynosiła 724. Natomiast w dwóch okresach sprawozdawczych liczba specjalistów zdecydowanie wzrosła:

- I okres sprawozdawczy – 1 627
- II okres sprawozdawczy – 1 854

Na przestrzeni ostatnich pięciu lat zakłady opieki zdrowotnej jako **główne zmiany funkcjonowania opieki ambulatoryjnej** podają:

poziom powiatu:

- wzrost liczby porad w poradniach: chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej i kardiologicznej,
- trudna dostępność do lekarza kardiologa (pomimo wzrostu liczby poradni i udzielanych porad), neurologa i okulisty,
- dobra dostępność do poradni chirurgii ogólnej, ginekologiczno-położniczej i otolaryngologicznej.

poziom ponadpowiatowy:

- wzrost liczby porad w poradniach: gastrologicznej, endokrynologicznej, urologicznej, nefrologicznej, medycyny pracy, paliatywnej, chorób piersi i wad postawy
- dobra dostępność do większości poradni, nie wyróżnia się żadnej jako szczególnie trudno dostępną.

Poradnie kardiologiczne

Zadaniem strategicznym jest wypracowanie modelu opieki kardiologicznej w systemie: poradnia POZ, poradnia kardiologiczna i wojewódzkie centrum kardiologiczne.

Realizacji modelu służą:

- tworzenie sieci poradni specjalistycznych według wskaźnika 1 poradnia na 60-70 000 mieszkańców,
- zabezpieczenie minimum wyposażenia poradni: aparat EKG, Holter, aparat do prób wysiłkowych i aparat USG,
- edukacja kardiologiczna.

Liczba poradni kardiologicznych na terenie województwa w roku 2001 wynosiła 33. Natomiast na koniec II okresu sprawozdawczego odnotowano ich już 54. **Obecnie poradnie w pełni zabezpieczają zapotrzebowanie na tego rodzaju usługi zgodnie z przyjętym wskaźnikiem przeliczeniowym na liczbę mieszkańców.** W każdej poradni znajduje się aparat EKG, w co drugiej Holter, w 20-stu są aparaty do prób wysiłkowych i w 25-ciu aparaty USG. 24 poradnie podały, że prowadzą dodatkową edukację kardiologiczną. W Szczecinie i Koszalinie znajdują się ośrodki kardiologiczne o charakterze subregionalnym.

Poniżej w tabeli określono zmiany w tym zakresie w dwóch okresach sprawozdawczych.

Tab. 16 Poradnie kardiologiczne – liczba poradni, lekarzy i udzielonych porad

Lata	Liczba poradni	Liczba lekarzy	Liczba udzielonych porad *
I okres sprawozdawczy	45	68	190 338
II okres sprawozdawczy	54	64	192 289

oprac. na podstawie danych Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę liczby porad z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

Poradnie onkologiczne

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 porównywalnych okresach 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. 17 Poradnie onkologiczne – liczba poradni, lekarzy i udzielonych porad

Lata	Liczba poradni	Liczba lekarzy	Liczba udzielonych porad *
I okres sprawozdawczy	20	41	128 061
II okres sprawozdawczy	13	11	115 893

oprac. na podstawie danych Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę liczby porad z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

Według tych danych **liczba poradni onkologicznych maleje**, przy jednoczesnym wzroście liczby zachorowań i zgonów z przyczyn onkologicznych.

Poradnie diabetologiczne

Stale wzrastająca liczba chorych wymusza poprawę skuteczności rozpoznawania i leczenia cukrzycy. Zadania strategiczne w tym zakresie obejmują:

- tworzenie sieci poradni diabetologicznych i dwóch ośrodków wojewódzkich,
- wprowadzenie do poradni zespołu diabetologicznego w celu kompleksowego udzielania świadczeń,
- upowszechnianie badań glukometrycznych w POZ.

Liczbę poradni, liczbę zatrudnionych w nich lekarzy i udzielonych przez nich porad w dwóch okresach sprawozdawczych obrazuje tabela 18.

Tab. 18 Poradnie diabetologiczne – liczba poradni, lekarzy i udzielonych porad

Lata	Liczba poradni	Liczba lekarzy	Liczba udzielonych porad *
I okres sprawozdawczy	35	43	83 982
II okres sprawozdawczy	38	39	104 691

oprac. na podstawie danych Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę liczby porad z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

Wzrasta liczba poradni i liczba udzielonych porad diabetologicznych. Na podstawie informacji z Ankiety brakuje w poradniach: pielęgniarek diabetologicznych, dietetyków i edukatorów. Nie ma większego problemu z lekarzami diabetologami. Nie stanowią również problemu pomiary poziomu cukru w podstawowej opiece zdrowotnej. Zgodnie z opinią konsultanta wojewódzkiego nadal nie ma wojewódzkiego kompleksowego ośrodka leczenia cukrzycy.

Nowe formy poradnictwa specjalistycznego

Zachodzące zmiany społeczno-ekonomiczne na rynku usług medycznych wymusiły pojawienie się nowych form poradnictwa specjalistycznego zgodnie z nowymi potrzebami zdrowotnymi. Priorytety określone w *Strategii sektorowej* w tej części to - zróżnicowanie i poprawa dostępności do:

- onkologicznej opieki medycznej,
- psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- rehabilitacji medycznej.

Tworzenie przy publicznych zakładach opieki zdrowotnej nowych form poradnictwa specjalistycznego pośrednich pomiędzy leczeniem stacjonarnym, a ambulatoryjnym przyniosło wymierne korzyści dla świadczeniodawcy, przede wszystkim poprzez zmniejszenie kosztów hospitalizacji i dla samego pacjenta poprzez:

- skrócenie czasu pobytu w placówce ochrony zdrowia
- zwiększenie jakości życia chorego głównie w chorobach związanych z przewlekłym bólem i psychiatrycznych
- zapewnienie kompleksowej opieki medycznej

W tabeli 19 podano nowe formy poradnictwa specjalistycznego w województwie z podaniem ich lokalizacji.

Tab. 19 Nowe formy poradnictwa specjalistycznego— st. na I półrocze 2005 r.

Rodzaj poradni	Lokalizacja	Liczba poradni
Leczenia bólu nowotworowego	Gryfino	7
	Koszalin	
	Świnoujście	
	Stargard Szczeciński	
	Kamień Pomorski	
	Gryfice	
	Szczecin	
Psychiatria środowiskowa	Koszalin	4
	Szczecin Zdroje	
	Kołobrzeg	
	Szczecinek	
Dzienna rehabilitacyjna	Choszczno	6
	Koszalin	
	Połczyn Zdrój	
	Stargard Szcz.	
	Szczecin	
	Złocieniec	
Dzienna leczenia uzależnienia od alkoholu	Koszalin	4
	Szczecin	
	Szczecinek	
	Świnoujście	
Dzienna leczenia uzależnienia od narkotyków	Czaplinek	1
Leczenia otyłości	Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	1
Centrum gastrologii i leczenia otyłości	Goleniów	1
Chirurgii naczyń	Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	1
Stomatologii ogólnej w znieczuleniu ogólnym	Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	1
Stomatologii ogólnej dla pacjentów HIV i HBS	Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	2

Oprac. na podstawie informacji samorządów i spzoz

Wysokospecjalistyczna aparatura medyczna

Strategia sektorowa określiła w roku 2001 stan zabezpieczenia w wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną na terenie województwa poprzez:

- rozmieszczenie aparatury ze względu na równomierny dostęp,
- stałą kontrolę jakości i bezpieczeństwa,
- stałą kontrolę stopnia zużycia aparatury.

Od tego czasu najwięcej przybyło aparatów mammograficznych. Więcej jest tomografów komputerowych i rezonansów. Najstarsza aparatura pochodzi z 1986 r., a najnowsze aparaty są z roku 2005. Poniżej w tabeli przedstawiono zmiany w liczbie aparatów i ich lokalizację.

Tab. 20 Wysokospecjalistyczna aparatura medyczna

Nazwa aparatu	Liczba aparatów		Lokalizacja
	I okres spr.	II okres spr.	
angiograf	5	5	KOŁOBRZEG, KOSZALIN, ARKOŃSKA, PSK 2, MSWIA Szczecin
mammograf	27	36	CHOSZCZNO-2, GOLENIÓW-2, ŁOBEZ-1, GRYFICE-1, KOŁOBRZEG-2, KOSZALIN-3, POLICE-2, POŁCZYN ZDRÓJ - 1, RESKO-1, STARGARD-2, SZCZECIN-14, SZCZECINEK-4, ŚWINOUJŚCIE -1
rezonans magnetyczny	2	3	ARKOŃSKA, PSK 1, KOSZALIN
tomograf komputerowy	9	11	GRYFICE, KOŁOBRZEG, KOSZALIN-2, STARGARD, WAŁCZ W 107, SZCZECIN – 5, MSWIA Szczecin, PSK 1, ARKOŃSKA, ZDUNOWO, RSO

oprac. na podstawie informacji zakładów opieki zdrowotnej i NFZ

Do świadczeń wysokospecjalistycznych zalicza się również leczenie hemodializami, które odbywa się w wyspecjalizowanych ośrodkach dializ spełniających ściśle określone kryteria techniczne, administracyjne, organizacyjne i kliniczne zgodnie ze standardami organizacji prowadzenia ośrodka hemodializy. Na terenie województwa znajduje się 9 ośrodków dializ, w tym jeden dziecięcy. Siedem spośród nich jest jednostką samodzielną, a dwa pozostałe to część oddziału nefrologicznego.

W pięciu stacjach dializ **organizacja pracy** odbywa się w systemie trzyzmianowym, w pozostałych czterech w systemie dwuzmianowym. Dwa zakłady podały, że dodatkowo funkcjonuje system gotowości dyżurowej. Sześć z nich pracuje przez 7 dni w tygodniu, pozostałe przez 6 dni w tygodniu.

Tab. 21 Zatrudnienie i organizacja pracy stacji dializ – st. na dz. 31.12.2004 r.

Lp.	Ośrodek dializy	Liczba lekarzy					Liczba pielęgniarek	Liczba innego personelu
		nefrolog	internista	endokrynolog	kardiolog	anestezjolog	razem	technicy, salowe, recepcja itp.
1	Szpital Wojewódzki Koszalin	1	2				23	10
2	Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	4		1			20	7
3	PSK Nr 2 Szczecin	4					18	4
4	Specjalistyczny ZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą Szczecin	2 *					4	2
5	SP ZZOK Kołobrzeg	1	1				9	2
6	SP ZOZ Drawsko Pomorskie	2	2				11	1
7	SP ZZOK Gryfice	1	3**				15	8
8	SP ZOZ Choszczno	2					7	2
9	NZOZ Międzynarodowe Centrum Dializ Kołobrzeg	1	3		1	1	11	3

oprac. na podstawie informacji zakładów opieki zdrowotnej

* pediatra nefrolog

** w tym 1 z tyt. dr nauk med.

Zatrudnienie obligatoryjne to minimum dwóch lekarzy w ośrodku, w tym lekarz nefrolog – 1 na 50 pacjentów. Razem powinno być nie mniej niż 1 lekarz na 15 pacjentów. Na jednej zmianie 1 pielęgniarka winna przypadać na 4 pacjentów. Każda stacja dializ w województwie zatrudnia lekarza nefrologa. Ponadto, funkcjonują w ich strukturach lekarze interniści i endokrynolog. W stacji niepublicznej w Kołobrzegu dodatkowo pracują lekarze kardiolog i anestezjolog.

Wszystkie stacje dializ mają wydzielone stanowiska dla pacjentów – nosicieli wirusów typu HIV, HBs i HCV. Specjalistyczny ZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą w Szczecinie posiada tylko stanowisko HCV. Dwa zakłady tj. Szpital Wojewódzki na Arkońskiej w Szczecinie i NZOZ w Kołobrzegu posiadają certyfikaty ISO w zakresie zarządzania jakością.

W sumie wszystkie stacje dializ posiadają ponad 100 sztuk aparatów do dializoterapii. Najstarsze aparaty pochodzą z lat 1991 – 1992, najmłodsze z roku 2005. Stan techniczny aparatów jest bardzo różny: od bardzo dobrego do niesprawności. Zdaniem Wojewódzkiego Konsultanta Medycznego największe braki sprzętowe występują w Kołobrzegu i w Gryficach. W sumie brakuje w województwie 24 aparatów do HD i 3 uzdatniacze wody.

Zgodnie ze standardami przyjętymi w dializoterapii powinno być 50 stanowisk dializacyjnych na 1 milion ludności. Średnia krajowa na 1 milion w roku 2004 wynosiła 52, natomiast dla województwa zachodniopomorskiego 51,8. Odnotowano tu wyraźny postęp na przestrzeni dwóch okresów sprawozdawczych.

Liczba osób dializowanych w stacjach publicznych na terenie województwa w roku 2004 wynosiła 908 pacjentów. Na 1 milion ludności było to 535 osób. Natomiast średnia krajowa w tym okresie wynosiła 314,2.

Szczegółowe informacje z ośrodków dializ zawarte są w poniższych tabelach.

Tab. 22 Liczba stanowisk dializacyjnych i liczba dializowanych

Lata	Liczba stanowisk dializacyjnych		Liczba dializowanych	
	ogółem	na 1 mln ludności	ogółem	na 1 mln ludności
I okres sprawozdawczy	66	38,9	793	467
II okres sprawozdawczy	74 + 14 niepublicznych	51,8	908	535
	średnia krajowa	52	średnia krajowa	314,2

oprac. na podstawie Informatora statystycznego ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego

Tab. 23 Liczba osób dializowanych w publicznych stacjach

Ośrodek dializy	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy
Szpital Wojewódzki Koszalin	109	132
Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	184	235
PSK Nr 2 Szczecin	245	280
Specjalistyczny ZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą Szczecin	12	29
SP ZZOZ Kołobrzeg	89	84
SP ZOZ Drawsko Pomorskie	42	43
SP ZZOZ Gryfice	80	67
SP ZOZ Choszczno	32	38
RAZEM	793	908

oprac. na podstawie Informatora statystycznego ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego

W pierwszym okresie sprawozdawczym zdecydowanie **wzrosła liczba osób dializowanych**. Równocześnie stopniowo **wzrastała liczba wykonywanych dializ**. W drugim okresie sprawozdawczym według stanu na dzień 31 grudnia 2004 r. liczba dializ wynosiła 41 696 na 74 stanowiskach, czyli na **1 stanowisku wykonano 563 dializy**. Jeśli wykonanych było 41 696 dializ dla 908 pacjentów, to na jednego pacjenta przypadało 46 dializ, co pozwala przyjąć, że jeden pacjent był dializowany średnio statystycznie jeden raz w tygodniu. Na **1 stanowisko przypadało 12,3 pacjentów**.

Tab. 24 Liczba wykonanych dializ w publicznych stacjach

Ośrodek dializy	I okres sprawozdawczy *	II okres sprawozdawczy *
Szpital Wojewódzki Koszalin	14 558	19 055
Szczecin 3 stacje dializ razem	32 670	42 077
SP ZZOO Kołobrzeg	9 271	10 265
SP ZOZ Drawsko Pomorskie	6 624	8 174
SP ZZOO Gryfice	12 410	12 955
SP ZOZ Choszczno	4 004	9 098
RAZEM	79 537	101 624

oprac. na podstawie Informatora Statystycznego i zoz-ów

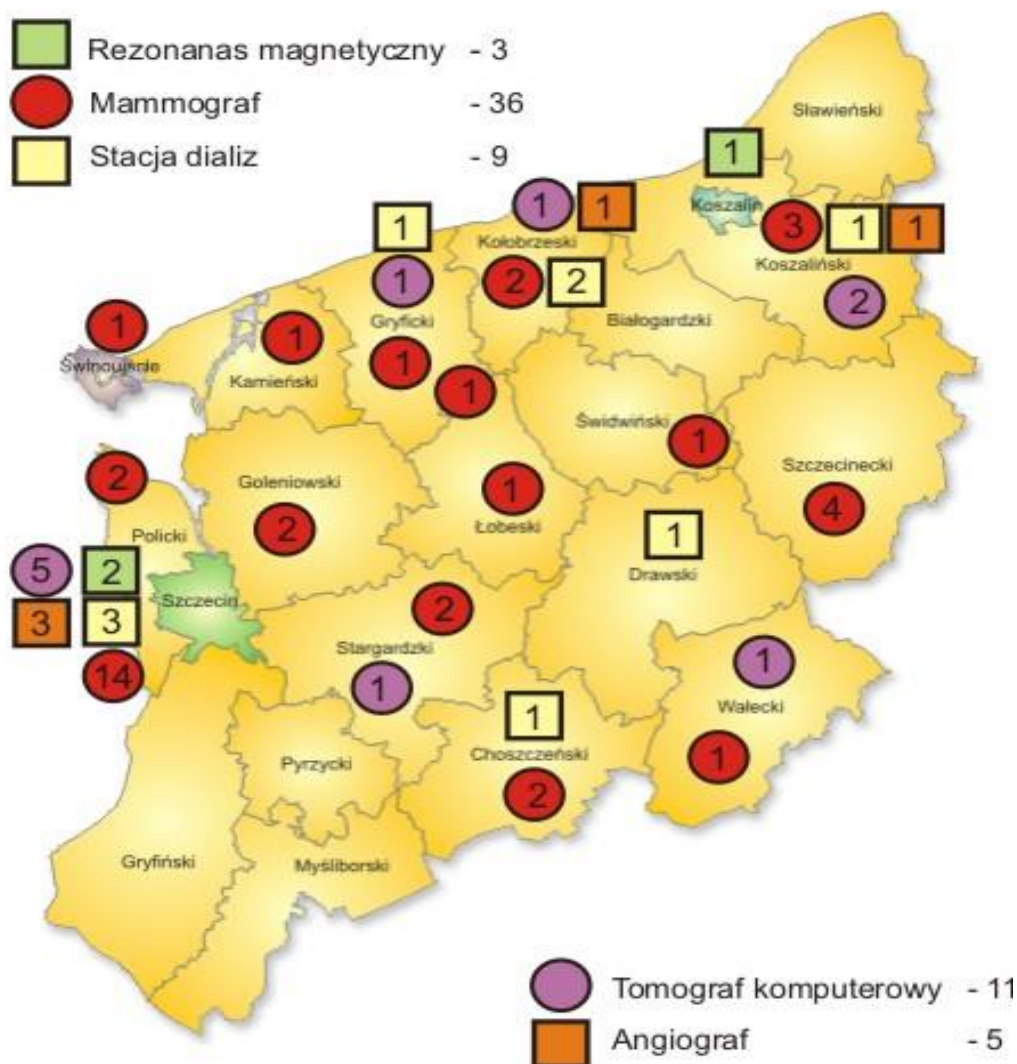
* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę liczby dializ z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

Rozmieszczenie stacji dializ jest nierównomierne. Powiaty ościenne: Świnoujście, Gryfino, Myślibórz, Szczecinek, Sławno zmuszone są korzystać z usług stacji dializ w innych powiatach. Zdaniem Wojewódzkiego Konsultanta Medycznego ds. nefrologii niedopuszczalnym jest kilkusetkilometrowe transportowanie chorych ze Świnoujścia czy Szczecinka do leżących centralnie ośrodków dializ.

Podsumowując - na podstawie przedłożonych Ankiet można stwierdzić, że zarówno jednostki ochrony zdrowia, jak i samorządy terytorialne mają na względzie stałą kontrolę jakości i bezpieczeństwa aparatury medycznej oraz kontrolę stopnia jej zużycia. Pomimo niedostatecznych środków finansowych szpitale nadal dokonują zakupów sprzętu i aparatury medycznej nowej lub odtworzeniowej.

Działalność stacji dializ i lokalizację aparatury wysokospecjalistycznej według powiatów ilustruje mapa poniżej.

Rozmieszczenie aparatury wysoko specjalistycznej na terenie Województwa Zachodniopomorskiego



Lecznictwo uzdrowiskowe

W pierwszym okresie sprawozdawczym odnotowano 9 763 łóżka w 73 placówkach lecznictwa uzdrowiskowego. W drugim okresie sprawozdawczym funkcjonowało 68 zakładów oferujących usługi leczenia uzdrowiskowego na 9 190 łóżkach. Średnia liczba czynnych łóżek wynosi 6 659. Od roku 2003 obserwuje się **spadek liczby łóżek i liczby kuracjuszy**.

W tej chwili w województwie funkcjonują:

- Szpitale uzdrowiskowe - 12
- Sanatoria uzdrowiskowe - 33

- Zakłady przyrodolecznicze - 7
- Przychodnie uzdrowiskowe - 5
- Prewentoria i sanatoria rehabilitacyjne - 11

W podziale według powiatów lecznictwo uzdrowiskowe skupia się w następujących obszarach: **Kołobrzeg, Świnoujście, Kamień Pomorski, Świdwin, Sławno, Koszalin i Szczecin**. Na terenie województwa znajdują się cztery uzdrowiska należące do Unii Uzdrawisk Polskich: Świnoujście, Kołobrzeg, Kamień Pomorski i Połczyn Zdrój.

Baza lecznictwa uzdrowiskowego **poprawia się jakościowo**, o czym świadczy coraz szerszy wachlarz usług proponowanych przez zakłady i warunki ich udzielania. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego są sprofilowane według schorzeń. Najczęściej są to: choroby narządy ruchu, układu oddechowego, krążenia, reumatologiczne i ortopedyczne oraz neurologiczne.

Nadal istnieje swoisty tryb kwalifikowania na turnusy przez NFZ. Pomimo, iż ZOW NFZ stara się kontraktować jak najwięcej usług tego typu nie tylko w województwie, ale i w całym kraju, nadal limitowanie zabiegów ogranicza realizację skierowania we właściwym dla pacjenta czasie.

ZOW NFZ kontraktuje w całym kraju usługi dla dorosłych pacjentów z województwa w 43 sanatoriach, 31 szpitalach uzdrowiskowych i 31 zakładach ambulatoryjnych. Natomiast dla dzieci zabezpieczone są miejsca w 13 sanatoriach i 13 szpitalach uzdrowiskowych na terenie kraju.

Szczegółowe informacje dot. lecznictwa uzdrowiskowego w poniższych tabelach.

Tab. 25 Lecznictwo uzdrowiskowe według powiatów - st. na dz. 31.12.2004 r.

Powiaty	Placówki	Łóżka	Leczeni kuracjusze	Osobodni
Szczecin	1	36	54	8 148
Świnoujście	10	1 010	18 058	300 686
Kamień Pomorski	8	498	6 422	129 804
Kołobrzeg	31	5 424	89 124	1 309 261
Koszalin	4	442	5 312	72 093
Sławno	6	766	5 364	104 074
Świdwin	8	1 014	15 492	260 066
Razem	68	9 190	139 826	2 184 132

oprac. na podstawie Informatora statystycznego ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego

Tab. 26 Lecznictwo uzdrowiskowe – liczba zakładów, łóżek i kuracjuszy

Lata	Placówki	Łóżka	Leczeni kuracjusze*
I okres sprawozdawczy	73	9 763	352 592
II okres sprawozdawczy	68	9 190	279 727

oprac. na podstawie Informatora statystycznego ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę liczby kuracjuszy z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

Lecznictwo szpitalne

Na kształtowanie się i obecny stan lecznictwa szpitalnego w dużej mierze miał wpływ sposób jego finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Szpitale wciąż napotykają problemy związane z niewystarczającym finansowaniem świadczeń zdrowotnych oraz ich limitowaniem. Stan ten jak i potrzeby zdrowotne zmuszają do dokonywania wielu zmian w zakresie i ilości świadczonych usług medycznych oraz zmian w zakresie profilu i ilości łóżek w oddziałach szpitalnych. Rozmieszczenie jednostek opieki stacjonarnej niemal nie uległo zmianie. Tylko jedną jednostkę zlikwidowano całkowicie, tj.: Dziecięcy Ośrodek Rehabilitacyjny w Nowym Czarnowie, którego zadania przejął Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie.

Realizacja założonych priorytetów

System ochrony zdrowia województwa poprzez kolejne lata podlegał zmianom restrukturyzacyjnym w celu dostosowania się do nowych struktur organizacyjnych i potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

W piątym roku realizacji strategii w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego można stwierdzić, że doszło do **częściowej realizacji założonych celów w lecznictwie szpitalnym**, m.in.:

- zmiany struktury łóżek na korzyść opieki psychiatrycznej i długoterminowej,
- skrócenia czasu pobytu w szpitalu,
- zwiększenia liczby leczonych w oddziałach dziennych,
- likwidacji niektórych oddziałów z niskim wskaźnikiem wykorzystania łóżek,
- dokonywanie wewnętrznych przekształceń i zmian organizacyjnych w strukturze oddziałów i innych komórek organizacyjnych polegających na łączeniu, likwidowaniu i tworzeniu nowych.
- dostosowywanie liczby łóżek do aktualnych potrzeb m.in. w oddziałach położniczych, dermatologicznych, okulistycznych, zakaźnych,
- likwidowanie części zakładów poprzez: włączanie w inne struktury, przekazywanie zadań innym organom założycielskim, prywatyzację,
- rozwijanie nowych oddziałów i komórek organizacyjnych w zakresie specjalistycznego lecznictwa w kardiologii, onkologii i neurochirurgii.

Za niepowodzenia w realizacji celów strategicznych można uznać:

- wzrost liczby leczonych w szpitalach,
- słabą dynamikę przekształcania części łóżek krótkoterminowych na długoterminowe,
- niski wskaźnik wykorzystania łóżek.

Mimo wielu przygotowań do wprowadzenia zmian organizacyjnych nie było możliwe:

- przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego,

- opracowanie sieci szpitali
- ustalenie minimalnych standardów wyposażenia szpitali na poszczególnych szczeblach referencyjnych,
- stworzenie mechanizmu pozwalającego na równomierne rozmieszczenie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej.

Zasoby leczenia stacjonarnego

Zasadniczą część leczenia stacjonarnego stanowią szpitale tzw. ogólne. Do zakładów opieki zdrowotnej o charakterze stacjonarnym zaliczane są także wszystkie inne placówki świadczące opiekę zdrowotną w systemie całodobowym, tj.: zakłady opiekuńczo-lecznicze, opiekuńczo-pielęgniacyjne, hospicja, szpitale psychiatryczne i ośrodki dla uzależnionych. Za świadczenia całodobowe uważa się także świadczenia wykonywane w trybie jednodniowym.

Tab. 27 Zakłady stacjonarnej opieki zdrowotnej funkcjonujące na terenie województwa zachodniopomorskiego wg organu założycielskiego

Szpitale wg organu założycielskiego	I okres		II okres	
	Liczba szpitali	Liczba łóżek	Liczba szpitali	Liczba łóżek
Samorządu Województwa	14	4 189	13	4 328**
Powiatowe w tym 3 ZOL-e	21	3 073	20	3 045
Gminne (Nowogard)	1	111	1	111
Kliniczne	2	1 005	2	1 219
Resortowe	6*	1 182	6*	927
Niepubliczne W tym 3 ZOL-e	5	176	7	244
Razem	49	9 736	49	9 874

* w tym 117 Szpital Wojskowy w remoncie

** w tym 73 łóżek na potrzeby rehabilitacji ZUS i 86 łóżek hotelowych w radioterapii

opracowanie na podstawie informacji zoz-ów i Informatora statystycznego ZCOiPZ

W II okresie sprawozdawczym, czyli na koniec 2004 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonowało 49 stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej, w tym 42 zakłady publiczne i 7 niepublicznych. Szpital w Resku został podzielony na dwa niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej przekazane do zarządzania dwóm spółkom. Powstał jeden zakład o profilu tzw. ogólnoszpitalnym, a drugi wyodrębniono jako zakład opiekuńczo-leczniczy.

Liczba łóżek w opiece stacjonarnej na koniec **2004 r.** wynosiła **9 874**, co daje **wskaźnik 58,3 łóżek** na 10 tys. mieszkańców. W I okresie sprawozdawczym, czyli na koniec **2002 r.** liczba łóżek wynosiła **9 736** łóżek ze **wskaźnikiem 57,3 łóżek** na 10 tys. mieszkańców. Wzrost wskaźnika łóżek w 2004 r. wynika zarówno ze wzrostu liczby łóżek oraz zmniejszenia liczby mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w 2004 roku.

Tab. 28 Ogólne wskaźniki porównawcze działalności zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej

Wskaźniki	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy
Liczba łóżek	9 736	9 874
Liczba leczonych *	680 014	705 203
Średnie wykorzystanie	78,4%	68,9%
Przeciętny czas pobytu w dniach	7	6,5

opracowanie na podstawie informacji zoz-ów i Informatora statystycznego ZCOiPZ

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę leczonych z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

Z analizy wskaźników działalności szpitali wynika, że liczba łóżek w 2004 r. w porównaniu do roku 2002 uległa zwiększeniu o 138, na co miało wpływ m.in. utworzenie łóżek na potrzeby rehabilitacji rentowej ZUS oraz utworzenie dodatkowych łóżek w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, a także w lecznictwie wysokospecjalistycznym, np. neurochirurgii, kardiologii.

Liczba leczonych zwiększyła się wbrew założeniom reformy, że część leczenia szpitalnego przejmie opieka ambulatoryjna.

W 2004 r. pogorszył się wskaźnik wykorzystania łóżek - 68,9% przy znacznym jego wzroście w 2002 r. – 78,4%. Świadczyć to może o większym potencjale łóżek posiadanych przez szpitale w stosunku do wielkości niewystarczającego limitowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Możliwości zasobów łóżkowych szpitali są większe niż może je sfinansować NFZ.

W 2004 r. **najlepszy wskaźnik wykorzystania łóżka** był w oddziałach:

- psychiatrycznych 97,8%
- dla przewlekle chorych 95,3%
- chirurgii onkologicznej 87,8%
- rehabilitacyjnych 89,7%
- onkologicznych 89,4%

Niski wskaźnik wykorzystania łóżek obserwuje się w oddziałach:

- dermatologii 51,3%
- pediatrii 53,6%
- okulistyki 50,3%
- urologii 57,3%
- ginekologiczno-położniczych 59,4%

Struktura łóżek

Zmiany w strukturze łóżek nie zawsze zachowują kierunek nakreślony w strategii ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego. W przeciągu ostatnich 5 lat zwiększono liczbę łóżek krótkoterminowych. Zgodnie z celami reformy zwiększono nieznacznie zasoby łóżkowe w oddziałach rehabilitacyjnych i psychiatrycznych. Wskaźniki te jednak są jeszcze dalekie od wskaźników kierunkowych zalecanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Tab. 29 Struktura łóżek krótkoterminowych, długoterminowych i psychiatrycznych

Rodzaj opieki stacjonarnej	I okres sprawozdawczy		II okres sprawozdawczy	
	Liczba	Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców*	Liczba	Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców**
Krótkoterminowa	7 807	46,0	7 858	46,4
Długoterminowa	914	5,4	948	5,6
w tym:				
opieka długoterminowa	481	2,8	432	2,5
oddziały rehabilitacyjne	433	2,5	516	3,0
Psychiatryczna	1 015	6,0	1 068	6,3

opracowanie na podstawie informacji zoz-ów i Informatora statystycznego ZCOiPZ

Liczba ludności wg GUS

* w 2002 r. – 1 697 718

** w 2004 r. – 1 694 865

W 2004 r. w porównaniu do 2002 r. **zwiększono liczbę łóżek krótkoterminowych o 51, łóżek psychiatrycznych o 53**, co pozwoliło na osiągnięcie w 2004 r. **wskaźnika 6,3 łóżek/10 tys. mieszkańców** (wskaźnik docelowy 7,0). Doszło też do wzrostu łóżek w **oddziałach rehabilitacji o 83**, czyli osiągnięto **wskaźnik 3,0 łóżek/10 tys. mieszkańców** (wskaźnik docelowy 4,2).

Obserwuje się natomiast **zahamowanie w zakresie tworzenia i utrzymywania opieki długoterminowej**. Niewystarczające zainteresowanie zakładów opieki zdrowotnej tworzeniem i utrzymywaniem opieki zdrowotnej nad przewlekle chorymi wynika z niskiego finansowania tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W II okresie sprawozdawczym czyli na koniec 2004 r. stwierdzono **zmniejszenie liczby łóżek opieki długoterminowej o 26**. W związku z tym, w porównaniu z I okresem sprawozdawczym nastąpił spadek wskaźnika łóżek z **2,8 do 2,5 łóżek/10 tys. mieszkańców** (wskaźnik docelowy 12,0),

Tab.30 Oddziały i zakłady stacjonarnej opieki zdrowotnej nowoutworzone -I półrocze 2005 r

Nazwa nowopowstałej komórki	Liczba łóżek	ZOZ
Oddział opiek-leczniczy dla dzieci	10	Szpital Szczecin-Zdroje
Oddział rehabilitacyjny narządu ruchu	20	Szpital Szczecin-Zdroje
Oddział dzienny rehabilitacyjny	25	Szpital Szczecin-Zdroje
Oddział rehabilitacji psychiatryczno-psychosomatyczny	26	Szpital Szczecin-Zdroje
Oddział neurochirurgii i neurotraumatologii	28	Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin
Oddział rehabilitacji społecznej	23	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Tuczo
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	15	Szpital Powiatowy Barlinek
Szpitalny Oddział Ratunkowy	5	ZOZ Choszczno

Oprac. na podstawie informacji z ankiet zoz-ów

Najważniejszymi nowymi elementami w strukturze lecznictwa szpitalnego jest utworzenie Oddziału neurochirurgii i neurotraumatologii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie w styczniu 2004 r. Ważnym też było przeniesienie świadczeń rehabilitacyjnych ze zlikwidowanego Dziecięcego Ośrodka Rehabilitacji w Nowym Czarnowie do Szpitala w Szczecinie-Zdrojach.

Przekształcenia dokonywane w wewnętrznej strukturze szpitali polegały najczęściej na łączeniu oddziałów o podobnym profilu lub rozszerzaniu i dodawaniu specjalności pokrewnych w ramach jednego oddziału.

Niewykorzystany potencjał niektórych placówek opieki zdrowotnej skłonił zarządzających do poszukiwania i tworzenia nowej oferty świadczeń dla ubezpieczonych ZUS kierowanych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej. Z posiadanych informacji wynika, że ofertę dla ZUS uruchomiono w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Tuczo dla pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu oraz w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” dla pacjentów ze schorzeniami psychosomatycznymi.

Zlikwidowane zostały te oddziały, których oferta nie znajdowała zainteresowania u płatnika, a ich działalność nie była rentowna. Kolejnym powodem likwidacji oddziału było niespełnienie wymogów, dotyczyło to np. Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szczecinku.

Szczegółowe informacje o oddziałach przekształconych i zlikwidowanych w tabelach poniżej – tab. 31 i tab. 32.

Tab. 31 Oddziały utworzone w wyniku przekształcenia - st. I półrocze 2005 r.

Nazwa pierwotna komórki	Nazwa nowopowstałej komórki	Liczba łóżek	ZOZ
Gruźlicy i chorób płuc	łóżka opiekuńczo-lecznicze w ramach tego oddziału	12	SPZGiCh Koszalin
Chirurgii i traumatologii dziecięcej	Chirurgii dziecięcej z pododdziałem oparzeń i urologii	35	SSPZOZ n/Dz i Mł. w Szczecinie
Pediatryczny	Pediatryczny z pododdziałem Gastroenterologicznym i reumatologicznym	35	SSPZOZ n/Dz i Mł. w Szczecinie
Ogólnopsychiatryczny	Psychiatryczny Rehabilitacyjny	45	Szpital Szczecin-Zdroje
Wzmoczonego dozoru i anestezjologii dziecięcej	Intensywnej terapii i anestezjologii	7	Szpital Szczecin-Zdroje
Okulistyczny Zdroje z odd. Okulist. Nowe Czarnowo	Okulistyczny	25	Szpital Szczecin-Zdroje
Chemioterapii	Onkologii klinicznej	40	Regionalny Szpital Onkologiczny
Chirurgii ogólnej	Chirurgii ogólnej i naczyniowej	41	Szpital Szczecin-Zdunowo
Położniczy i Ginekologiczny	Ginekologiczno-położniczy	33	SPZOZ Barlinek
Noworodkowy i Pediatryczny	Pediatryczno-neonatologiczny	16 +11	SPZOZ Barlinek
Ortopedyczny	Pododdział Chirurgii dziecięcej		Szpital Kamień Pom.
Ortopedii dziecięcej	przeniesiony do SPSK Nr1	27	ze SSPZOZ n/Dz i Mł. w Szczecinie
Opieki długoterminowej	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	36	Szpital Powiatowy Goleniów
Pielęgnacyjno-opiekuńczy	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	23	Szpital Powiatowy w Pyrzycach
Pediatryczny i neonatologiczny	Pediatryczny	45	Szpital Drawsko
Pediatryczny	Pediatryczny z pododdziałem noworodkowym	20	Szpital Powiatowy Swinoujście
Internistyczny zakaźny	Internistyczno-kardiologiczny z podd. zakaźnym	55	Szpital Powiatowy Wałcz
Pulmonologiczny	1-go dnia pulmonologii	5	SP ZOZ Stargard Szcz.

Oprac. na podstawie informacji z ankiet zoz-ów

Tab. 32 Oddziały zlikwidowane - st. I półrocze 2005 r.

Oddział zlikwidowany	Liczba łóżek	Zakład Opieki Zdrowotnej
Oddział młodzieżowo-dziecięcy	10	SPWZGiCh Szczecin
Rehabilitacja zachowawcza		Szpital Szczecin-Zdunowo
Zakład rehabilitacji		Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	8	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Tuczo
Noworodkowy		Szpital Świnoujście
Szpitalny Oddział Ratunkowy		Szpital Szczecinek

Oprac. na podstawie informacji z ankiet zoz-ów

W strategii ochrony zdrowia zaproponowano umowny podział województwa dla potrzeb szpitalnictwa na 3 subregiony: koszaliński, gryficko-kołobrzeski i szczeciński. Pomysł ten nie został wdrożony. Trudności w tworzeniu zakładanych 3 subregionów miały m.in. związek ze zróżnicowaniem zasobów i rozmieszczeniem szpitali. W tej sytuacji racjonalnym wyjściem byłoby ustanowienie dla potrzeb analizy i zabezpieczenia leczenia szpitalnego dwóch subregionów: koszalińskiego i szczecińskiego, zgodnie z unijnym podziałem terytorialnym NUTS 3.

Analiza dostępności do leczenia szpitalnego przeprowadzona w 2004 roku wykazała równe zabezpieczenie opieki szpitalnej dla mieszkańców obu subregionów. Analizie poddano oddziały podstawowe tj.: oddziały chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii i ginekologiczno-położnicze oraz niektóre oddziały specjalistyczne.

Analiza wskaźników łóżek w oddziałach podstawowych wykazała niewielką różnicę między subregionem koszalińskim – wskaźnik 25,0 łóżek/10 tys., a szczecińskim – wskaźnik 26,6 przy średnim wskaźniku wojewódzkim – 26,1 i wskaźniku kierunkowym Ministerstwa Zdrowia – 24,0.

Największa różnica w subregionach, na korzyść subregionu szczecińskiego jest między oddziałami chorób wewnętrznych: w subregionie koszalińskim wskaźnik ten wynosi – 8,8, a w subregionie szczecińskim – 9,4.

Zasoby łóżkowe w oddziałach specjalistycznych w obu subregionach można uznać również za równomierne. Dla przykładu wskaźnik łóżek/10 tys. mieszkańców w subregionach w niektórych oddziałach przedstawia się następująco:

- oddziały kardiologiczne: koszaliński - 1,4; szczeciński - 1,6;
- oddziały otolaryngologiczne: koszaliński - 1,7; szczeciński - 1,1;
- oddziały urazowo-ortopedyczne: koszaliński - 2,0; szczeciński - 1,9;

Reasumując - należy stwierdzić, że rozmieszczenie łóżek w województwie zachodniopomorskim jest proporcjonalne w stosunku do ilości mieszkańców. Nie ma

znaczących różnic w ilości łóżek między subregionami. Wszystkie najważniejsze rodzaje specjalności szpitalnych znajdują się w obu subregionach. Z powodu lokalizacji Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, subregion szczeciński posiada dodatkowe łóżka wysokospecjalistyczne jak np.: neurochirurgia czy transplantologia.

Opieka krótkoterminowa

Wbrew założeniom strategicznym ogólna liczba łóżek krótkoterminowych w województwie uległa zwiększeniu o 51. Nie we wszystkich szpitalach powiatowych zostały zachowane oddziały podstawowe, tj.: interna, chirurgia ogólna, pediatria, położnictwo z ginekologią oraz oddziały lub łóżka intensywnej terapii. Do dużych zmian doszło w niektórych szpitalach powiatowych, np. w Pyrzycach zlikwidowano oddział dziecięcy, położniczy i zakaźny.

Strategia zakładała zmniejszenie łóżek opieki krótkoterminowej w niektórych oddziałach, zwłaszcza w tych, gdzie wykorzystanie łóżek było zbyt niskie. Poniższa tabela obrazuje dynamikę tych zmian w wybranych oddziałach.

Tab. 33 Redukcja łóżek w niektórych oddziałach krótkoterminowych

Oddział	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy	Różnica
Dermatologia	149	145	- 4
Okulistyka	241	209	- 32
Pediatria	633	610	- 20
Położniczo-ginekologiczne	1075	1058	- 17
Gruźlicy i chorób płuc	380	327	- 93
Zakaźne	231	197	- 34

opracowanie Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej
na podstawie informacji zoz-ów i Informatora statystycznego ZCOiPZ

Od 2002 r. zgodnie ze wskazaniami w Strategii zmniejszono liczbę łóżek w oddziałach, które mają niskie wykorzystanie łóżek. Jednak potrzeby zdrowotne społeczeństwa i rozwój medycyny spowodowały zwiększenie bazy łóżkowej w oddziałach wysokospecjalistycznych.

Poniższa tabela przedstawia wzrost łóżek w niektórych oddziałach krótkoterminowych.

Tab. 34 Zwiększenie liczby łóżek w niektórych oddziałach krótkoterminowych

Oddział	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy	Różnica
Kardiologiczny	286	294	+8
Urazowo-ortopedyczny	378	431	+ 53
Neurochirurgiczny	61	106	+ 45
Transplantacyjny	68	89	+ 21

opracowanie Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej
na podstawie informacji zoz-ów i Informatora statystycznego ZCOiPZ

Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa wbrew założeniom strategii w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego nie została rozwinięta w sposób zadowalający. W II okresie sprawozdawczym nastąpiło znaczne obniżenie liczby łóżek o 49, osiągając wskaźnik 2,5/10 tys. mieszkańców. Wzrost łóżek w I połowie 2005 r. o 20 i wskaźnika do 2,7 łóżek/10 tys. mieszkańców województwa wciąż jest zbyt niskie w porównaniu do wskaźnika docelowego 12,0/10 tys. mieszkańców.

Tab. 35 Liczba łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjach wg powiatów

Powiat	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy	I półrocze 2005
Koszalin	6	8	20
Szczecin	66	43	63
Świnoujście	32	32	32
Choszczno	20	0	0
Goleniów	30	36	36
Gryfice	18	0	0
Gryfino	43	21	21
Kołobrzeg	12	0	0
Łobez	38	29	29
Myślibórz	29	49	49
Police	8	8	8
Świdwin	15	13	13
Pyrzyce	18	28	23
Szczecinek	40	41	34
Wałcz	106	124	124
Ogółem	481	432	452

opracowanie Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego na podstawie informacji zoz-ów i Informatora statystycznego ZCOiPZ

Rozmieszczenie zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjum na terenie województwa, jest dość równomierne, ale odległości między poszczególnymi jednostkami są zbyt duże. **Zakładów opieki długoterminowej nie posiada osiem powiatów:** Białogard, Choszczno, Drawsko Pom., Gryfice, Kamień Pom., Kołobrzeg, Sławno i Stargard Szcz. Niektóre z nich funkcjonujące przez kilka lat, zlikwidowano ze względu na niedostateczne finansowanie, jest to Choszczno i Kołobrzeg. Natomiast z Gryfic zadania zlikwidowanego zakładu opiekuńczo-leczniczego przeniesiono do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Tucznie.

Stacjonarna opieka długoterminowa jest uzupełniana przez **pielęgniarską długoterminową opiekę domową**, która funkcjonuje w: Barwicach, Choszcznie, Gryficach, Kołobrzegu, Koszalinie, Nowogardzie, Sławnie, Stargardzie Szcz., Szczecinie, Szczecinku, Świdwinie i Złocięcu.

Ważną część opieki długoterminowej stanowi **opieka paliatywna i hospicyjna**. Założeniem było, by 1 łóżko hospicyjne przypadało na 20 tys. mieszkańców. Według liczby mieszkańców w

2004 r., w województwie zachodniopomorskim powinno być 85 łóżek zapewniających opiekę nad chorymi w stanach terminalnych. Obecnie funkcjonuje **27 łóżek**, w tym 8 w Koszalinie i 19 w Szczecinie. Hospicja stacjonarne wspierane są przez hospicja domowe, które funkcjonują przy obu wymienionych hospicjach stacjonarnych. Ponadto opieka paliatywna nad chorymi nowotworowymi jest realizowana poprzez **7 poradni paliatywnych** rozmieszczonych w powiatach: Gryfice, Gryfino, Kamień Pom., Koszalin, Stargard Szcz., Szczecin i Świnoujście. Pozostałe powiaty stanowią białe plamy. Ze względu na starzenie się społeczeństwa i wzrost zachorowalności na choroby nowotworowe należałoby w najbliższej przyszłości rozwinąć opiekę paliatywną w pozostałych powiatach posługując się „Rekomendacjami REC(2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczących organizacji opieki paliatywnej”.

Opieka psychiatryczna

Ochrona zdrowia psychicznego polega m.in. na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Ochrona zdrowia psychicznego jest zadaniem wszystkich samorządów terytorialnych. Opieka nad osobami chorymi psychicznie jest zapewniana zarówno przez opiekę zdrowotną jak i społeczną.

Kształtowanie nowoczesnego systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce znajduje się w fazie rozwoju.

Psychiatryczną opiekę zdrowotną na terenie województwa zachodniopomorskiego zapewniają publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Do bazy psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej zaliczane są również oddziały leczenia uzależnień.

Na terenie województwa zachodniopomorskiego **stacjonarne oddziały psychiatryczne** znajdują się w: Białogardzie, Szczecinie, Gryficach, Kołobrzegu, Koszalinie, Wałczu i Nowym Czarnowie. **Dzienne oddziały psychiatryczne** działają w: Szczecinie, Kołobrzegu i Świnoujściu. **Oddziały leczenia uzależnień od alkoholu** funkcjonują w: Szczecinie, Gryficach i Stanominie. Leczenie szpitalne uzależnionych od środków psychoaktywnych odbywa się w Szczecinie, a ich dalsze leczenie, rehabilitację i readaptację prowadzą stowarzyszenia i ośrodki na terenie powiatów: Drawsko Pom., Goleniów, Kołobrzeg, Koszalin i Łobez.

Tab. 36 Liczba łóżek w opiece psychiatrycznej

Oddziały psychiatryczne	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy
Stacjonarne	871	928
Dzienne	144	140
Razem	1015	1068

opracowanie Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego na podstawie informacji zoz-ów i Informatora statystycznego ZCOiPZ

Wzrost liczby łóżek w opiece psychiatrycznej jest powolny, ale systematyczny. W porównaniu do 2002 r. przybyło 53 łóżka. W 2004 r. uzyskano wskaźnik 6,3 łóżek/10 tys. mieszkańców, przy czym docelowy to 7/10 tys. mieszkańców.

W planie strategii zakładano powstanie oddziałów psychiatrycznych w Choszcznie, Stargardzie Szczecińskim i Szczecinku, co wynikało z Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia. W Stargardzie Szczecińskim i Choszcznie dotychczas nie utworzono oddziałów psychiatrycznych. W Szczecinku natomiast oddział psychiatryczny funkcjonował w latach 2001-2004 w ramach niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Z powodu niedostatecznego finansowania przez NFZ działalność oddziału została zawieszona w styczniu 2004 r.

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.

Tab. 37 Liczba miejsc i leczonych w oddziałach dziennych

Rodzaj opieki dziennej	I okres sprawozdawczy		II okres sprawozdawczy	
	Liczba miejsc	Liczba leczonych *	Liczba miejsc	Liczba leczonych*
Chirurgia onkologiczna	0	8 943	0	9056
Chirurgia ogólna	x	x	0	537
Zabiegowy	20	240	18	546
Ginekologia	x	x	0	398
Interna	x	x	0	142
Pulmonologiczny	x	x	5	513
Rehabilitacja	82	1684	72	1269
Otolaryngologia	2	1064	4	1435
Okulistyka	8	2251	5	735
Geriatrya	4	19	0	31
Chemioterapia	5	4691	10	9726
Radioterapia	x	X	0	3132
Reumatologiczny	x	X	0	72
Pediatryczny	x	X	0	339
Diagnostyczny	2	521	x	X
Razem	123	19 413	114	27 931

Oprac. na podst. Informator statystyczny

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę leczonych z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

Oddziały dzienne nie zawsze są określane liczbą łóżek czy też miejsc. Liczba miejsc w oddziałach dziennych w 2004 r. nieco zmalała w porównaniu do 2002 roku. Mimo to w II okresie sprawozdawczym liczby leczonych w oddziałach dziennych wzrosła o 8 518, co może świadczyć o potrzebie rozwoju opieki dziennej i jednodniowej.

Oprócz oddziałów dziennych rozwijają się i funkcjonują inne alternatywne formy opieki długoterminowej mające na celu przede wszystkim skrócenie czasu terapii i pobytu pacjenta w szpitalu. Są to:

- Hospitalizacja domowa - Regionalny Szpital Onkologiczny w Szczecinie
- Domowe leczenie tlenem - Zakład Gruźlicy i Chorób Płuc w Szczecinie i Koszalinie
- Domowa wentylacja mechaniczna - Zakład Gruźlicy i Chorób Płuc w Szczecinie i Koszalinie oraz Szpital Powiatowy w Gryfinie i Policach

Akredytacja szpitali

Uzyskanie akredytacji szpitali stało się w ostatnich latach mniej popularne. Może to wynikać z faktu, że dotychczas posiadanie Certyfikatu Akredytacyjnego nie było brane pod uwagę przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych przez Kasę Chorych i Narodowy Fundusz Zdrowia. Brak premiowania takich szpitali przez płatnika przyczynił się być może do słabego zainteresowania innych szpitali uzyskaniem akredytacji.

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. wznowiony do 1.04.2007 r.
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie z datą ważności do 13.06.2005 r.

W październiku 2005 r. odbędzie się kolejny przegląd akredytacyjny.

- 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. W II okresie sprawozdawczym nie było nowych akredytacji szpitali.

Prowadzenie list oczekujących na leczenie szpitalne

Od 2004 r. z chwilą wejścia w życie nowej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązują nowe zasady prowadzenia kolejek oczekujących na leczenie. Każdy świadczeniodawca ustala kolejność udzielenia świadczenia zdrowotnego, informuje pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia z uzasadnieniem przyczyn wyboru tego terminu oraz wpisuje wszystkie dane dotyczące pacjenta i jego choroby w kolejnej pozycji prowadzonej listy.

Listy oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne są, co najmniej raz w miesiącu przekazywane do NFZ i Ministra Zdrowia

Tab. 38 Liczba oczekujących i czas oczekiwania na leczenie szpitalne wg oddziałów

Oddział	Liczba oczekujących		Średni czas oczekiwania /w dniach/	
	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy
rehabilitacyjny	794	2497	187	365
kardiologiczny	200	422	210	154
chirurgii ogólnej	590	399	30	29
okulistyczny	720	194	52	51
chirurgii ogólnej i naczyniowej	0	187	0	98
chorób wewnętrznych	353	164	30	17
chirurgii uraz.-ortoped.*	184	131	60	72
dermatologiczny	17	118	14	48
urologiczny	160	112	27	28
kardiochirurgiczny	0	90	0	58
chirurgii ogólnej i transplantologicznej	0	71	0	76
położniczo-ginekologiczny	144	61	75	35
laryngologiczny	91	59	14	36
opiekuńczo-leczniczy	18	44	30	112
endokrynologiczny	0	35	0	22
pielęgnacyjno-opiekuńczy	100	23	60	49
gastroenterologii	0	20	0	35
onkologiczny	0	20	0	35
reumatologiczny	0	20	0	30
radioterapia	260	0	wg wskazań	0

* czas oczekiwania na protezy stawu biodrowego: od 1,5 – 5 lat

oprac. na podstawie informacji zoz-ów i samorządów

Analiza porównawcza ilości osób oczekujących i czasu oczekiwania na świadczenia w 2003 i 2005 roku wykazuje, że jest niemalże stały wykaz oddziałów szpitalnych, do których dostępność jest ograniczona.

Najdłuższy czas oczekiwania jest do leczenia w oddziałach: rehabilitacyjnych, kardiologicznych, urazowo-ortopedycznych oraz opiekuńczo-leczniczych.

Najwięcej osób oczekuje na leczenie w oddziałach: rehabilitacyjnych, kardiologicznych, chirurgicznych, urazowo-ortopedycznych i dermatologicznych.

Ograniczony dostęp do leczenia w niektórych oddziałach wynika przede wszystkim z limitowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ. Oddziały te zazwyczaj mają większy potencjał i często niewystarczające wykorzystanie łóżek, np. oddziały dermatologiczne przy średnim wykorzystaniu łóżek w 51,3% mają na liście 118 pacjentów, oczekujących średnio 48 dni.

C. RATOWNICTWO MEDYCZNE

Zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym na terenie województwa od 2002 roku funkcjonuje 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 sektorowej* - 1 Szpitalny Oddział Ratunkowy winien przypadać na 100-300 tys. mieszkańców. Dlatego w województwie docelowa ilość szpitalnych oddziałów ratunkowych ma 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 jest wojewódzki oddział NFZ.

Wyposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych jest ściśle uzależnione od stanu środków finansowych na ten cel. W informacjach podanych przez zakłady opieki zdrowotnej, w których istnieją szpitalne oddziały ratunkowe zauważa się, że:

- najstarszy sprzęt obejmuje laryngoskopy, respiratory i ssaki elektryczne oraz aparaty RTG,
- najczęściej wymieniane są na nowe: kardiomonitoring i aparaty EKG oraz defibrylatory,
- łatwy zakup stanowią aparaty do mierzenia ciśnienia i pompy infuzyjne,
- najtrudniej jest o droższy sprzęt diagnostyczny typu: aparaty USG i RTG, respiratory i inkubatory transportowe.

Poniżej w tabeli podane są lokalizacje SOR uruchomionych i nieuruchomionych na terenie województwa.

Tab. 39 Lokalizacja szpitalnych oddziałów ratunkowych SOR - stan na I półrocze 2005 r.

Lp.	Nazwa jednostki	Liczba łóżek		Liczba lekarzy	Liczba pielęgniarek
		obecna	docelowa		
oddziały uruchomione					
1	Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	11	11	6	14
2	SPSK Nr 1 Szczecin	10	15	7	23
3	ZOZ Kołobrzeg	6	6	4	15
4	SPZZOZ Gryfice	5	5	11	5
5	Szpital Wojewódzki Koszalin	6	8	2	16
6	S SP ZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą Szczecin	3	3	2	8
7	Szpital Powiatowy Choszczno	5	5	x	11
oddziały nieuruchomione					
8	Specjalistyczny Szpital Zdunowo	realizowane w kompleksie: od. chir. og., izba przyjęć i sala oper.	6	3	5
9	Szpital Powiatowy Szczecinek	zlikwidowano	x	x	x
10	SPZZOZ Stargard Szcz.	w organizacji	x	x	x
11	Szpital Powiatowy Goleniów	w budowie	x	x	x
12	Szpital Powiatowy Drawsko Pom.	x	x	x	x
13	Szpital Powiatowy Pyrzyce	x	x	x	x
14	Szpital Powiatowy Police	x	x	x	x

oprac. na podstawie informacji z samorządów i WSPR w Szczecinie

x – nie podano

W pierwszym okresie sprawozdawczym jako uruchomiony szpitalny oddział ratunkowy podano SOR w Szczecinku. W tej chwili według informacji z Powiatu, został on zlikwidowany z powodu braku finansowania tych usług przez NFZ. W sumie w tym okresie było 7 uruchomionych i 7 nieuruchomionych oddziałów.

W drugim okresie sprawozdawczym został uruchomiony i zakontraktowany przez NFZ oddział ratunkowy w Szpitalu Powiatowym w Choszcznie. W tej sytuacji obecnie nadal jest 7 oddziałów uruchomionych i 7 nieuruchomionych.

Według informacji ZOW NFZ obecnie są zakontraktowane tylko 3 szpitalne oddziały ratunkowe, które spełniają kompletne kryteria: Choszczno, Gryfice i Szczecin – Szpital Dziecięcy.

Zespoły Ratownictwa Medycznego

Zgodnie ze *Strategią sektorową* czas przybycia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego - od chwili wydania przez dyspozytora medycznego dyspozycji wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego - powinien wynosić:

- 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,

Dodatkowo 1 ambulans winien zabezpieczać teren:

- w granicach 32 km kw. w aglomeracji miejskiej,
- w granicach 320 km kw. w aglomeracji poza miastem.

W tabeli poniżej została określona liczba ambulansów typu R i W według powiatów oraz liczba ludności na 1 karetkę w dwóch okresach sprawozdawczych na terenie województwa.

Tab. 40 Liczba zespołów ratownictwa medycznego

Powiaty	Liczba ludności na 1 karetkę w tys.		Liczba ambulansów typu R i W	
	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy
Koszalin	19,4	12	4	5
Szczecin	18,9	15,3	6	14
Świnoujście	21,7	13,7	1	2
Białogardzki	25,3	12,1	1	2
Choszczeński	10,2	10,1	1	2
Drawski	15,2	8,4	2	4
Goleniowski	11,2	7,8	2	5
Gryficki	21	10,2	2	4
Gryfiński	14,2	8,3	2	4
Kamieński	12,5	6,8	2	4
Kołobrzeski	11,2	10,8	2	2
Łobeski	13,1	7,7	1	2
Myśliborski	8,7	6,1	2	5
Policki	29,4	15,6	1	2
Pyrzycki	20,6	10	1	2
Sławieński	20	9,6	0	3
Stargardzki	30,8	17,1	2	4
Szczecinecki	20,4	19,3	2	3
Świdwiński	12,9	24,6	0	2
Wałecki	28,4	9,2	1	3
Razem	16,7	11,7	35	74

oprac. na podstawie Informatora Statystycznego ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego

Poza wymienionymi ambulansami typu R i W, **dwie karetki noworodkowe typu N** znajdują się w Szczecinie i Koszalinie.

Na podstawie zebranych informacji **ocena funkcjonowania zespołów wyjazdowych** w ostatnich latach wskazuje na następujące fakty:

- ✓ **zmniejsza się liczba wyjazdów do zachorowań,**
- ✓ **wzrasta liczba wyjazdów do wypadków,**
- ✓ **maleje liczba ludności przypadająca na 1 karetkę.**

Tab. 41 Standaryzacja czasu przybycia na miejsce zdarzenia

Lata	Aglomeracja miejska 8 min dla 80 %	Poza aglomeracją miejską 15 minut dla 80 %
	Udział %	Udział %
I okres sprawozdawczy	60	60
II okres sprawozdawczy	90	90

oprac. na podstawie WSPR

Analiza zebranych informacji pozwoliła określić **stopień wdrażania standaryzacji czasu przybycia na miejsce zdarzenia na poziomie optymalnym.**

Centra Powiadamiania Ratunkowego (CPR)

Centrum Powiadamiania Ratunkowego jest zintegrowanym stanowiskiem koordynującym działania ratownicze wszystkich podmiotów ratownictwa wchodzących w skład systemu. Wprowadzenie Centrów zmniejsza rozproszenie dyspozytorni i wprowadza standardy przyjmowania zgłoszeń i dysponowania jednostkami ratowniczymi. Organizacja i koordynacja Centrów na minimum 300 000 osób należy do Starostów.

W województwie jest 21 powiatów, natomiast liczba Centrów Powiadamiania Ratunkowego według Programu Wojewody Zachodniopomorskiego **wynosi 7 z lokalizacją w: Koszalinie, Szczecinie, Stargardzie Szczecińskim, Goleniowie, Gryficach, Pyrzycach i w Drawsku Pomorskim.**

Stan przygotowań prac organizacyjnych wokół CPR jest różny. Są one mniej lub bardziej zaawansowane. Największy problem stanowią rozbudowa i prace adaptacyjne budynków oraz wyposażenie w niezbędny sprzęt komputerowo-łącznościowy.

Na podstawie informacji z powiatów można stwierdzić, że **w I okresie sprawozdawczym nie funkcjonował żaden CPR, natomiast w II okresie podano uruchomienie następujących:**

- **CPR Gryfice**
- **CPR Pyrzyce**
- **CPR Drawsko Pomorskie**
- **CPR Stargard Szczeciński**

Ponadto, wiele powiatów jest w trakcie ich organizacji, na przykład w Powiecie Goleniowskim wykonano już remont pomieszczeń Centrum i część infrastruktury teleinformatycznej. Powiaty informują również o uruchomieniu od września 2005 roku ratunkowego numeru telefonu 112.

Każdego roku powiaty opracowują roczne plany zabezpieczenia świadczeń w zakresie medycyny ratunkowej z uwzględnieniem aktualnej diagnozy i zagrożeń stanu zdrowia na swoim terenie. Następnie na ich podstawie Wojewoda tworzy wojewódzki plan, a Minister Zdrowia go zatwierdza. Opracowanie planów i ich zatwierdzanie wykonuje się w ustawowych terminach we wszystkich powiatach bez zastrzeżeń.

D. PROFILAKTYKA I PROMOCJA ZDROWIA

Profilaktyką i promocją zdrowia zajmują się: administracja rządowa, administracja samorządowa, ubezpieczenia zdrowotne, instytucje sanitarno-epidemiologiczne i placówki oświatowo-wychowawcze oraz organizacje pozarządowe. Ilość środków finansowych na ten cel jest ciągle niedostateczna. Pomimo tego, wielu organizatorów ochrony zdrowia wciąż potrafi zainicjować nowe działania lub współuczestniczyć w propozycjach programowych innych instytucji. Rozpoczęte i realizowane programy profilaktyczno-lecznicze wymagają kontynuacji i poszerzania.

W *Strategii sektorowej* jako cel w tym zakresie przyjęto: tworzenie systemu rozwoju promocji zdrowia i profilaktyki w kierunku inicjowania i wdrażania działań na wszystkich szczeblach. Ustalono następujące zadania strategiczne:

- 1. Ustalanie priorytetów zdrowotnych.**
- 2. Koordynacja programów profilaktycznych.**
- 3. Okresowa i systematyczna identyfikacja potrzeb zdrowotnych.**
- 4. Uruchamianie sieci instytucji promujących zdrowie.**
- 5. Kształcenie w zakresie promocji zdrowia.**
- 6. Gromadzenie niezbędnych informacji i baz danych i ich opracowanie.**
- 7. Kreowanie polityki społecznej ukierunkowanej na wielosektorową współpracę.**
- 8. Instytucjonalizacja działu profilaktyki i promocji zdrowia.**

Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004-2013 ogłoszony w Komunikacie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. zdefiniował dla Zachodniopomorskiego następujące **obszary szczególnego zagrożenia**:

- **umieralność niemowląt,**
- **rak oskrzeli, płuc, jelita grubego, szyjki macicy,**
- **zakażenia HIV i zachorowania na AIDS,**
- **najniższe przeciętne trwanie życia w stosunku do innych województw,**
- **choroby wieku podeszłego,**
- **zaburzenia psychiczne.**

Samorząd wojewódzki

Wszystkie programy promocji zdrowia i profilaktyki realizowane przez samorząd województwa skierowane są do populacji całego województwa. Zlecane działania instytucjom współpracującym odpowiadają priorytetowym potrzebom zdrowotnym i obszarom szczególnego zagrożenia.

Przeciwdziałanie i rozwiązywanie problemu narkomanii

Od 2001 roku realizowany jest wojewódzki program obejmujący wsparcie programu metadonowego, psychoedukację i terapię pacjentów oraz doskonalenie zawodowe kadry medycznej. Leczeniem metadonem objęto w sumie 83 osoby. W sumie wydatkowano z budżetu województwa 222 440 zł, w tym w I okresie sprawozdawczym 172 000 zł, a w II okresie 50 440 zł.

W II okresie sprawozdawczym zlecono badania epidemiologii zjawiska narkomanii wśród młodzieży szkolnej na terenie województwa w systemie europejskiego programu badań ankietowych ESPAD. Realizatorem badań był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Według wyników młodzież województwa zachodniopomorskiego należy do bardziej zagrożonych narkomanią w stosunku do innych województw. Na badanie wydatkowano 29 000 zł. Wyniki zostały opublikowane w formie Raportu i rozpowszechnione wśród instytucji zajmujących się problemem narkomanią.

Również wdrożono program w zakresie diagnozowania narkomanii wśród kierujących pojazdami na drogach województwa zachodniopomorskiego przy współudziale Komendy Wojewódzkiej Policji w Szczecinie. Wydatkowano na ten cel 20 000 zł. Obecnie jest w trakcie realizacji.

Przeciwdziałanie zakażeniom HIV i zachorowaniom na AIDS

Jest to program wdrożony w 2001 roku wspierający zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, ponieważ 50 % osób zakażonych pochodzi ze środowiska narkomanów. Głównym celem programu jest zapobieganie rozprzestrzeniania się wirusa HIV wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. W II okresie sprawozdawczym zanotowano 114 osób po ekspozycji zawodowej pracowników ochrony zdrowia, w tym 101 kobiet i 13 mężczyzn. Do terapii lekami antyretrowirusowymi zakwalifikowano 22 osoby. W sumie wydatkowano 166 073 zł, w tym w I okresie 88 193 zł, a w II okresie 80 880 zł.

Warto tu podkreślić, że w II okresie sprawozdawczym samorząd wojewódzki przystąpił do wielonarodowego programu europejskiego w tym zakresie pod nazwą „BORDERNET”. Równocześnie podpisano List Intencyjny z Krajowym Centrum ds. AIDS w sprawie współpracy w zakresie rozwoju punktów konsultacyjno-diagnostycznych na terenie województwa.

Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych do realizacji na lata 2000-2005

Środki finansowe na realizację programu pochodzą z wydawanych przez Marszałka Województwa zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi do 18% zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dofinansowanie obejmuje programy terapeutyczne dla pacjentów po podstawowym leczeniu odwykowym, a nie finansowane przez NFZ. Realizatorów programów profilaktycznych w ramach ambulatoryjnego leczenia odwykowego wybiera się w drodze konkursu ofert z obszaru województwa. Ponadto, w ramach programu przekazuje się dotacje celowe na modernizację i zakupy inwestycyjne w celu poprawy jakości prowadzenia usług terapeutycznych i dostosowania warunków bazy do specyfiki ich przeznaczenia. W sumie wydatkowano 2 996 899 zł, w tym w I okresie 263 684 zł, a w II okresie 2 733 215 zł.

Profilaktyka chorób układu krążenia

Program kardiologiczny „Bilans 40-latków i 50-latek” opracowano i wdrożono w roku 2001. W sumie wydatkowano na ten cel z budżetu województwa 97 950 zł, w tym 20 650 zł w II okresie sprawozdawczym. W roku 2004 program został zawieszony. Przyczyną było wycofanie się jednego ze współorganizatorów - Narodowego Funduszu Zdrowia. Zasadnym jest wznowienie programu z uwagi na fakt, że jest on zgodny z priorytetem zdrowotnym dla województwa, czyli zapobieganiem chorobom układu krążenia.

Profilaktyka chorób nowotworowych

Program istnieje od 2002 roku. Głównym zadaniem jest organizacja Regionalnego Rejestru Nowotworów i nadzór nad prawidłowością jego funkcji. Całość przedsięwzięcia ma charakter wojewódzki. W sumie wydatkowano na ten cel od początku realizacji programu 99 387 zł, w tym w drugim okresie sprawozdawczym 56 887 zł.

„Zadania Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia do realizacji na lata 2005 -2015”

Dokument przyjęty uchwałą Nr 416/05 Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 14 czerwca 2005 r. określa kierunki przyjętych działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia do roku 2015 dla samorządu województwa ze szczególnym uwzględnieniem priorytetowych potrzeb zdrowotnych i obszarów szczególnego zagrożenia zdrowotnego. Przyjęty czas realizacji Zadań wynika z założonych celów nadrzędnych i operacyjnych umieszczonych w Strategii rozwoju województwa. Natomiast, inicjowanie i wdrażanie działań w tym zakresie wynika bezpośrednio z przyjętych kierunków i zadań w Strategii sektorowej w ochronie zdrowia. Zakres programów koresponduje z priorytetami zawartymi w planach i programach narodowych oraz w rezolucjach WHO. Dokument jest umieszczony w Internecie na stronach Urzędu i stanowi wytyczną oraz instrukcję dla organizatorów lokalnych działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, w tym dla organizacji pozarządowych. W roku 2005 wydatkowano na ten cel 110 000 zł.

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

Samorządy powiatowe i gminne

Na terenie gminy zadania te realizują głównie zakłady podstawowej opieki zdrowotnej publiczne i niepubliczne. Zdecydowana większość samorządów nie posiada ośrodków koordynujących tego typu działania. Około 80 % samorządów realizuje zadania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia poprzez inicjowanie lokalnych działań i w ramach posiadanych środków finansowych (patrz str. 22).

W większości samorządów obowiązują swoiste rozwiązania systemowe w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. Podkreślenia wymagają tu Powiaty: **Szczecinecki, Kołobrzesci i Drawski** jako obszary szczególnej intensyfikacji działań w tym zakresie.

Wiele samorządów zna potrzeby zdrowotne swoich mieszkańców i ustala priorytety lokalne, a następnie programy profilaktyczne. Właściwie ustalana jest populacja docelowa i budżet programu. Źródłem finansowania programów są budżety gmin, miast i powiatów oraz ZOW NFZ. Ponadto, wspierane są one ze strony samych zoz-ów, jak i sponsorów oraz funduszy celowych.

Na podstawie informacji przekazanych od samorządów poniżej przedstawiono najważniejsze priorytety ustalone lokalnie i wysokość środków finansowych przeznaczonych na ich realizację w II okresie sprawozdawczym.

Tab. 42 System profilaktyki i promocji zdrowia lokalny

Nazwa priorytetu	Populacja docelowa	Liczba programów	Wysokość środków						Razem
			NFZ	gmina	miasto	powiat	zoz	inne	
choroby układu krążenia	109 200	45	301 424	25 600	3 500		30 000	30 000	390 524
nowotwory	1 752 822	60	324 077	48 500	400 567	1 000			774 144
chor. przewlekłe	83 987	22	71 232		131 826				203 058
HIV/AIDS	1 900	6			3 200	28 600			31 800
zaburzenia psychiczne	7 800	5			29 000	5 000			34 000
choroby wieku podeszłego	31	7			3 500				3 500
urazy, zatrucia i wypadki	195	8			3 600				3 600
inne - POCHP, alkohol, cukrzyca, wady postawy	107 542	138	127 064	175 000	2 749 359	119 800		266 336	3 437 559
Razem	2 063 477	291	823 797	249 100	3 324 552	154 400	30 000	296 336	4 878 185

oprac. na podstawie informacji od samorządów

Z powyższego wynikają następujące **wnioski**:

- liczba populacji objętej działaniami profilaktycznymi jest większa od liczby mieszkańców województwa, czyli można stwierdzić, że 1 mieszkaniec uczestniczy w więcej niż jednym programie,
- realizowano w sumie 291 programów lokalnych,
- najczęściej dotyczyły one nowotworów, chorób układu krążenia i chorób przewlekłych oraz problemów alkoholowych,
- najwięcej środków finansowych wygospodarowały miasta, gminy i powiaty, a najmniej same zoz-y,
- duży udział w finansowaniu ma NFZ, a uzupełnieniem budżetów są często sponsorzy,
- w sumie wydatkowano 4 878 185 zł.

Jednym z elementów systemu profilaktyki i promocji zdrowia jest tworzenie sieci promujących zdrowie i wyłanianie liderów środowiskowych w tym zakresie. Na podstawie przedłożonych informacji uzyskano następujące **wyniki**:

- Istnieje 13 sieci promujących zdrowie typu „Zdrowa szkoła, dom, zakład, szpital” w następujących gminach i placówkach: Ińsko, Węgorzyno, Darłowo, Stargard Szczeciński, Kołobrzeg, Goleniów, Gryfino, Kamień Pomorski, Łobez, Myślibórz, Szczecin Zdroje i Regionalny Szpital Onkologiczny.
- Liderzy środowiskowi funkcjonują w 20 samorządach.

E. KADRY MEDYCZNE

Uczelnia medyczna

Pomorska Akademia Medyczna kształci na potrzeby ochrony zdrowia lekarzy, lekarzy stomatologów i od 1996 r. magistrów pielęgniarstwa. W niedalekiej przyszłości planuje się otwarcie Wydziału Farmacji. Akademia stanowi bazę dydaktyczną, kadrową oraz naukową w zakresie medycyny w naszym województwie. W roku 2000 Akademię ukończyło 215 absolwentów Wydziału Lekarskiego i Stomatologicznego, a w roku 2005 - 211 absolwentów tych wydziałów oraz 46 absolwentów Zaocznego Oddziału Pielęgniarskiego (w roku 2001 ten wydział ukończyło 75 absolwentów pierwszego naboru).

Nowością jest powołanie Uniwersytetu Przyrodniczo – Medycznego w Szczecinie. W tej sprawie został podpisany list intencyjny przez rektorów Pomorskiej Akademii Medycznej i Akademii Rolniczej.

Szkolnictwo medyczne

Na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 października 1998 r. organem prowadzącym niżej wymienione szkoły stał się samorząd województwa zachodniopomorskiego:

1. Policealna Szkoła Medyczna w Szczecinie (do 31 sierpnia 2005 r. Medyczne Studium Zawodowe Nr 1 w Szczecinie),
2. Zespół Szkół Medycznych i Pracowników Służb Społecznych w Szczecinie,
3. Zespół Szkół Medycznych w Świnoujściu,
4. Policealna Szkoła Medyczna w Koszalinie (do 31 sierpnia 2005 r. Zespół Szkół Medycznych w Koszalinie),
5. Policealna Szkoła Medyczna w Kołobrzegu (do 31 sierpnia 2005 r. Zespół Szkół Medycznych w Kołobrzegu).

Szkoły te kształcą w cyklu 2,5-letnim tylko na poziomie szkół policealnych. Zaprzeszono kształcenia w systemie liceów medycznych i szkół pomaturalnych, które kształciły w zawodach pielęgniarstwa i położnictwa. W Zespole Szkół Medycznych w Świnoujściu młodzież kształcona jest również na poziomie szkoły ponadgimnazjalnej w zawodzie technik ortopeda. Jest to jedyna szkoła w kraju kształcąca w tym zawodzie, posiadająca niezbędne pracownice i warsztaty szkolne oraz bazę praktycznej nauki zawodu – Zakłady Ortopedyczne w Koszalinie. Absolwentom tej szkoły proponowana jest praca na terenie kraju, mieszkanie służbowe oraz pensja przekraczająca średnią krajową. Począwszy od roku szkolnego 2005/2006 szkoły nie dokonują naboru słuchaczy do zawodów: technik analizy medycznej oraz technik fizjoterapii.

Zlikwidowano szkoły:

1. Zespół Szkół Medycznych w Szczecinku,
2. Medyczne Studium Zawodowe w Zespole Szkół Zawodowych w Stargardzie Szczecińskim.

Obecnie w województwie zachodniopomorskim **szkoły medyczne kształcą w następujących zawodach:**

- technik, farmaceutyczny,
- technik elektroradiolog,
- technik dentystyczny,
- ratownik medyczny,
- opiekunka dziecięca,
- technik masażysta,
- terapeuta zajęciowy,
- technik ortopeda,
- opiekunka środowiskowa,
- pracownik socjalny,

- asystent osoby niepełnosprawnej,
- opiekun w domu pomocy społecznej,
- technik ochrony osób i mienia
- wygaszane są kierunki: technik fizjoterapii oraz technik analityki medycznej.

Wszystkie szkoły wyposażone są w środki dydaktyczne niezbędne do realizacji swoich zadań statutowych oraz bazę dydaktyczną w większości dość dobrze wyposażoną. Oprócz szkoły w Świnoujściu, pozostałe posiadają zaplecze socjalne w postaci stołówki i internatu.

Zwiększonych nakładów na remonty bieżące i kapitalne wymagają szkoły mieszczące się w obiektach wpisanych na listę Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków, gdyż stara substancja lokalowa wymaga niekiedy całkowitej wymiany instalacji elektrycznych, grzewczych czy wodno – kanalizacyjnych.

W *Strategii sektorowej* stwierdzono zbyt małą liczbę zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz rozwinięte alternatywne formy opieki stacjonarnej, takiej jak: opieka dzienna, opieka nad osobami niepełnosprawnymi, hospitalizacja domowa, itp. Z tych względów **zadania samorządu województwa** obejmują obecnie w szczególności:

1. **Pełne wykorzystanie możliwości lokalowych, wyposażenia i możliwości kadrowych w kształceniu młodzieży w zawodach medycznych.**
2. **Przygotowanie się do kolejnych zmian strukturalnych i organizacyjnych w związku z realizacją kolejnych etapów reformy edukacji.**
3. **Utworzenie w Koszalinie Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej, która kształciłaby między innymi pielęgniarzy i położne na poziomie licencjatu.**
4. **Zwiększenie ilości kierunków kształcenia w technicznych zawodach medycznych na poziomie policealnym, wykazanych w indeksie europejskim.**
5. **Organizowanie kształcenia uzupełniającego, rozwijającego i kwalifikacyjnego dla nauczycieli, słuchaczy i absolwentów.**
6. **Tworzenie warunków organizacyjnych funkcjonowania pomocy społecznej, w tym rozbudowę niezbędnej infrastruktury socjalnej.**
7. **Analizę i ocenę zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenie pomocy społecznej.**
8. **Pracę socjalną rozumianą jako działalność zawodową, skierowaną na pomoc rodzinom i osobom we wzmacnianiu lub odzyskaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie.**

Poniżej w tabeli podano liczbę absolwentów szkół medycznych w dwóch okresach sprawozdawczych.

Tab. 43 Liczba absolwentów szkół medycznych

Zawód	I okres sprawozdawczy *	II okres sprawozdawczy *	2005
pielęgniarka	83	65	27
położna	20	21	23
technik analityki medycznej	41	43	28
technik elektrodiagnosty	14	42	24
ratownik medyczny	83	143	104
terapeuta zajęciowy	28	129	88
technik fizjoterapii	171	233	140
technik dentystyczny	25	46	30
technik ortopeda	0	36	17
opiekunka dziecięca	202	18	18
technik farmaceutyczny	47	43	20
technik masażysta	0	16	40
opiekunka środowiskowa	0	23	21
pracownik socjalny	145	127	59
asystent osoby niepełnosprawnej	0	29	21
opiekun w DPS	0	23	14
Razem	859	1037	674

oprac. na podstawie informacji z Departamentu Kultury, Edukacji i Sportu

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę liczby absolwentów z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

Staże podyplomowe lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych

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

- ustalono listę zakładów opieki zdrowotnej uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych dla lekarzy i lekarzy stomatologów w województwie
- ustalono listę zakładów opieki zdrowotnej uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych dla pielęgniarek i położnych w województwie,
- listy są weryfikowane dwa razy w roku: w lutym i we wrześniu,
- zabezpieczenie liczby miejsc w zakładach prowadzących staże jest zgodne z potrzebami,
- staże podyplomowe przebiegają sprawnie i wyczerpują wszystkie tematy zawarte w programach staży,
- samorząd województwa z rezerwy celowej państwa zabezpiecza dostateczną ilość środków finansowych na realizację staży podyplomowych.

Poniżej przedstawiono liczbę stażystów oraz liczbę wydanych praw wykonywania zawodu w dwóch okresach sprawozdawczych.

Tab. 44 Liczba stażystów podyplomowych

Zawód	I okres sprawozdawczy *	II okres sprawozdawczy *
Lekarz medycyny	518	218
Lekarz stomatolog	243	98
Pielęgniarki i położne	327	113

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę liczby stażystów z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

W I okresie sprawozdawczym statystycznie liczono zarówno tych rozpoczynających, jak i kończących staże. Natomiast w II okresie według statystyki liczy się tylko tych, którzy rozpoczynają staże podyplomowe. Stąd duże różnice w liczbach.

Tab. 45 Liczba wydanych praw wykonywania zawodu

Zawód	I okres sprawozdawczy *	II okres sprawozdawczy *
Lekarze medycyny	270	217
Lekarze stomatolodzy	115	95
Pielęgniarki	137	89
Położne	46	46

oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę liczby wydanych praw z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

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 uwzględnia przyjęte 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 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.

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

- w I okresie sprawozdawczym – 22,1
- w II okresie sprawozdawczym – 25,4

Poniżej w tabelach przedstawiono specjalizacje lekarskie i szkolenia pielęgniarek na terenie województwa w dwóch okresach sprawozdawczych.

Tab. 46 Uzyskane specjalizacje lekarskie

Lata	specjalizacje lekarskie					
	I stopnia			II stopnia		
	lekarze medycyny	stomatolodzy	paramedyczne	lekarze medycyny	stomatolodzy	paramedyczne
I okres	70	20	80	167	21	0
II okres	16	1	46	43	7	8

oprac. na podstawie danych z ZCOiPZ

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę liczby specjalizacji z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

W II okresie sprawozdawczym lekarze medycyny uzyskiwali również specjalizacje w nowym trybie poza tradycyjną metodą. W sumie liczba uzyskanych specjalizacji w tym okresie i w nowym trybie wynosiła dodatkowo 202.

Tab. 47 Szkolenia średniego personelu medycznego

Rodzaj szkolenia	I okres sprawozdawczy			II okres sprawozdawczy		
	pielęgniarki	położne	inne	pielęgniarki	położne	inne
kursy doszkalcające	941	57	153	571	76	67
kursy specjalistyczne	541	81	0	595	36	0
kursy kwalifikacyjne	233	13	0	455	13	0

oprac. na podstawie danych z ZCOiPZ

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę liczby szkoleń z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

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.

Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej

W dwóch okresach sprawozdawczych wprowadzono wiele zmian mających charakter, zarówno własnościowy, jak również funkcjonalny i organizacyjny.

W pierwszym okresie sprawozdawczym podstawowymi celami, jakie miały osiągnąć wprowadzane przekształcenia było:

- umożliwienie dopasowania się zakładów opieki zdrowotnej do zmian na rynku usług medycznych
- ograniczenie kosztów funkcjonowania i uzyskanie lepszego efektu ekonomicznego wykorzystania posiadanego majątku
- zatrzymanie lawinowo narastającego zadłużenia zakładów.

Większość zmian w tym okresie było skierowane do zakładów podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Wprowadzony w latach 2000-2001 „Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia” przez Ministerstwo Zdrowia wykazał, iż próby wprowadzenia zmian restrukturyzacyjnych w zakresie dofinansowania istotnych zadań inwestycyjnych oraz w zakresie restrukturyzacji zatrudnienia nie są wystarczające, aby zakłady poradziłyby sobie z kłopotami finansowymi.

W tymże okresie najwięcej zmian wprowadzono w POZ i przychodniach specjalistycznych, które przekształciły się w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Drugi okres sprawozdawczy to czas kontynuacji zmian w POZ i ambulatoryjnej opiece medycznej oraz w niewielkim stopniu w szpitalach.

Wprowadzane najczęściej zmiany to wyprowadzanie usług pomocniczych ze szpitala do firm zewnętrznych.

Prawdopodobnym powodem wprowadzenia tak niewielu zmian własnościowych w szpitalach, które borykają się obecnie z największymi problemami finansowymi, jest brak instrumentów prawnych umożliwiających przekształcenia. Obecnie nie istnieją przepisy prawne określające możliwości zmian formy działalności tych jednostek inne niż likwidacja. Zasady dotyczące likwidacji są tylko ogólne i nie regulują wielu niejasnych, a trudnych sytuacji w trakcie procesu przekształceń.

We wszystkich przypadkach prywatyzacja usług medycznych w zakresie POZ i specjalistyki oraz usług pomocniczych miała korzystny wpływ na jakość świadczonych usług, na spadek kosztów, na zwiększenie dostępności i na podniesienie konkurencyjności.

Efektami wprowadzanych zmian był fakt, iż:

- prywatyzacji uległy w przeważającej części usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, jak również usług pomocniczych;
- 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;
- zakres zadań realizowanych w województwie pozostał niezmienny, natomiast **poprawiła się jakość** świadczeń medycznych w zakładach, które przejęły realizację zadań po przekształconych placówkach;
- likwidacja niejednokrotnie stała się punktem wyjścia do dalszych działań restrukturyzacyjnych wprowadzanych w szpitalach;

Z uzyskanych informacji w Województwie Zachodniopomorskim w pierwszym okresie sprawozdawczym 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 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 Stocznioowego 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”
7. Likwidacja Zakładów Techniki Medycznej w Koszalinie oraz Zakładów Naprawczych Sprzętu Medycznego w Szczecinie

W drugim okresie sprawozdawczym do najistotniejszych przekształceń w szpitalach należą:

1. Likwidacja Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Ośrodka Rehabilitacji w Nowym Czarnewie.

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

Inwestycje centralne

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 z budżetu państwa w obu okresach sprawozdawczych.

Tab. 48 Finansowanie inwestycji wieloletnich z budżetu państwa w I i II okresie sprawozdawczym

Dofinansowanie zadań inwestycyjnych wieloletnich	I okres sprawozdawczy *	II okres sprawozdawczy *
Budowa Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie	1 200 000	390 000
Modernizacja Szpitala w Stargardzie Szczecińskim	16 650 000	13 400 000
Centrum Rehabilitacji z oddziałami Szpitala Rejonowego w Białogardzie	23 750 000	28 850 000
Razem	41 600 000	42 640 000

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę wartości z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

W roku 2005 uruchomiono budowany w ramach inwestycji wieloletniej pawilon ginekologiczno - położniczy w Stargardzie Szczecińskim. Do roku 2010 planuje się zmodernizować pozostałą część Szpitala.

Centrum Rehabilitacji w Białogardzie dzięki finansowaniu w ramach Kontraktu Wojewódzkiego w latach 2001-2003 w wysokości 40 mln zakończyło budowę centrum. Niestety brak podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia sprawia, iż jest on nie w pełni wykorzystany.

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. W kontynuację powyższej inwestycji zaangażował się Prezydent Koszalina, który obecnie prowadzi rozmowy z kontrahentem zainteresowanym budową szpitala.

Inwestycje regionalne i modernizacje

Zadania inwestycyjne i modernizacje umożliwiły realizację części wieloletnich planów dostosowania zakładów do standardów europejskich oraz krajowych unormowań prawnych. Mimo dużych starań władz lokalnych i kierowników zakładów o pozyskanie dodatkowych środków finansowych wciąż brakuje środków na najważniejsze zadania i inwestycje.

W **pierwszym okresie sprawozdawczym** zadaniami, które wymagały poniesienia nakładów były przede wszystkim:

- Utworzenie sieci oddziałów ratunkowych na terenie województwa;
- Modernizacja bloków operacyjnych i oddziałów, których stan techniczny zagrażał zdrowiu pacjentów i personelu;
- Modernizacja elementów infrastruktury technicznej w obiektach ochrony zdrowia: przestarzałej, wyeksploatowanej, niezgodnej z prawem ochrony środowiska, kosztownej w eksploatacji;
- Inwestycje w rozwój bazy lokalowej zakładu umożliwiającej spełnienie warunków, które musi spełniać świadczeniodawca.

W **drugim okresie sprawozdawczym** realizowano zadania wynikające również z powyższych przesłanek, ale ponad to wynikające z:

- Reorganizacji i dostosowania do potrzeb społecznych i warunków stawianych przez płatnika świadczeń;
- Podniesienia jakości świadczonych usług medycznych;
- Dostosowania pomieszczeń do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej;

W opinii ankietowanych samorządów i zakładów opieki zdrowotnej, inwestycje i modernizacje zrealizowane w województwie miały charakter przebudowy lub rozbudowy istniejącej bazy lokalowej. Bardzo rzadko dotyczy to budowy nowych obiektów. **Według zebranych z województwa danych na modernizacje i inwestycje wydatkowano około 20 mln złotych.**

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, w tym również ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach ZPORR (2004 i 2005). Dużą rolę odegrał w tym zakresie Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia, dzięki któremu umożliwiono zakup specjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego dla zakładów.

Jednostki ochrony zdrowia w województwie wydatkowały około 48 mln zł na zakup sprzętu i aparatury medycznej. Spośród tej kwoty 79% to zakupy nowoczesnej aparatury stanowiącej doposażenie, 21 % to wymiana wyeksploatowanego sprzętu medycznego, który stwarzał zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentów i personelu.

Dokonywane zakupy dotyczyły przede wszystkim następujących grup sprzętu:

- aparatury ratującej życie;
- diagnostycznej;
- zabiegowej i stanowiącej wyposażenie bloków operacyjnych

Tab. 49 Finansowanie modernizacji i zakupów aparatury i sprzętu medycznego

Dofinansowanie zadań inwestycyjnych i zakupów aparatury i sprzętu medycznego	Dofinansowanie powiatów			Dofinansowanie samorządu województwa		
	I okres *	II okres *	Razem	I okres *	II okres *	Razem
Zadania modernizacyjne	1 314 570	5 595 430	6 910 000	975 000	2 207 000	3 182 000
Aparatura i sprzęt medyczny	2 699 190	4 264 000	6 963 190	1 125 000	1 921 000	3 046 000
Razem	4 013 760	9 859 430	13 873 190	2 100 000	4 128 000	6 228 000

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

* - I okres sprawozdawczy obejmuje sumę wartości z lat 2001-2002, a II okres z lat 2003-2004

Zadania i zakupy inwestycyjne dokonane przy udziale środków unijnych

W latach 2004 i 2005 odbywały się pierwsze nabory wniosków w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego na dofinansowanie projektów z zakresu ochrony zdrowia. ZPORR obejmował dwa ujęcia infrastruktury ochrony zdrowia w województwie tj. lokalne i regionalne.

Beneficjentami składającymi projekty do tych działań były między innymi zakłady opieki zdrowotnej, których organami założycielskimi są gminy i powiaty – w lokalnej infrastrukturze ochrony zdrowia, a samorząd wojewódzki – w regionalnej infrastrukturze ochrony zdrowia.

Wszystkie ogłoszone konkursy cieszyły się ogromnym zainteresowaniem jednostek ochrony zdrowia z całego województwa. Zgłoszone potrzeby są dużo większe niż możliwości dofinansowania w ramach ERDF. Obradujące nad wnioskami panele ekspertów i regionalny komitet sterujący miały nie lada kłopot z wytypowaniem dobrze, realnie przygotowanych wniosków w ochronie zdrowia.

Dużą część złożonych wniosków stanowią wnioski powiatowych placówek ochrony zdrowia. Dużą aktywność wykazały szpitale kliniczne, natomiast placówki zdrowia resortowe i gminne nie wykazały zbyt dużego zainteresowania.

2004

Tab. 50 Projekty dofinansowane w ramach ZPORR – regionalna infrastruktura ochrony zdrowia

LP	Wnioskodawca	Projekt	Kwota dofinansowania
1	SSPZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą w Szczecinie	Remont i modernizacja oddziału chirurgii i traumatologii z pododdziałem oparzeniowym	621 214
2	SPSK nr 1 w Szczecinie	Zakup aparatury	6 294 000
3	Spec. Szpital im. Prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie	Dostosowanie bazy diagnostyki szpitala w Zdunowie do standardów obowiązujących w onkologii	3 272 291
4	WSPR w Szczecinie	Zakup 32 karetek	7 959 720
		Razem	18 147 225

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

Tab. 51 Projekty dofinansowane w ramach ZPORR – lokalna infrastruktura ochrony zdrowia

LP	Wnioskodawca	Projekt	Kwota dofinansowania
1	Powiat Gryfiński	Rozbudowa Szpitala powiatowego – budowa windy	876 815
2	PZG Spec. Poradnia Reh. Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu w Koszalinie	Modernizacja budynku	140 950
3	Powiat Gryfiński	Zakup aparatury – dla szpitala	900 000
4	SGZOZ w Warnicach	Modernizacja obiektu	153 998
		Razem	2 071 763

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

2005

Tab. 52 Projekty dofinansowane w ramach ZPORR – regionalna infrastruktura ochrony zdrowia

LP	Wnioskodawca	Projekt	Kwota dofinansowania
1	SPSZOZ "ZDROJE" w Szczecinie	Dostosowanie bazy sprzętowej SPSZOZ "ZDROJE" do standardów w intensywnej terapii	1 049 625
		Razem	1 049 625

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

Tabela 53 Projekty dofinansowane w ramach ZPORR – lokalna infrastruktura ochrony zdrowia

LP	Wnioskodawca	Projekt	Kwota dofinansowania
1	NZOZ w Brzeźnie	Zakup sprzętu med. i komp. oraz modernizacja pom.	122 527
2	NZOZ w Gardnie	Wypożyczenie w sprzęt diagnostyczny i inny	54 701
3	Centrum Gastrologii i Leczenia Otyłości w Goleniowie	Poprawa skuteczności diagnostyki medycznej osób otyłych na terenie powiatu goleniowskiego	32 745
4	Powiat Goleniowski	Wypożyczenie szpitalnego oddziału ratunkowego	375 000
5	ZOZ w Polanowie	Zakup karetki, aparatu RTG i USG	225 000
6	SPZOZ Szpital Powiatowy w Pyrzycach	Zakup aparatury	1 955 669
7	PZG Spec. Poradnia Reh. Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu w Koszalinie	Zakup sprzętu medycznego	190 180
8	Powiat Myśliborski	Zakup sprzętu diag. do leczenia chorób układu krążenia w Szpitalu Powiatowym w Barlinku	526 800
9	Powiat Myśliborski	Modernizacja Bloku operacyjnego wraz z zakupem wyposażenia dla Szpitala Powiatowego w Dębnie	1 574 998
10	ZOZ w Malechowie	Podniesienie standardu usług medycznych poprzez rozbudowę i modernizację Ośrodka Zdrowia w Malechowie	450 000
11	Zakład Usług Medycznych Dolna Odra	Zakup unitu stomatologicznego wraz z RTG i radiowizjografią	112 500
12	SPZOZ Szpital Powiatowy w Pyrzycach	Termomodernizacja budynku głównego	1 788 524
13	Centrum Edukacyjno – Formacyjne Diecezji Koszalińsko - Kołobrzeskiej	Modernizacja i wyposażenie „Miraculum” Centrum Terapii i Opieki w Koszalinie	383 049

Oprac. Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

G. UWAGI I WNIOSKI

- I. Przedłożony dokument to drugie sprawozdanie z realizacji *Strategii sektorowej w ochronie zdrowia* na terenie województwa. Pierwsze sprawozdanie przyjęto w listopadzie 2003 r. stosowną uchwałą Sejmiku województwa.
- II. Sprawozdawczość z realizacji Strategii wynika z przyjętego systemu jej monitorowania w okresach dwuletnich.
- III. Następne sprawozdanie przypada na rok 2007.
- IV. W realizacji zadań *Strategii sektorowej* biorą udział setki podmiotów zaangażowanych w sektor zdrowia. Na podstawie podjętej współpracy Sejmiku województwa z samorządami terytorialnymi w roku 1999, możliwym jest przekazywanie, gromadzenie i analizowanie potrzebnych informacji dot. zachodzących zmian w lokalnych systemach ochrony zdrowia. W stosunku do roku 2003 zwrotność informacji w tym zakresie jest lepsza, chociaż nadal nie wszystkie samorządy terytorialne wykazują dostateczne zainteresowanie posiadaniem informacji o zabezpieczeniu świadczeń medycznych na swoim terenie. W tej sytuacji w celu jednoznacznego określenia postępu założonych działań strategicznych posiłkowano się informacjami i danymi z innych instytucji bezpośrednio i pośrednio istniejących w systemie.
- V. Z uwagi na obszerny materiał dotyczący stanu sanitarno-epidemiologicznego województwa Państwowej Inspekcji Sanitarnej w Szczecinie i zgodnie z założeniem z roku 2003 – *Ocena stanu sanitarno-epidemiologicznego w województwie zachodniopomorskim w roku 2004* - jest dokumentem załączonym do Sprawozdania i stanowi jego integralną część.
- VI. W II okresie sprawozdawczym dostrzega się następujące efekty finalne:
 1. Środki finansowe w zakresie Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej prawie w całości zostały wykorzystane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w województwie. Od roku 2005 procesy te zastąpiła regulacja prawna wynikająca z *ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*. Złożono 30 wniosków restrukturyzacyjnych w tej sprawie.
 2. Zmiany restrukturyzacyjne w opiece medycznej zmierzają w kierunku przyjętych założeń strategicznych poprzez tworzenie nowych oddziałów stacjonarnych i dziennych, nowych zakładów i poprzez zmiany w liczbie i profilach łóżek. Generalnie uważa się, że dostęp do 4 podstawowych oddziałów szpitalnych spełnia stosowne kryteria.
 3. Zakres współpracy zagranicznej w ochronie zdrowia został zintensyfikowany i poszerzony. Priorytetami są: współpraca przygraniczna, problemy związane z HIV/AIDS, monitorowanie narkomanii, zarządzanie szpitalem, telemedycyna i ratownictwo medyczne oraz wymiana kadr medycznych.

4. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej funkcjonuje całodobowe zabezpieczenie opieki medycznej na terenie każdej gminy województwa w stopniu dobrym poprzez zwiększenie liczby lekarzy rodzinnych, pielęgniarek i położnych i lepszy dostęp do POZ. Problem nadal stanowi dostęp do stomatologii w szkołach.
5. Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna poszerzając swoje zasoby o wiele nowoutworzonych poradni publicznych i niepublicznych zabezpiecza dostatecznie potrzeby mieszkańców w tym zakresie, czego potwierdzeniem są: większa liczba porad, wydłużenie czasu pracy poradni, więcej pracowni diagnostycznych, nowa aparatura i sprzęt medyczny. Odnotowano jedynie niekorzystne zmniejszenie się liczby poradni onkologicznych.
6. Przybywa nowych form poradnictwa specjalistycznego w opiece nad chorym przewlekłym, psychiatrycznej i rehabilitacyjnej.
7. Zwiększa się liczba aparatury wysokospecjalistycznej i jej dostępność, pomimo nadal nierównomiernego jej rozmieszczenia.
8. W zakresie lecznictwa uzdrowiskowego zmniejszyła się liczba łóżek w zakładach.
9. Zwiększyła się liczba szpitali niepublicznych, które weszły w system finansowania świadczeń ze środków publicznych.
10. W procesie restrukturyzacji i przekształceń w lecznictwie szpitalnym nie udało się zmniejszyć liczby łóżek i poprawić wskaźnika wykorzystania łóżek.
11. Zmniejszono liczbę łóżek w oddziałach dotychczas słabo wykorzystanych przekształcając uwolnioną bazę na tworzenie oddziałów wysokospecjalistycznych i opiekuńczo-leczniczych.
12. Wzrosła liczba leczonych w szpitalach.
13. Czas hospitalizacji systematycznie ulega skróceniu.
14. Kolejki oczekujących na leczenie w niektórych oddziałach są tworzone mimo niskiego wskaźnika wykorzystania łóżek.
15. Rozwój opieki długoterminowej jest niezadawalający w stosunku do rzeczywistych potrzeb, głównie z powodu niewystarczającego kontraktowania przez NFZ.
16. 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 ich remonty i modernizacje.
17. Funkcjonuje 7 szpitalnych oddziałów ratunkowych, w tym 3 w pełni zakontraktowane przez NFZ, na 14 zaplanowanych z powodu braku środków finansowych.
18. Wskaźnik zabezpieczenia ludności na 1 karetkę jest coraz lepszy.
19. Utworzono 4 centra powiadamiania ratunkowego w powiatach na 7 zaplanowanych.
20. Kształcenie kadr medycznych odbywa się w sposób zaplanowany i zgodny z przyjętą polityką kształcenia dostosowanego do przepisów unijnych.

21. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej i prywatyzacja niektórych usług medycznych wpłynęły pozytywnie na jakość świadczonych usług, na spadek kosztów i na zwiększenie dostępności oraz na podniesienie konkurencyjności.
22. Środki finansowe przeznaczone z funduszy unijnych na poprawę jakości świadczeń poprzez modernizację infrastruktury ochrony zdrowia, zarówno w ujęciu lokalnym, jak regionalnym są niewspółmiernie małe w porównaniu z potrzebami placówek w województwie.
23. Beneficjenci środków unijnych wykazali szybką zdolność do sporządzania wniosków i absorpcji tych środków mimo przygotowywania ich po raz pierwszy.
24. Bardzo trudne jest przygotowanie i realizowanie wieloletniego planu inwestycyjnego w gminie, powiecie lub województwie ze względu na brak wystarczających środków w budżetach samorządów, szczególnie przy inwestycjach wieloletnich. Jedynie 50% badanych samorządowych wykazało posiadanie wieloletnich planów inwestycyjnych.
25. Profilaktyka i promocja zdrowia, pomimo wielu starań różnych podmiotów i coraz większego dofinansowania tych zadań z ich strony, nadal są niedoinwestowane i nie mają charakteru systemu.

W celu podsumowania działalności samorządów terytorialnych w zakresie ochrony zdrowia i dla zilustrowania dynamiki zachodzących zmian w sektorze zdrowotnym, poniżej w tabeli przedstawiono wyniki monitoringu z I i II okresu sprawozdawczego w kolejności od działań najczęściej podejmowanych do tych najrzadziej.

Tab. 54 Działania samorządów terytorialnych w dwóch okresach sprawozdawczych

Lp.	Działania w I okresie sprawozdawczym	Działania w II okresie sprawozdawczym
1	Wypełnianie funkcji organu tworzącego wynikających z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: organizatora, właściciela, zarządcy i nadzorcy.	Inicjowanie działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia poprzez realizację podstawowych celów Narodowego Programu Zdrowia.
2	Tworzenie nowych publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na bazie likwidowanych w całości lub jego części.	Przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii poprzez realizację Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz działań z zakresu narkomanii w ramach punktów konsultacyjnych.
3	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.

4	Pomoc dla niepełnosprawnych poprzez realizację zadań z zakresu pomocy społecznej dot. osób niepełnosprawnych i ich rodzin..	Współpraca z NFZ
5	Inicjowanie działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia poprzez realizację podstawowych celów Narodowego Programu Zdrowia	Oddziaływanie na czynniki środowiskowe poprzez działania wpływające na stan wód, gleby, odpadów, poziomu hałasu.
6	Monitorowanie potrzeb zdrowotnych poprzez diagnozowanie stanu zdrowia i określanie potrzeb zdrowotnych.	Wypełnianie funkcji organu tworzącego wynikających z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: organizatora, właściciela, zarządcy i nadzorcy.
7	Planowanie zabezpieczenia opieki zdrowotnej poprzez opracowania rocznych planów zabezpieczenia opieki zdrowotnej i współuczestnictwo w opracowaniu wojewódzkiego planu zdrowotnego.	Monitorowanie potrzeb zdrowotnych poprzez diagnozowanie stanu zdrowia i określanie potrzeb zdrowotnych.
8	Oddziaływanie na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.	Oddziaływanie na stan sanitarny poprzez dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej do wymogów sanitarno-epidemiologicznych.
9	Oddziaływanie na stan sanitarny poprzez dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej do wymogów sanitarno-epidemiologicznych.	Planowanie zabezpieczenia opieki zdrowotnej poprzez opracowania rocznych planów zabezpieczenia opieki zdrowotnej i współuczestnictwo w opracowaniu wojewódzkiego planu zdrowotnego.
10	Oddziaływanie na epidemiologię poprzez monitorowanie chorób zakaźnych i stan szczepiennictwa.	Oddziaływanie na epidemiologię poprzez monitorowanie chorób zakaźnych i stan szczepiennictwa.
11	Oddziaływanie na czynniki środowiskowe poprzez działania wpływające na stan wód, gleby, odpadów, poziomu hałasu.	Oddziaływanie na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.
12	Współpraca z NFZ – nie odnotowano	Tworzenie nowych publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na bazie likwidowanych w całości lub jego części.

Oprac. Departament Zdrowia i Polityki Społecznej

- ➡ Do roku 2003 uwaga organizatorów ochrony zdrowia skupiona była przede wszystkim na zmianach organizacyjno-prawnych w zakładach opieki zdrowotnej. Wypełnianie funkcji właściciela zoz-ów było na pierwszym miejscu, a obecnie na szóstym miejscu.
- ➡ Tworzenie nowych zakładów opieki zdrowotnej było na drugim miejscu, natomiast teraz to zadanie znajduje się na ostatniej pozycji działalności samorządów w ochronie zdrowia.
- ➡ Przeciwdziałanie uzależnieniom i pomoc niepełnosprawnym zajmują prawie te same miejsca w obu okresach sprawozdawczych, przy czym problemy uzależnień stanowią drugi priorytet w II monitoringu.
- ➡ W I okresie sprawozdawczym na piątym miejscu podawano inicjowanie działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. Obecnie są to najważniejsze i najczęstsze rodzaje działania – pierwsze miejsce w II monitoringu.

- ➡ Monitorowanie potrzeb zdrowotnych w II okresie sprawozdawczym uplasowało się na siódmej pozycji w stosunku do szóstego miejsca w I monitoringu.
- ➡ Mniejsze zainteresowanie jest wokół planów zabezpieczenia opieki zdrowotnej – z miejsca siódmego na miejsce dziewiąte w II okresie sprawozdawczym.
- ➡ Pomimo poprawy sytuacji, nadal współpraca gmin z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej jest trudna, bowiem to działanie wcześniej zajmowało ósme miejsce, a w II monitoringu podawano je na miejscu jedenastym.
- ➡ Częściej obecnie podejmuje się działania dostosowawcze zoz-ów do wymogów sanitarno-epidemiologicznych – z dziewiątego na ósme miejsce.
- ➡ Na tym samym miejscu – dziesiąte, podaje się działania związane z epidemiologią i monitorowaniem chorób zakaźnych w obu okresach.
- ➡ Zdecydowanie więcej działań podejmuje się na rzecz środowiska – obecnie na piątym miejscu, w poprzednim monitoringu miejsce jedenaste.
- ➡ W ocenie organizatorów ochrony zdrowia w II okresie sprawozdawczym możliwa była stała i partnerska współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia. W I monitoringu nie odnotowano takich działań.

Z powyższej analizy wynika, że w tak krótkim czasie zaszły intensywne zmiany w hierarchii priorytetów działalności jednostek samorządowych w zakresie ochrony zdrowia na terenie województwa. Aktywność w zakresie przekształceń w sektorze zdrowotnym była wysoce dynamiczna. W II okresie sprawozdawczym dostrzega się zdecydowaną intensyfikację działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, oddziaływania na czynniki środowiskowe oraz współpracy z NFZ. Samorządy lokalne, NFZ i świadczeniodawcy we wszystkich zakresach oraz świadczeniobiorcy są pewnymi podsystemami, które stanowią integralną część systemu ochrony zdrowia. Nie można pozwolić na odchylenie któregośkolwiek z podsystemów, gdyż zaburza to prawidłowe funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia. Służy temu proces monitorowania zachodzących zmian, aby wskazywać obszary działające właściwie, jak i te wymagające korekty i naprawy.