



Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego

OKRESOWE SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI STRATEGII SEKTOROWEJ W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, 18 grudnia 2007 r.

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 cele i kierunki rozwoju w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego do roku 2015.

Realizacja celów strategicznych odbywa się poprzez dążenie do osiągnięcia wcześniej ustalonych kierunków działań:

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.

Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego postanowił, że wdrażanie Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia będzie oceniane, co dwa lata w formie okresowego sprawozdania. Rola koordynatora monitoringu i ewaluacji Strategii przypada Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Zachodniopomorskiego. 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 cykliczny udział m.in.:

- ✓ 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, obowiązek prowadzenia monitoringu dokumentów strategicznych jako narzędzia niezbędnego do efektywnego planowania i realizacji programu wynika z powszechnie obowiązujących przepisów UE.

Niniejsze opracowanie jest kolejnym, trzecim sprawozdaniem z realizacji Strategii sektorowej w ochronie zdrowia, co wyjaśnia poniższa tabela:

Numer sprawozdania	Okresy sprawozdawczości	Uchwała Sejmiku Województwa
Pierwsze sprawozdanie z realizacji Strategii sektorowej ochrony zdrowia	lata 2001 - 2002	uchwała Nr XIX/101/2003 r. z dnia 3 listopada 2003 r.
Drugie sprawozdanie z realizacji Strategii sektorowej ochrony zdrowia	lata 2003 - 2004	uchwała Nr XXV/288/05 r. z dnia 24 października 2005 r.
Trzecie sprawozdanie z realizacji Strategii sektorowej ochrony zdrowia	lata 2005-2006	Planowany termin podjęcia uchwały 18 grudnia 2007 r.

W dwóch poprzednich sprawozdaniach, ustalono **najważniejsze efekty procesów restrukturyzacyjnych** zachodzących w zakładach opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego. Do nich należą przede wszystkim:

- ✓ efektywne wykorzystanie środków w ramach Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej
- ✓ wdrożenie całodobowego zabezpieczenia podstawowej opieki medycznej na terenie każdej gminy,
- ✓ poszerzenie oferty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- ✓ skrócenie czasu hospitalizacji,
- ✓ poprawa wykorzystania łóżek,
- ✓ liczne przekształcenia w celu usprawnienia struktur organizacyjnych i funkcjonalności zakładów,
- ✓ prywatyzacja niektórych usług medycznych.

W wymienionych okresach sprawozdawczych odnotowano również **niezadowalające wyniki** w zakresie:

- ✓ rozwoju opieki długoterminowej,
- ✓ organizacji ratownictwa medycznego,
- ✓ stworzenia systemu promocji zdrowia i profilaktyki,
- ✓ poprawy stanu sanitarno-technicznego zakładów opieki zdrowotnej na terenie województwa.

Strategia sektorowa zawiera w swoich treściach zadania strategiczne, które należy traktować jako zasadniczy punkt odniesienia umożliwiające wykazanie zmian, które nastąpiły w wyniku jej realizacji przez poszczególne podmioty. Aby wykazać te zmiany niezbędnym było opracowanie odrębnego zestawu wskaźników ilościowych i jakościowych spójnych do zakresu problematyki Strategii. Dlatego, podstawowym narzędziem metodycznym jest **kwestionariusz ankiety** opracowany przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Szczecinie na podstawie wytycznych do monitorowania Strategii.

Treść i struktura ankiety podlega stałym modyfikacjom z uwagi na zachodzące zmiany w danym okresie sprawozdawczym, np. w bieżącym okresie sprawozdawczym pojawiły się nowe aspekty, takie jak wnioskowanie do funduszy unijnych czy nowe zasady restrukturyzacji, czy też zmiany w ratownictwie medycznym.

W połowie bieżącego roku kwestionariusz ankiety, został kolejny, trzeci raz rozpowszechniony wśród samorządów powiatowych i gminnych oraz wśród publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz innych instytucji działających w obszarze ochrony zdrowia.

W trzecim okresie sprawozdawczym zwrotność informacji osiągnięto na poziomie 74 %, i jest to wynik porównywalny do wyniku z roku 2005, tj. 76% i zdecydowanie lepszy w stosunku do pierwszego okresu sprawozdawczego, gdzie zwrotność ankiet wyniosła 66%.

Najczęściej na ankietę nie odpowiadały gminy odpowiedzialne za podstawową opiekę zdrowotną. Poprawiła się współpraca z powiatami i zakładami resortowymi. Zdecydowanie w pełni odpowiadały jednostki podległe samorządowi województwa, gdzie zwrotność ankiet wyniosła 100 %. Wśród szpitali klinicznych kolejny raz nie uzyskano odpowiedzi od Szpitala Klinicznego Nr 1 w Szczecinie przy ul. Unii Lubelskiej. **W sumie informacji nie przekazało wielu istotnych, z punktu widzenia Strategii, uczestników monitoringu, w tym:**

- ✓ samorządy gminne – 37 na 111 gmin
- ✓ samorządy powiatowe - Goleniów, Gryfice, Kamień Pomorski i Police
- ✓ szpitale resortowe - Szpital MSWiA w Kańsku
- ✓ szpitale kliniczne - Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie
- ✓ Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

Analiza przedłożonych ankiet umożliwiła lepsze zagregowanie i interpretację danych w obszarze wymienionych grup wskaźników oraz bezpośrednie spojrzenie na bieżące prace poszczególnych urzędów i zakładów. Występujące luki informacyjne uzupełniono o ogólnie istniejące i powszechnie dostępne dane w tym zakresie.

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

A. MODEL SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Organizacja systemu opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego

Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego założyła, że realizacja przyjętych kierunków i zadań odbywa się poprzez wypełnianie określonych obowiązków w zakresie kompetencji poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego dot. ochrony zdrowia. Podstawowe działania samorządów terytorialnych w zakresie ochrony zdrowia przez ostatnie lata podlegały stałym przekształceniom. W celu zilustrowania dynamiki zachodzących zmian w sektorze zdrowotnym, poniżej w tabeli przedstawiono wyniki monitoringu z I i II oraz III okresu sprawozdawczego w kolejności od działań najczęściej do tych najrzadziej podejmowanych przez samorządy - tabela 1.

Tab. 1 Działania samorządów terytorialnych w trzech okresach sprawozdawczych

Lp.	I okres sprawozdawczy	II okres sprawozdawczy	III okres sprawozdawczy
1	Wypełnianie funkcji organu tworzącego: organizatora, właściciela, zarządcy i nadzorcy.	Inicjowanie działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.	Inicjowanie działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.
2	Tworzenie nowych publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na bazie likwidowanych w całości lub jego części.	Przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii.	Przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii.
3	Przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii.	Pomoc dla niepełnosprawnych i ich rodzin.	Pomoc dla niepełnosprawnych i ich rodzin.
4	Pomoc dla niepełnosprawnych i ich rodzin.	Współpraca z NFZ.	Planowanie zabezpieczenia opieki zdrowotnej.
5	Inicjowanie działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.	Oddziaływanie na czynniki środowiskowe (stan wód, gleby, odpadów, poziomu hałasu, itp.)	Oddziaływanie na czynniki środowiskowe (stan wód, gleby, odpadów, poziomu hałasu, itp.)
6	Monitorowanie potrzeb zdrowotnych poprzez diagnozowanie stanu zdrowia i określanie potrzeb zdrowotnych.	Wypełnianie funkcji organu tworzącego: organizatora, właściciela, zarządcy i nadzorcy.	Dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej do wymogów sanitarno-fachowych.
7	Planowanie zabezpieczenia opieki zdrowotnej.	Monitorowanie potrzeb zdrowotnych poprzez diagnozowanie stanu zdrowia i określanie potrzeb zdrowotnych.	Monitorowanie potrzeb zdrowotnych poprzez diagnozowanie stanu zdrowia i określanie potrzeb zdrowotnych.
8	Oddziaływanie na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.	Dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej do wymogów sanitarno-fachowych.	Współpraca z NFZ.
9	Dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej do wymogów sanitarno-fachowych.	Planowanie zabezpieczenia opieki zdrowotnej.	Oddziaływanie na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.
10	Oddziaływanie na epidemiologię poprzez monitorowanie chorób zakaźnych i stan szczepiennictwa.	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.	Wypełnianie funkcji organu tworzącego: organizatora, właściciela, zarządcy i nadzorcy.
12	Współpraca z NFZ – nie odnotowano	Tworzenie nowych publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na bazie likwidowanych w całości lub jego części.	Tworzenie nowych publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na bazie likwidowanych w całości lub jego części.

Oprac. Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej UM

- W **pierwszym okresie sprawozdawczym** uwaga organizatorów ochrony zdrowia w samorządach skupiona była przede wszystkim na wypełnianiu funkcji właścicielskich i na tworzeniu nowych zoz-ów na bazie zakładów likwidowanych w całości lub ich części. Nie odnotowano wówczas przykładów współpracy z NFZ.
- W **drugim okresie sprawozdawczym** priorytety z poprzedniego okresu zeszły na dalszy plan. Samorządy terytorialne spotęgowały swoje działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, przeciwdziałania uzależnieniom i pomocy dla niepełnosprawnych. Zdecydowanie poprawiła się współpraca z NFZ. Natomiast, oddziaływanie samorządów głównie na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej było coraz trudniejsze.
- W **trzecim okresie sprawozdawczym** samorządy konsekwentnie charakteryzowały się **redukcją działań w zakresie wypełniania funkcji właścicielskich wobec sp zoz. Prawie w ogóle nie podejmowały decyzji o prywatyzacji i przekształceniach.** Zasadnicze działania dotyczyły pierwszych trzech priorytetów z okresu poprzedniego, tj. profilaktyki i promocji zdrowia, przeciwdziałania uzależnieniom i pomocy dla niepełnosprawnych. **Większą wagę natomiast przywiązywały do planowania opieki zdrowotnej na swoim terenie i do możliwości dostosowania zakładów do wymogów fachowo-sanitarnych.**

W stosunku do lat poprzednich korzystnym zjawiskiem jest **coraz mniejsze odnotowanie całkowitego braku komórek organizacyjnych w obszarze ochrony zdrowia w poszczególnych urzędach.** Niezmienionym pozostaje jednak fakt, że rzadko stanowią one wyodrębnioną strukturę. Zdarza się nawet, że problemy zdrowia połączone są z rolnictwem, gospodarką komunalną, czy też rozwojem gospodarczym. Nadal jednak istnieją samorządy, gdzie uważa się, że ich organy nie odpowiadają za organizację lokalnej ochrony zdrowia, bo nie są właścicielami zakładów opieki zdrowotnej. Zdecydowanie lepiej wygląda sytuacja w samorządach powiatowych i województwa, gdzie kwestie organizacji ochrony zdrowia powierza się wieloosobowym merytorycznym wydziałom lub referatom w tym zakresie.

Większość ankietowanych samorządów stwierdziła, że **stałe poprawia się współpraca z instytucjami i zakładami w sektorze zdrowia.** Zdecydowanie częściej w pracach samorządu uczestniczyli przedstawiciele lokalnej ochrony zdrowia, głównie poprzez uczestnictwo w obradach rad samorządowych oraz coroczne sprawozdawanie się z działalności opieki zdrowotnej. Ponadto, niektóre samorządy prowadziły cykliczne kontrole w zakładach opieki zdrowotnej, szczególnie, gdy były przez nich wspierane finansowo, majątkowo lub rzeczowo. Nadal, trwale współpracowały w zakresie rozwoju programów zdrowotnych. Poniżej przedstawiono kilka przykładów podanych przez samorządy, w zakresie:

- wspólnych przedsięwzięć dot. zapobiegania chorobom i promocji zdrowia, np. Powiat Łobeski, Powiat Pyrzycki, Powiat Szczecinecki, powiat i gmina Goleniów, Miasto Koszalin
- kontroli jakości udzielanych świadczeń np. gmina Przelewice
- dodatkowego zabezpieczenia opieki medycznej, np. gmina Dziwnów
- corocznego programowania ochrony zdrowia, np. gmina Czaplinek
- ulg podatkowych, np. gmina Gryfino

Regionalny Program Restrukturyzacji Ochrony Zdrowia

Regionalny Program Restrukturyzacji Ochrony Zdrowia trwał od 1999 roku do końca 2004 roku. 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. W sumie w Programie uczestniczyło: 61 zakładów w roku 2000, 50 zakładów w roku 2001 i 18 zakładów w roku 2003. W roku 2002 i 2004 nie było dotacji centralnych w tym zakresie. Wysokość przyznanych i pozytywnie rozliczonych środków ogółem wynosiła 36 412 096 zł, w tym: 22 659 103 zł na zadania inwestycyjne i 13 752 993 zł na restrukturyzację zatrudnienia.

Od 21 maja 2005 roku procesy restrukturyzacji finansowej reguluje ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ustawą objęte zostały samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które na dzień 1 stycznia 2001 r. zatrudniały powyżej 50 osób.

- Do restrukturyzacji przystąpiło **28 jednostek, tj. 44,4%** z terenu województwa zachodniopomorskiego, w tym:
 - ✓ **9, tj. 14,3%** otrzymało w 2005 r. dotacje z budżetu państwa na działania restrukturyzacyjne,
 - ✓ **19, tj. 30,1%** wszczęło postępowanie restrukturyzacyjne (proces oddłużenia) na okres do 24 miesięcy.
- W latach 2005-2007 zakłady opieki zdrowotnej skorzystały z pomocy finansowej w łącznej wysokości **147,8 mln zł**, z następujących źródeł:
 - ✓ pożyczka z budżetu państwa – 25,1%,
 - ✓ kredyty bankowe – 15,6%,
 - ✓ dotacja z budżetu państwa – 6,0%,
 - ✓ umorzenie zobowiązań publicznoprawnych – 5,4%,
 - ✓ inne źródła – 3,0%.
- Głównym źródłem finansowania restrukturyzacji jednostek okazała się jednak pomoc finansowa samorządów, której udział stanowił 44,9% wszystkich źródeł pomocowych.**
- Zakłady z terenu województwa zachodniopomorskiego nie korzystały z możliwości emisji obligacji.

Tab. 2 Źródła finansowania restrukturyzacji finansowej w % według organów założycielskich

SP ZOZ	dotacja %	pożyczka %	kredyt bankowy %	umorzenie zobowiązań publicznoprawnych %	pomoc finansowa samorządów %	inne %	Razem %
samorządu województwa	8,0	21,5	4,0	4,3	59,5	2,7	100
powiatowe	0,3	26,5	34,6	3,9	31,7	3,0	100
gminne	-	66,9	-	33,1	-	-	100
kliniki	100,0	-	-	-	-	-	100
resortowe	14,0	54,2	-	23,7	-	8,1	100

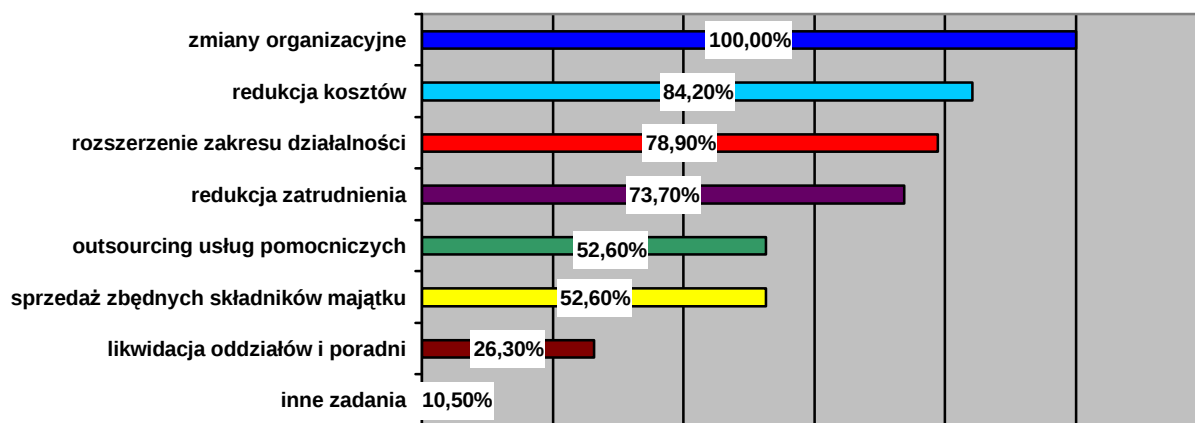
Oprac. Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej UM

W ramach programu restrukturyzacji zadłużone zakłady realizowały **zadania naprawcze i oszczędnościowe**, takie jak:

- ✓ zmiany organizacyjne,
- ✓ redukcja kosztów,
- ✓ rozszerzenie zakresu działalności medycznej,
- ✓ redukcja zatrudnienia,
- ✓ outsourcing usług pomocniczych,
- ✓ sprzedaż zbędnych składników majątku
- ✓ likwidacja oddziałów i poradni.

Udział jednostek, realizujących poszczególne zadania przedstawia wykres poniżej.

Wykres 1. Zadania restrukturyzacyjne realizowane w 2005-2007



Oprac. Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej UM

W wyniku korzystania z pomocy publicznej oraz realizacji programów restrukturyzacyjnych **zakłady uzyskały w latach 2005-2007 znaczne efekty finansowe, głównie w postaci redukcji zobowiązań wymagalnych.**

Przed rozpoczęciem restrukturyzacji (stan na 30.06.2005 r.) **zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z terenu województwa**, które przystąpiły do restrukturyzacji wynosiły (bez klinik):

- ogółem 197,7 mln zł,
- w tym wymagalne 121,9 mln zł,
- z tego objęte ustawową restrukturyzacją (powstałe w okresie od 01.01.1999 r. do 31.12.2004 r.) 64,9 mln zł.

Natomiast w wyniku działań restrukturyzacyjnych (stan na 30.06.2007 r.) **zobowiązania** wynosiły (bez szpitali klinicznych):

- ogółem 208,5 mln zł – wzrost o 5,5%,
- w tym wymagalne 44,8 mln zł – spadek o 63,2%,
- z tego objęte ustawową restrukturyzacją 17,4 mln zł – spadek o 73,2%.

Wzrost zobowiązań ogółem wynikał z zamiany zobowiązań wymagalnych na długoterminowe poprzez zaciąganie kredytów bankowych i pożyczek restrukturyzacyjnych.

Kształtowanie się zobowiązań w wyniku restrukturyzacji według organów założycielskich (bez szpitali klinicznych) przedstawia tabela 3.

Tab. 3 Efekty restrukturyzacji finansowej według organów założycielskich

SP ZOZ	Redukcja zobowiązań w %		
	Ogółem %	Wymagalne %	Objęte restrukturyzacją %
samorządu województwa	spadek o 0,6	spadek o 51,0	spadek o 81,6
powiatowe	wzrost o 21,1	spadek o 72,4	spadek o 72,1
gminne	spadek o 15,5	spadek o 21,8	spadek o 11,5
resortowe	spadek o 7,1	spadek o 84,2	spadek o 60,6

Oprac. Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej UM

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które wszczęły postępowanie restrukturyzacyjne i którym przysługiwało roszczenie wobec Narodowego Funduszu Zdrowia, Skarbu Państwa lub innej jednostki sektora finansów publicznych **z tytułu zobowiązań wobec pracowników wynikających z tzw. „ustawy 203”, na mocy ustawy z 15 kwietnia 2005 r. mogły zrzec się tych roszczeń, w zamian za umorzenie pożyczki restrukturyzacyjnej.** Wartość zrzeczonych przez zakłady województwa zachodniopomorskiego roszczeń wynosiła **42,2 mln zł.** W zamian umorzona została pożyczka restrukturyzacyjna w wysokości **20,1 mln zł.**

Postępowanie restrukturyzacyjne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wszczęte na podstawie ustawy z 15 kwietnia 2005 r. **może trwać do 24 miesięcy (do końca 2007 r.).** **Warunkiem otrzymania decyzji organu restrukturyzacyjnego** (tj. wojewoda dla zakładów utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego, Minister Zdrowia dla pozostałych zakładów) **o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego jest:**

- brak wymagalnych zobowiązań publicznoprawnych,
- zaspokojenie roszczeń wobec pracowników z tytułu tzw. „ustawy 203”,
- zrealizowanie ugody zawartej z wierzycielami cywilnoprawnymi.

Wśród zakładów z terenu województwa zachodniopomorskiego, **warunków zakończenia restrukturyzacji nie spełnia 5 jednostek (na 19), w tym 2 jednostki samorządu województwa.** Ustawa przewiduje, że **w przypadku nie zakończenia restrukturyzacji w terminie:**

- zobowiązania publicznoprawne przewidziane do umorzenia, stają się wymagalne,
- ugoda restrukturyzacyjna przestaje wiązać zakład oraz wierzycieli cywilnoprawnych,
- organ restrukturyzacyjny występuje do organu założycielskiego z wnioskiem o likwidację zakładu.

Współpraca zagraniczna

Województwo Zachodniopomorskie nadal utrzymuje stałą współpracę zagraniczną w zakresie ochrony zdrowia, w szczególności z najbliższymi landami Niemiec. Po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej współpraca przygraniczna nabrała większego znaczenia, gdyż niektóre zadania można wykonywać wspólnie z innymi krajami europejskimi.

W latach 2005-2006 rozpoczęto wdrażanie polsko-niemieckiego projektu **„Sieć telemedyczna wspomagająca leczenie chorób nowotworowych w Euroregionie Pomerania”**, który objął w pierwszej fazie trzy szpitale województwa zachodniopomorskiego: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie i Szpital Wojewódzki w Koszalinie. Ze strony niemieckiej uczestniczyło pięć szpitali Landu Meklemburgia. Budżet projektu wynosił 323 tys. Euro, dofinansowany w 75% z funduszy unijnych INTERREGU IIIA. Rozpoczęta budowa sieci pozwoli na wymianę informacji w zakresie diagnozowania i terapii chorób nowotworowych między poszczególnymi szpitalami. W najbliższym okresie programowania w ramach Europejskiej Współpracy Terytorialnej na lata 2008-2013 planowana jest kontynuacja tworzenia nowej struktury komunikacji umożliwiającej dalszy rozwój telepatologii z rozszerzeniem na teleradiologię i telekonferencje i z udziałem większej liczby szpitali z województwa zachodniopomorskiego.

Przykładem **współpracy wielonarodowej było 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”**. Projekt realizuje równocześnie 13 partnerów z 6 państw: Polski, Niemiec, Austrii, Słowacji, Słowenii i Włoch. Budżet projektu dla województwa zachodniopomorskiego wynosił niespełna 120 tys. Euro, w tym Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego ponosił koszty udziału własnego w wysokości połowy budżetu projektu. Podstawowymi zadaniami realizowanymi w ramach projektu było usprawnienie bazy regionalnego transgranicznego planowania w celu osiągnięcia standardów europejskich, ulepszenie diagnostyki, profilaktyki i leczenia w grupach ryzyka oraz szkolenia nauczycieli, policjantów i pielęgniarek.

Najważniejsze zadania zrealizowane w projekcie BORDERNET z udziałem województwa zachodniopomorskiego to:

- 1) Uruchomienie punktu diagnostycznego zakażeń STI w Poradni Nabytych Niedoborów Immunologicznych w SP Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie.
- 2) Przeprowadzenie akcji konsultacyjno-diagnostycznej wśród mieszkańców Świnoujścia w zakresie testowania HIV, kiły i chłamydii.
- 3) Seminaria dla nauczycieli szkół szczecińskich i organizacji pozarządowych nt. metodyki prowadzenia profilaktyki w zakresie STI wśród młodzieży szkolnej.
- 4) Szkolenia dla policjantów nt. zagrożenia zakażeniem HIV.
- 5) Szkolenia dla pielęgniarek i lekarzy nt. narażenia zawodowego na zakażenie wirusem HIV, HBV, HCV.

- 6) Szkolenia dla młodzieży nt. narażenia na zakażenia HIV w życiu codziennym i w pracy oraz anonimowego poradnictwa dotyczącego zakażeń HIV.
- 7) Stała współpraca z partnerami tandemowymi w ramach I regionu modelowego: Województwo Zachodniopomorskie – Land Meklemburgia.
- 8) Konferencje dla partnerów i organizacji współdziałających w realizacji zadań w projekcie BORDERNET w Warszawie, Szczecinie, Świnoujściu, Rostoku i w Berlinie.
- 9) Przeprowadzenie badań ankietowych KAB – badanie wiedzy, nastawień i zachowań wśród młodzieży i mężczyzn żyjących z wirusem HIV.
- 10) Pozyskanie lekarzy ginekologów, dermatologów i chorób zakaźnych do 'Sentinel Surveillance' (tłum. posterunek nadzorujący zakażenia), których zadaniem było diagnozowanie pacjentów poprzez zbieranie wypełnionych przez pacjentów i lekarza ankiet nt. zakażeń przenoszonych drogą płciową i przekazywanie ich za pośrednictwem Poradni Nabytych Niedoborów Immunologicznych w Szczecinie do Instytutu Kocha w Berlinie.
- 11) Konkursy plakatowe nt. profilaktyki i zakażenia HIV/AIDS dla młodzieży polsko-niemieckich szkół z koordynacją w Świnoujściu.
- 12) Warsztaty transgraniczne: „Dni filmu młodzieżowego o miłości, przyjaźni, seksualności i HIV/AIDS” we Frankfurcie n/Odrą, w Anklam i w Szczecinie.
- 13) Opracowanie wspólnej ulotki polsko-niemieckiej nt. profilaktyki diagnostyki HIV i STI w regionach przygranicznych.
- 14) Uczestniczenie we wspólnym polsko-niemieckim stoisku informacyjnym Świnoujście-Albeck oraz podczas festiwalu FAMA pn. „Profilaktyka w zakresie HIV/AIDS i STI w ramach bezpieczeństwa w czasie wakacji”.
- 15) Nawiązanie kontaktu i pozyskanie do współpracy nowego partnera z Ukrainy.
- 16) Wspólne szkolenie dla szczecińskich lekarzy i Landu Meklemburgia nt. epidemiologii i profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową w Rostoku.
- 17) Uczestniczenie przedstawiciela Województwa Zachodniopomorskiego w zaprezentowaniu projektu BORDERNET podczas Konferencji Ministrów Zdrowia krajów Unii Europejskiej pt. „Odpowiedzialność i Partnerstwo – razem przeciwko AIDS” w Bremie, Niemcy.

Poza samorządem województwa, zagraniczną współpracę w zakresie ochrony zdrowia prowadzą bezpośrednio zakłady opieki zdrowotnej i samorządy lokalne. Na podstawie informacji zawartych w przedłożonych ankietach można stwierdzić, że **wiele obszarów współpracy rozwija się nieprzerwanie od początku 2001 roku. Dotyczy to przede wszystkim działań w zakresie wymiany doświadczeń klinicznych, wymiany kadry medycznej, zarządzania szpitalem, rozwoju telemedycyny, czy też w szeroko pojętym obszarze inwestycyjnym.**

Zakres tej współpracy na przestrzeni trzech okresów sprawozdawczych przedstawia poniższa tabela 4.

Tab. 4 Współpraca zagraniczna sp zoz-ów i samorządów lokalnych

Kto ? - nazwa instytucji	I okres	II okres	III okres	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	x	Powiat Marchijski-Odrzański/Niemcy	spotkania robocze i warsztaty na lata 2005-2006
Szpital Powiatowy Białogard	x		x	Niemcy, Dania, Francja	darowizny sprzętu medycznego, zarządzanie szpitalem
Urząd Miejski Koszalin	x	x	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	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	Zakończona		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		x	Klinika Torakochirurgii/ Szwajcaria/Berno	
Specjalistyczny Szpital Szczecin Zdunowo - oddział pulmonologii	x	x		Szpital Płucny/Niemcy/Bad Lippspringe	wymiana naukowa, pozyskanie sprzętu medycznego
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii Szczecin	x	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 Tumorzentrums Vorpommern w Greifswaldzie.
SP Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	x	x	x	Werner Forssmann Krankenhaus/Niemcy/ Eberswald Szpital Wolnego Uniwersytetu/Berlin	wymiana doświadczeń, wymiana lekarzy, współpraca w euroregionie
109 Szpital Wojskowy w Szczecinie			x	Norwegia, Szpital Uniwersytecki Hamburg /Niemcy/	inwestycje, wymiana naukowa
Miasto Świnoujście			x	Anklam Niemcy Urząd Miasta	zagadnienia HIV/AIDS
UMiG Barwice			x	Dania, Niemcy Lubeka	pomoc osobom niepełnosprawnym

Oprac.: Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej UM

B. ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ OPIEKI MEDYCZNEJ

Podstawowa Opieka Zdrowotna- POZ

Na podstawie zebranych informacji ankietowych i danych statystycznych, należy stwierdzić, że z roku na rok nadal stale wzrasta liczba zatrudnionych lekarzy rodzinnych i lekarzy pediatrów oraz stomatologów, a także rośnie liczba pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych. Ciągłe panuje tendencja wzrostowa w liczbie udzielanych porad. **W roku 1999 liczba podmiotów POZ wynosiła 174, natomiast w roku 2006 funkcjonowało już 468 podmiotów, z tego tylko 10 % zakładów miało charakter publiczny.** Poniżej w tabeli przedstawiono zmiany w liczbie podmiotów POZ w porównaniu do poprzednich okresów sprawozdawczych.

Tab. 5 Liczba podmiotów POZ ogółem

Lata/zakłady POZ ogółem	2002	2004	2006
	364	411	468

opracowanie na podstawie danych z ZOW NFZ

Tab. 6 Liczba lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w POZ w 1999 i 2006 r.

Lata/ liczba lekarzy i pielęgniarek	1999	2006
Lekarze	742	910
Pielęgniarki	1 310	1 336

opracowanie na podstawie danych z ZCOiPZ

Większa liczba lekarzy rodzinnych skutkowałą zmniejszeniem liczby podległej populacji na każdego lekarza w stosunku do pierwotnie przyjętej liczby wskaźnikowej, tj. 2 500 pacjentów na 1 lekarza. Liczbę i migracje populacji również determinowały zmiany demograficzne i organizacyjne poszczególnych podmiotów. Uśredniając wyniki na podstawie danych z Ankiety na przestrzeni ostatnich dwóch lat odnotowano następujące wartości – Tab. 7:

Tab.7 Wskaźniki zabezpieczenia w POZ

Wyszczególnienie	Liczba mieszkańców przypadająca na jednego ...				
	ZOZ resortowe	ZOZ wojewódzkie	ZOZ powiatowe	ZOZ gminne	Średnia wojewódzka
lekarz rodzinny	2 130	1364	2 856	2 431	2 196
pielęgniarka	2 529	2 337	1 904	2 129	2 255
położna *	4 560	4 809	4 649	4 114	4 783
pielęgniarka szkolna **	brak	818	1 585	891	1 098

* - liczba kobiet
** - liczba uczniów

opracowanie na podstawie informacji samorządów i sp zoz-ów

Zakłady POZ przestrzegały standardu zabezpieczenia opieki całodobowej z uwzględnieniem wskaźnika jednego lekarza dyżurnego na 20 000 mieszkańców. **Praktyka lekarza rodzinnego dostępna była w odległości do 20 km od miejsca zamieszkania pacjenta.**

Dla zachowania właściwej jakości świadczeń podmioty starały się optymalnie zabezpieczać warunki lokalowe, techniczne, sanitarne i stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz stopień dostępności do diagnostyki ambulatoryjnej. Na podstawie nadesłanych danych z samorządów gminnych, można stwierdzić, że **ogólna ocena warunków panujących w zakładach była na poziomie dobrym.** Niewielki odsetek wszystkich przedłożonych ocen stanowiły oceny niedostateczne.

Zakłady POZ stale wykonywały **zadania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia**, często przy wsparciu samorządów gminnych. Poniżej przedstawiono obszary działań i liczbę samorządów gminnych, które podały, że działania tego typu realizują zakłady POZ na ich terenie:

➤ Uzależnienia	-36
➤ Choroby układu krążenia	- 30
➤ Nowotwory	- 25
➤ Próchnica zębów	-18
➤ Choroby układu oddechowego	- 16
➤ Szczepienia ochronne	- 11
➤ Opieka nad noworodkiem	- 6

Ponadto, samorządy gminne, wykorzystując środki własne, organizowały działania o charakterze akcyjnym, jak: pomiary ciśnienia, poziomu cukru i cholesterolu; badania mammograficzne, badania osteoporozy oraz okresowe konsultacje specjalistów w formie tzw. „białych sobót”.

Samorządy gminne bez względu na to, czy są organem tworzącym czy nie dla zakładów opieki zdrowotnej, **ponoszą odpowiedzialność za zabezpieczenie lokalnej opieki zdrowotnej. Niestety kwestie nadzoru nad lokalnymi placówkami POZ ciągle są niedostatecznie zrozumiałe dla zarządzających.** Niektóre ankietowane podmioty przedstawiły jednak sposoby prowadzenia nadzoru nad POZ, są to m.in.: cykliczna sprawozdawczość i kontrole oraz nadzór nad dzierżawą i poddzierżawą lokali, prawidłowe wykorzystanie dotacji gł. na zakupy inwestycyjne i modernizacje, a także rozpatrywanie skarg i wniosków pacjentów.

Kolejny raz wzrosła **liczba lekarzy stomatologów na terenie całego województwa.** Na przestrzeni lat odnotowano prawie pełną prywatyzację tychże usług. Szczegółowe informacje na temat liczby i wskaźników zatrudnienia lekarzy stomatologów w województwie od 2002 roku poniżej w tabelach.

Tab. 8 Liczba lekarzy stomatologów

Lata/liczba lekarzy	2002	2004	2006
Liczba lekarzy stomatologów ogółem	749	914	1 022
w tym			
w publicznych zakładach	173	152	178
w niepublicznych zakładach	339	458	481
w gabinetach prywatnych	237	304	363

oprac. na podstawie danych z ZCOiPZ

Tab. 9 Wskaźnik zatrudnienia lekarzy stomatologów na 10 tys. osób

Lata	2002	2004	2006
Województwo	4,4	5,4	6,0

oprac. na podstawie danych z ZCOiPZ

Analizując poradnictwo w zakresie opieki stomatologicznej liczba tych usług wzrosła, chociaż nadal **najtrudniej było osiągnąć wizytę w poradni ortodontcji, paradontologii i protetyki**. Bez większych problemów uzyskiwano porady w zakresie stomatologii zachowawczej. Poniżej w tabelach przedstawiono dane dot. porad stomatologicznych w województwie od 2002 roku.

Tab. 10 Liczba porad stomatologicznych na 1 mieszkańca

Lata	2002	2004	2006
Województwo	1,1	1,1	1,2

oprac. na podstawie danych z ZCOiPZ

Tab. 11 Liczba porad stomatologicznych z podziałem na poradnie

Liczba porad ogółem	2002	2004	2006
	1 311 363	1 301 750	1 443 912
w tym			
stomatologia zachowawcza	1 190 214	1 171 354	1 277 442
ortodontcja	45 352	61 987	86 818
protetyka	35 712	34 364	42 742
chirurgia stomatologiczna	40 085	34 045	36 910

oprac. na podstawie danych z ZCOiPZ

Według informacji zawartych w ankietach, prawie połowa podmiotów uważa, że zabezpieczenie opieki i profilaktyki stomatologicznej w szkołach było niewystarczające.

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – AOS

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, podmioty zaangażowane w jej rozwój, dążyły przede wszystkim do zniwelowania lub wyeliminowania problemów związanych z utrudnioną dostępnością do specjalistów ze względów geograficznych i organizacyjnych, długim oczekiwaniem na udzielenie porady oraz brakami w wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną.

Na przestrzeni ostatnich dwóch lat zachowane zostały pozytywne wcześniejsze tendencje w zakresie rozwoju AOS, tj. stopniowy wzrost liczby porad, wydłużenie czasu pracy poradni, większa liczba pracowni diagnostycznych z doskonalszą aparaturą, głównie nową oraz poprawa warunków lokalowych poradni specjalistycznych. Nie bez znaczenia był tu udział samorządów lokalnych.

Zasadniczym kierunkiem strategicznym jest doprowadzenie do równego rozmieszczenia sieci poradni specjalistycznych na terenie województwa z zachowaniem reguły komplementarności, czyli wyższy szczebel uzupełnia świadczenia niższego szczebla.

W ostatnich dwóch latach kolejne czynione przekształcenia AOS stopniowo porządkowały sieć poradnictwa. **Nadal większość poradni miała charakter publiczny.** Prywatyzacja tychże usług zachodziła przede wszystkim na szczeblu powiatowym. Ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie prywatyzowały samorząd województwa, zakłady resortowe i kliniczne. Według informacji ankietowych, gmina Nowogard i Powiat Łobeski jako jedyne przekształciły całe lokalne zasoby AOS w jednostki niepubliczne.

Wiele poradni funkcjonowało na poziomie ponadpowiatowym. **Najbardziej popularnymi specjalnościami były: endokrynologia, nefrologia, urologia, gastrologia i medycyna paliatywna oraz poradnia chorób piersi. Zdaniem ankietowanych ogólna dostępność do poradnictwa specjalistycznego oceniona została na poziomie dobrym.** Niemniej jednak, niektóre samorządy zgłaszały problemy z dostępem np. do kardiologa w Powiecie Stargardzkim, czy też do neurologa w Powiecie Sławieńskim.

Przez ostatnie dwa lata, wraz z większą liczbą poradni specjalistycznych wzrastała liczba udzielonych porad. **Najwięcej przybyło poradni wysokospecjalistycznych. Najwięcej było porad w poradniach zabiegowych, tj. chirurgii onkologicznej, urazowo-ortopedycznej, okulistycznej i w poradniach specjalności zachowawczych, tj. dermatologicznej i neurologicznej. Ogólnie nadal najwięcej porad udzielały poradnie: ginekologiczno-położnicze, okulistyczne i chirurgii ogólnej.**

Na podstawie zebranych informacji **odnotowano zbyt wolne tempo rozwoju poradnictwa onkologicznego.** Liczba poradni i dostęp do nich jest ciągle niedostateczny przy jednoczesnym wzroście liczby zachorowań i zgonów z przyczyn onkologicznych.

Poniżej scharakteryzowano ambulatoryjną opiekę specjalistyczną poprzez pryzmat korzystnych zmian w czasie trzech okresów sprawozdawczych w liczbie podmiotów funkcjonujących w AOS, w liczbie poradni i udzielonych porad.

Tab. 12 Liczba podmiotów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Lata	2002	2004	2006
Zakłady AOS ogółem	197	253	262
Liczba poradni specjalistycznych	826	1 041	1 556

Oprac. na podstawie ZOW NFZ i Informatora Statystycznego ZCOiPZ

Tab. 13 Liczba podstawowych poradni specjalistycznych w trzech okresach sprawozdawczych

Lata/poradnia	2002	2004	2006
alergologiczna	32	31	30
chirurgii ogólnej	76	101	101
chirurgii urazowo-ortopedycznej	71	88	91
dermatologiczna i wenerologiczna	63	88	97
diabetologiczna	35	38	41
ginekologiczno-położnicza	172	233	243
kardiologiczna	45	54	53
neurologiczna	81	93	100
okulistyczna	92	119	125
otolaryngologiczna	77	104	101
rehabilitacyjna	43	47	52
zdrowia psychicznego	39	45	43

oprac. na podstawie danych ZCOiPZ

Tab. 14 Liczba udzielonych porad specjalistycznych w województwie

Lata/poradnia	2001-2002*	2003-2004*	2005-2006*
ogółem	4 880 940	5 396 149	7 457 502
alergologiczna	174 099	214 770	230 042
chirurgii ogólnej	547 570	652 966	751 735
chirurgii urazowo-ortopedycznej	320 679	389 555	456 896
dermatologiczna i wenerologiczna	466 276	441 217	418 333
diabetologiczna	83 982	104 691	111 777
ginekologiczno-położnicza	1 255 900	1 467 121	1 447 258
kardiologiczna	190 038	192 289	248 689
neurologiczna	296 717	325 510	372 533
okulistyczna	703 518	721 252	842 760
otolaryngologiczna	425 787	455 022	495 599
rehabilitacyjna	160 896	164 086	188 268
zdrowia psychicznego	255 478	267 670	295 177

oprac. na podstawie danych ZCOiPZ

* - suma liczby porad z lat 2001-2002, z lat 2003-2004, z lat 2005-2006

Wskaźnik liczby porad na 1 mieszkańca w województwie w roku 1999 wynosił **1,5** porady. Natomiast w trzech kolejnych okresach sprawozdawczych osiągnął następujące wartości:

- **2002 – 1,8**
- **2004 – 2,1**
- **2006 – 2,3**

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

- **2002 – 1 627**
- **2004 – 1 854**
- **2006 – 1 919**

Ostatnie dwa lata to kolejny okres **rozwoju nowych form poradnictwa specjalistycznego zgodnie z przyjętymi kierunkami strategicznymi w zakresie onkologicznej opieki medycznej i psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz rehabilitacji medycznej**. Tworzenie dodatkowych poradni skutkowało przede wszystkim skróceniem czasu pobytu pacjenta w zasadniczej placówce ochrony zdrowia. Według podanych informacji **przybyły poradnie leczenia bólu nowotworowego, psychiatrii środowiskowej i domowego leczenia tlenem**.

W zakresie **stanu zabezpieczenia w wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną na terenie województwa poprawiło się jej rozmieszczenie, a przede wszystkim jej stan techniczny i dostosowanie do obowiązujących wymogów dot. nowoczesnej diagnostyki**.

W zakładach opieki zdrowotnej działających w publicznym systemie ochrony zdrowia przybyło angiografów, tomografów i aparatów do hemodializy. Część dotychczas działających pracowni mammograficznych funkcjonowała poza Narodowym Funduszem Zdrowia, stąd zanotowano mniejszą liczbę mammografów. Większość jednostek ochrony zdrowia decydowała się na wymianę sprzętu na nowy zamiast modernizacji poprzedniego. Dzięki środkom unijnym i wsparciu samorządów lokalnych, aparatura wysokospecjalistyczna stała się dostępna również i na poziomie powiatu. Powiaty Choszczeński i Myśliborski oraz Gryficki zakupiły angiografy, natomiast nowe tomografy zostały zainstalowane w Szczecinku i Choszczynie oraz w Szpitalu Klinicznym nr 2 w Szczecinie. Ponadto, chcąc sprostać postępowi medycznemu, jednostki kupowały nowoczesne systemy zabiegowe, jak np. neuronawigację w Wojewódzkim Szpitalu przy ul. Arkońskiej w Szczecinie.

Tab. 15 Wysokospecjalistyczna aparatura medyczna na terenie województwa

Nazwa aparatu	Liczba aparatów		
	2002	2004	2006
angiograf	5	5	8
mammograf	27	36	28
rezonans magnetyczny	2	3	3
tomograf komputerowy	9	11	14
aparat do hemodializy	66	88	105

oprac. na podstawie informacji zakładów opieki zdrowotnej i NFZ

Stacjonarna Opieka Zdrowotna - SOZ

Na obecny stan lecznictwa szpitalnego zasadniczy wpływ miał główny płatnik świadczeń zdrowotnych, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia, częściowo organy założycielskie zakładów opieki zdrowotnej oraz trendy planowanych przekształceń i kierunki rozwoju formułowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Siódmy rok wdrażania Strategii pozwala na zweryfikowanie, które z założonych priorytetów i zadań zostały zastosowane i osiągnięte w tworzeniu optymalnej opieki szpitalnej, a które należy zweryfikować i zmienić.

Osiągnięcia w rozwoju lecznictwa szpitalnego:

- ✓ zmiana struktury łóżek na korzyść opieki długoterminowej i rehabilitacji,
- ✓ zmniejszenie liczby łóżek krótkoterminowych,
- ✓ skrócenie czasu pobytu w szpitalu,
- ✓ znaczne zwiększenie liczby leczonych w opiece dziennej,
- ✓ łączenie szpitali, przekazywanie zadań innym organom założycielskim,
- ✓ 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 chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i pediatrycznych,
- ✓ rozwijanie nowych oddziałów i komórek organizacyjnych w zakresie specjalistycznego lecznictwa.

Za ujemne cechy w realizacji celów strategicznych można uznać:

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

Nadal nie było możliwe:

- ✓ przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego,
- ✓ opracowanie sieci szpitali,
- ✓ ustalenie minimalnych standardów wyposażenia szpitali na poszczególnych szczeblach referencyjnych.

Zasoby łóżkowe

W województwie zachodniopomorskim w 2006 r. liczba łóżek w stacjonarnej opiece zdrowotnej wynosiła 9 848, łącznie z opieką długoterminową i psychiatryczną.

Od 2004 r. obserwuje się niewielkie zmniejszenie liczby łóżek. Jednak porównując do 2000 r. ogólna liczba łóżek powiększyła się o 142. Wzrost ten związany jest przede wszystkim ze zwiększeniem bazy łóżkowej w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej zaliczany jest m.in. Szpital w Kamieniu Pomorskim i Resku, oddziały psychiatryczne w Koszalinie i Szczecinku, zakłady opiekuńczo-lecznicze w Gryfinie, Białogardzie, Szczecinku oraz hospicja w Szczecinie i Koszalinie.

Tab.16 Liczba łóżek w szpitalach w latach 2000, 2004 i 2006 według organów założycielskich

Organ założycielski	2000	2004	2006
Samorząd Województwa	4 560	4 328	4 272
Samorządy Powiatowe	3 091	3 045	2 849
Samorządy Gminne	0	111	111
Pomorska Akademia Medyczna	1 159	1 219	1 232
MON i MSWiA	896	927	896
Niepubliczne	0	244	488
Ogółem	9 706	9 874	9 848

Opracowanie na podstawie: Informatory statystyczne ZCOiPZ i dane Szpitali resortowych

W 2006 roku rozpoczęto przegrupowanie łóżek między poszczególnymi organami założycielskimi. SP Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie przyłączył do swojej struktury Szpital Powiatowy w Policach. Trwają przygotowania do połączenia 107 Szpitala Wojskowego w Wałczu ze Szpitalem Powiatowym w Wałczu.

Tab.17 Ogólne wskaźniki działalności szpitali w latach 2000, 2004, 2006

Wskaźniki	2000	2004	2006
Liczba łóżek	9 706	9 874	9 848
Liczba leczonych	307 666	338 530	339 848
Średnie wykorzystanie w %	75,1	68,9	63,0
Przeciętny czas pobytu w dniach	8,6	6,5	5,6

Opracowanie na podstawie: Informatory statystyczne ZCOiPZ i dane Szpitali resortowych

W analizowanym okresie od 2000 roku w szpitalach województwa zachodniopomorskiego oprócz niewielkiego wzrostu liczby łóżek obserwuje się wzrost liczby leczonych i znaczne skrócenie czasu pobytu chorego w szpitalu. Mimo tego wskaźnik wykorzystania łóżek obniżył się, co świadczy o niewystarczającym wykorzystaniu istniejącej bazy łóżkowej w szpitalach.

Struktura łóżek

W 2006 r. funkcjonowało w sumie **9 848 łóżek**, w tym w:

- **opiece krótkoterminowej** - **7 637 łóżek**
- **opiece długoterminowej** - **657 łóżek**
- **opiece psychiatrycznej** - **1 024 łóżek**
- **oddziałach rehabilitacji** - **530 łóżek**

Wraz ze wzrostem ogólnej liczby łóżek, w porównaniu do 2000 r. **zwiększyła się o 35% liczba łóżek długoterminowych** z tymczasowym zmniejszeniem liczby łóżek w 2004 r., co było spowodowane niekorzystnym finansowaniem opieki nad przewlekle chorymi przez NFZ. **Od 2000 r. stwierdza się też 50% zwiększenie liczby łóżek rehabilitacyjnych.**

Tab.18 Struktura łóżek w latach 2000, 2004 i 2006 według rodzajów opieki stacjonarnej

Rodzaj opieki stacjonarnej	2000		2004		2006	
	Liczba łóżek	Wskaźnik łóżek/10 tys.ludności	Liczba łóżek	Wskaźnik łóżek/10 tys.ludności	Liczba łóżek	Wskaźnik łóżek/10 tys.ludności
Krótkoterminowa	7 972	46,0	7 858	46,4	7 637	45,1
Długoterminowa	487	4,9	432	2,5	657	3,9
Rehabilitacyjne	351	2,0	516	3,0	530	3,1
Psychiatryczna	896	5,1	1 068	6,3	1 024	6,1
Ogółem	9 706	55,9	9 874	58,2	9 848	58,2

Opracowanie na podstawie: Informatory statystyczne ZCOiPZ i dane Szpitali resortowych

Liczba łóżek w opiece psychiatrycznej od 2000 r. wzrosła o 128, czyli o ponad 14 %. Należy przy tym zaznaczyć, że ponad wykazaną w powyższej tabeli liczbę łóżek do stacjonarnej opieki psychiatrycznej są zaliczane także ośrodki rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych prowadzone przez stowarzyszenia, m.in. MONAR, które w 2006 r. posiadały na terenie województwa zachodniopomorskiego 288 miejsc.

Zgodnie z założeniami Strategii obserwuje się stopniowe **zmniejszanie się liczby łóżek krótkoterminowych**. Od 2000 r. ich liczba zmniejszyła się o 335. Zmniejszenie liczby łóżek nastąpiło w oddziałach o niskim wykorzystaniu łóżek. **Przykładem są oddziały podstawowe: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne i pediatryczne.**

Tab.19 Liczba łóżek i leczonych w oddziałach podstawowych w 1999 i 2006 r.

Oddział	Liczba łóżek		Wskaźnik łóżek /10 tys. ludności	
	1999	2006	1999	2006
Chorób wewnętrznych	1 429	1 284	8,2	7,6
Chirurgii ogólnej	1 201	1 076	6,9	6,3
Położniczo-ginekologiczny	1 258	985	7,3	5,9
Pediatryczny	710	636	4,1	3,7

Opracowanie na podstawie: Informatory statystyczne ZCOiPZ i dane Szpitali resortowych

W czterech oddziałach od 1999 r. zredukowano łącznie 617 łóżek. Częściowo zostały one przekształcone na potrzeby innych specjalności szpitalnych. Największy ubytek nastąpił w oddziałach położniczo-ginekologicznych: 273 łóżek, czyli o 21,7%. W pozostałych trzech oddziałach nastąpiła redukcja w granicach 10% w każdym z nich.

Tab.20 Niektóre wskaźniki działalności oddziałów podstawowych w latach 1999 i 2006

Oddział	Liczba leczonych		Średnie wykorzystanie łóżek w %		Średni czas pobytu	
	1999	2006	1999	2006	1999	2006
Chorób wewnętrznych	44 861	49 518	86,4	69,3	8,8	5,8
Chirurgii ogólnej	40 287	54 074	64,3	53,0	7,1	4,6
Położniczo-ginekologiczny	47 408	52 137	58,3	51,7	7,3	3,6
Pediatryczne	22 656	25 824	54,3	52,9	6,8	4,8

Opracowanie na podstawie: Informatory statystyczne ZCOiPZ i dane Szpitali resortowych

W Strategii sektorowej w ochronie zdrowia opracowanej w 2001 r. posłużono się następującymi **wskaźnikami kierunkowymi liczby łóżek na 10 tys. ludności, proponowanymi przez Ministerstwo Zdrowia:**

- Oddziały chorób wewnętrznych - 8,6
- Oddziały chirurgii ogólnej - 6,4
- Oddziały położniczo-ginekologiczne - 6,0
- Oddziały Pediatryczne - 3,0

Niektóre oddziały w 2006 r. osiągnęły wartości poniżej wskaźników kierunkowych. Jednak po przeprowadzeniu znacznej redukcji łóżek i skrócenia czasu pobytu pacjenta w szpitalu oraz przy znacznym zwiększeniu liczby hospitalizowanych **nadal średnie wykorzystanie łóżek nie jest wystarczające, kształtuje się w granicach 52 - 70%, przy czym za optymalne uważa się wykorzystanie na poziomie 80-85%.**

Alternatywne formy opieki stacjonarnej

Wśród alternatywnych form opieki stacjonarnej w ostatnich dwóch latach, oprócz form dotychczas funkcjonujących jak: opieka dzienna w szpitalach i przychodniach, domowe leczenie tlenem, domowa wentylacja mechaniczna, hospicja domowe, rozwinęła się rehabilitacja domowa i dzienna oraz długoterminowa opieka domowa. W statystyce medycznej w oddziałach dziennych ujmowane są także szpitalne oddziały ratunkowe i stacje dializ.

Tab. 21 Liczba leczonych w oddziałach opieki dziennej w latach 1999, 2004 i 2006

Rodzaj opieki dziennej	1999	2004	2006
Chirurgia onkologiczna	521	2 991	3 057
Chirurgia ogólna		187	1 350
Neurochirurgia			371
Urologia			376
Zabiegowy		210	
Ginekologia i położnictwo		211	179
Choroby wewnętrzne		100	1 170
Pulmonologiczny		513	568
Rehabilitacja		709	1 688
Otolaryngologia	376	620	979
Okulistyka		265	2 335
Geriatrya	163	8	
Onkologia			5 025
Chemioterapia	1 912	5 126	1 701
Radioterapia	1 212	1 572	1 668
Reumatologiczny		72	309
Pediatryczny		339	1 966
Diagnostyczny	361		226
Psychiatria	132	841	1 249
Szpitalne oddziały ratunkowe		13 011	12 300
Stacja dializ	466	908	1 121
Razem	4 545	12 923	37 638

Opracowanie na podstawie: Informatory statystyczne ZCOiPZ i dane Szpitali resortowych

Liczba leczonych w oddziałach dziennych od 2004 r. wzrosła o 24 489 osób, czyli o 189,5%. Długoterminowa opieka domowa w 2006 r. prowadzona przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne wykonała 45 471 osobodni. **Największy wzrost leczonych w opiece dziennej nastąpił w zakresie: chorób wewnętrznych, pediatrii, okulistyki i psychiatrii.** Powyższe dane świadczą o niedostatecznym zainteresowaniu wykonywaniem w trybie opieki dziennej świadczeń diagnostycznych. W 2006 r. funkcjonowały nowe rodzaje opieki dziennej w zakresie: urologii i neurochirurgii.

Prowadzenie list oczekujących na leczenie szpitalne

Z informacji szpitali i organów założycielskich wynika, iż w 2007 r. podobnie jak w poprzednich latach **najdłuższe listy oczekujących utrzymują się stale w tych samych oddziałach, czyli przede wszystkim w oddziałach rehabilitacji, chirurgii urazowo-ortopedycznej, okulistyce, chirurgii ogólnej oraz zakładach opiekuńczo-leczniczych.**

Tab.22 Liczba oczekujących i czas oczekiwania na leczenie w niektórych oddziałach szpitalnych w 2007 r.

Oddział	Liczba osób oczekujących		Średni czas oczekiwania w dniach	
	2004	2007	2004	2007
Rehabilitacja	2 497	4 182	365	213
Chirurgia urazowo-ortopedyczna *	131	3 826	72	442
Okulistyka	194	3 779	51	446
Chirurgia ogólna	399	1 445	29	40
Położniczo-Ginekologiczny	61	285	35	34
Kardiologia	422	294	154	166
Radioterapia		146		21
Oparzeniowy		36		461
Chirurgia onkologiczna		78		10
Neurochirurgia		80		90
Chorób wewnętrznych	164	58	17	13
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	44	188	112	119
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	23	45	49	135

Opracowanie na podstawie: Informacje zoz-ów i samorządów terytorialnych

*czas oczekiwania na protezę stawu biodrowego w 2004 r.: od 1,5 – 5 lat

Liczba osób oczekujących w 2007 r. w porównaniu do 2004 r. **zwiększyła się prawie we wszystkich powyżej analizowanych oddziałach.** Tylko w oddziałach chorób wewnętrznych sytuacja się poprawiła, mniej było oczekujących i skrócił się czas oczekiwania.

W oddziałach rehabilitacji mimo, że liczba oczekujących wzrosła dwukrotnie, czas oczekiwania nieco się skrócił z 365 do średnio 213 dni, przy rozpiętości od 68 do 462 dni. Najbardziej zróżnicowany czas oczekiwania jest w oddziałach urazowo-ortopedycznych od 160 do 1 440 dni i w oddziałach okulistycznych od 51 do 1 010 dni. Podstawową przyczyną wzrostu liczby oczekujących na leczenie było **limitowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.**

Stan sanitarno-techniczny szpitali

„Ocenę sanitarną stanu sanitarnego obiektów opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim” corocznie opracowuje Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie. Ocena obejmuje: funkcjonalność, utrzymanie czystości, procesy dezynfekcji i sterylizacji, pralnictwo szpitalne, żywienie w szpitalach oraz ocenę działalności szpitalnych zespołów ds. zapobiegania i zwalczania zakażeń zakładowych.

Główne wnioski wynikające z oceny stanu sanitarnego szpitali w 2006 r. to:

- W województwie zachodniopomorskim 19 szpitali posiadało opracowany i pozytywnie zaopiniowany przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie program dostosowania pomieszczeń szpitali do wymogów *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.*
- Wiele szpitali funkcjonuje w starych budynkach, stale prowadzone remonty i modernizacje poprawiały stan sanitarny oddziałów szpitalnych, jednak nie zawsze wpływały na poprawę stanu funkcjonalności.
- Nastąpiła poprawa stanu techniczno-sanitarnego izb przyjęć i bloków operacyjnych, choć nadal stwierdza się zastrzeżenia dotyczące braku wyodrębnienia sal operacyjnych „brudnych” i „czystych” o wysokiej aseptyce, braku śluz wózkowych, szatniowych i materiałowych.
- W 11 szpitalach na 33, utrzymanie czystości i porządku zlecane było zewnętrznym firmom sprzątającym.
- We wszystkich szpitalach województwa zachodniopomorskiego formalnie zostały powołane zespoły kontroli zakażeń zakładowych.
- Niepokojącym był fakt pobierania przez szpitale małej ilości prób do badań mikrobiologicznych zarówno od pacjentów, jak i z powierzchni po dezynfekcji i sterylizacji, co ma duże znaczenie w zapobieganiu zakażeń zakładowych.
- Większość szpitali posiadała centralne sterylizatornie, lecz nie miały one właściwego powiązania funkcjonalnego z zespołem operacyjnym i z innymi jednostkami szpitala. W 2006 r. odnotowano cztery rodzaje sterylizacji: 108 autoklawów, 21 na suche powietrze, 13 na tlenek etylenu i 2 plazmowe.

- W 2006 r. funkcjonowały 282 pracownice badań obrazowych z 469 aparatami różnego typu, przy czym 38% z nich to aparaty nowe. Nie stwierdzono żadnego przypadku zwiększonego narażenia personelu na promieniowanie.
- 22 szpitale korzystały z usług w pralniach zewnętrznych, a 9 szpitali posiadało pralnie własne, w tym 3 były dzierżawione firmom zewnętrznym, natomiast 7 szpitali korzystało z pralni nie posiadających bariery higienicznej.
- Na koniec 2006 r., trzy szpitale nie posiadały decyzji zezwalających na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych. Na 34 nadzorowane szpitale, 3 posiadały własne spalarnie odpadów, a 31 szpitali zlecało transport i utylizację odpadów firmom zewnętrznym.

Certyfikaty jakości w szpitalach

W ostatnich dwóch latach odnotowano wzrost zainteresowania zakładów opieki zdrowotnej uzyskiwaniem akredytacji, certyfikatów ISO i wyróżnień. Uzyskanie certyfikatów zdobyło większą popularność zarówno w jednostkach publicznych, jak i niepublicznych. Prawdopodobnie miało to związek z większym przywiązywaniem wagi zarządzających do znaczenia posiadanych certyfikatów i z wymaganiami oraz kryteriami zawartymi w projektowanych przepisach w sprawie tworzenia sieci szpitali.

Z informacji uzyskanych od uczestników monitoringu wynika, że w województwie zachodniopomorskim szpitale posiadają:

- | | |
|---|---------------|
| ➤ Akredytacje Centrum Monitorowania Jakością w Ochronie Zdrowia | – 4 szpitale |
| ➤ Certyfikaty zarządzania jakością ISO 9001:2000 | – 15 szpitali |
| ➤ Tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku” | – 3 szpitale |
| ➤ Certyfikaty diagnostyki laboratoryjnej | – 4 szpitale |

C. RATOWNICTWO MEDYCZNE

W trzecim okresie sprawozdawczym, tj. 8 września 2006 roku **nastąpiła zmiana ustawy o ratownictwie medycznym**. Nowa ustawa wprowadziła nowe zasady funkcjonowania ratownictwa medycznego. **Przestały obowiązywać m.in. zapisy dot. obowiązku organizacji przez starostów tzw. Centrów Powiadamiania Ratunkowego, czyli zintegrowanych stanowisk koordynujących działania ratownicze wszystkich podmiotów ratownictwa.** Według informacji z roku 2004, na siedem planowanych centrów uruchomiono wówczas cztery centra. Wdrożono również funkcjonowanie ratunkowego numeru telefonu 112. Rozbudowa i prace adaptacyjne koniecznych budynków oraz wyposażenie w niezbędny sprzęt komputerowo-łącznościowo pochłonęły niebagatelne środki samorządów powiatowych. Obecnie w budynkach tych stacjonuje przede wszystkim straż pożarna. Według znowelizowanej ustawy, centra powiadamiania ratunkowego przyjmujące zgłoszenia z numeru alarmowego 112 i przekierowujące zgłoszenia do właściwej jednostki Policji, Państwowej

Straże Pożarnej i pogotowia ratunkowego, **mają działać tylko w urzędach wojewódzkich.** Działalność centrów powiadamiania ratunkowego finansuje się z budżetu państwa. Szczegółową organizację centrów powiadamiania ratunkowego, ich liczbę oraz sposób rozmieszczenia ureguje stosowne rozporządzenie.

Równocześnie, wraz z nowelizacją ustawy **zakończył się wieloletni proces współuczestniczenia powiatów w opracowywaniu rocznego planu zabezpieczenia świadczeń w zakresie medycyny ratunkowej** z uwzględnieniem aktualnej diagnozy i zagrożeń stanu zdrowia na terenie województwa. W tej chwili, odpowiedzialnym za przedmiotowy plan jest tylko Wojewoda.

Obecnie elementarną składową systemu ratownictwa są **szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego, w skład których wchodzi zespoły wyjazdowe specjalistyczne i podstawowe.**

Szpitalne Oddziały Ratunkowe

Jeden Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) według założeń winien przypadać na 100-300 tys. mieszkańców, stąd docelowa ilość SOR-ów w województwie wynosi 14. Na podstawie informacji zawartych w ankietach, można stwierdzić, że oddziały te były i nadal są uruchamiane na bazie modernizowanych szpitalnych izb przyjęć i istniejących przy nich oddziałach intensywnej opieki medycznej.

Prace w tym zakresie nadal przebiegają w sposób niezadawalający. W drugim okresie sprawozdawczym Powiat Szczecinecki zlikwidował tamtejszy SOR z uwagi na brak kontraktu z NFZ. W latach 2003-2004 powstał tylko jeden SOR w Choszcznie. W ostatnich latach nie utworzono żadnego SOR-u z tych zaplanowanych. Poniżej w tabeli przedstawiono aktualne informacje dot. SOR na podstawie danych z ankiet.

Tab. 23 Lokalizacja szpitalnych oddziałów ratunkowych

Lp.	Nazwa jednostki	Liczba łóżek		Liczba lekarzy	Liczba pielęgniarek	Umowa z NFZ
		obecna	docelowa			
1	Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	11	11	3	11	
2	SPSK Nr 1 Szczecin	10	15	7	23	Tak
3	ZOZ Kołobrzeg	6	6	4	15	
4	SPZZOZ Gryfice	5	5	8	15	Tak
5	Szpital Wojewódzki Koszalin	6	6	3	15	
6	SSP ZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą Sz-n	5	5	2	8	Tak
7	Szpital Powiatowy Choszczno	5	5	11	6	Tak

oprac. na podstawie informacji z samorządów i spzoz

Pozostałe planowane szpitalne oddziały ratunkowe w Policach, Pyrzycach, Drawsku Pomorskim, Goleniowie, Stargardzie i Szczecinku oraz w Specjalistycznym Szpitalu w Zdunowie, ciągle są w fazie organizacji i budowy lub oczekują na zainteresowanie NFZ.

Organizacja i wyposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych były ściśle uzależnione od stanu środków finansowych na ten cel, a przede wszystkim od dotacji z Ministerstwa Zdrowia i warunków umowy z NFZ. W informacjach podanych przez zakłady opieki zdrowotnej, w których istnieją szpitalne oddziały ratunkowe zauważono, że:

- ✓ **W poprzednich okresach sprawozdawczych, pozyskiwanie środków na wyposażenie nowe lub odtworzeniowe stanowiło dość istotny problem. Im droższy sprzęt, tym trudniej było go pozyskać.**
- ✓ **Trzeci okres sprawozdawczy to czas realizacji wcześniej złożonych wniosków o dofinansowanie regionalnej i lokalnej ochrony zdrowia ze środków UE. Na tej podstawie zakłady poczyniły wiele istotnych zakupów inwestycyjnych, tj. aparaty RTG, USG, respiratory, aparaty do znieczuleń, kardiomonitor, defibrylatory, stoły operacyjne i ambulanse, w tym neonatologiczne.**

Zespoły Ratownictwa Medycznego

Podstawowym kryterium dla **zespołów ratownictwa medycznego** był stale poprawiający się standaryzowany czas przybycia na miejsce zdarzenia od chwili wydania przez dyspozytora medycznego dyspozycji wyjazdu zespołu.

W trzecim okresie sprawozdawczym nastąpiła zmiana nazewnictwa zespołów. **Zespoły ratownictwa medycznego zastąpiono nazwą „Zespoły wyjazdowe”, a ambulanse typu R i W, kolejno nazwami „zespoły wyjazdowe specjalistyczne” i „zespoły wyjazdowe podstawowe”.**

W sumie na terenie województwa w roku 2006 funkcjonowało **78 zespołów**, w tym **40 podstawowych i 38 specjalistycznych**. Nadal województwo obsługiwały **dwie karetki noworodkowe typu N w Szczecinie i Koszalinie**. Wyeksploatowane karetki N zostały zastąpione nowymi pojazdami w roku 2006 i 2007. Ponadto, Szpital Dziecięcy przy ul. Wojciecha w Szczecinie zakupił ambulans spełniający wymagania i kryteria do przewozu dzieci i młodzieży.

Przez dwa ostatnie lata przybyło również karetek sanitarnych, tj. zakłady pomocy doraźnej ogółem dysponowały 158 karetkami, w tym 53 do przewozu chorych.

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

- **zmniejsza się liczba wyjazdów do zachorowań,**
- **wzrasta liczba wyjazdów do wypadków,**
- **maleje liczba ludności przypadająca na 1 karetkę,**
- **zdecydowanie poprawia się stan techniczny zasobów ratownictwa medycznego i transportu sanitarnego.**

W tabeli poniżej została określona liczba zespołów wyjazdowych według powiatów oraz liczba ludności na 1 karetkę w trzech okresach sprawozdawczych.

Tab. 24 Zespoły wyjazdowe i liczba ludności na 1 karetkę w podziale na powiaty

Powiaty	Liczba ludności na 1 karetkę w tys.			Liczba zespołów wyjazdowych		
	I okres	II okres	III okres	I okres	II okres	III okres
Koszalin	19,4	12	24,6	4	5	7
Szczecin	18,9	15,3	29,2	6	14	14
Świnoujście	21,7	13,7	20,4	1	2	2
Białogardzki	25,3	12,1	24,2	1	2	2
Choszczeński	10,2	10,1	25	1	2	2
Drawski	15,2	8,4	14,5	2	4	4
Goleniowski	11,2	7,8	15,8	2	5	5
Gryficki	21	10,2	15,2	2	4	4
Gryfiński	14,2	8,3	20,8	2	4	4
Kamieński	12,5	6,8	11,9	2	4	4
Kołobrzeski	11,2	10,8	25,4	2	2	3
Łobeski	13,1	7,7	19,1	1	2	2
Myśliborski	8,7	6,1	13,5	2	5	5
Policki	29,4	15,6	32,4	1	2	2
Pyrzycki	20,6	10	20	1	2	2
Sławieński	20	9,6	14,4	0	3	4
Stargardzki	30,8	17,1	29,8	2	4	4
Szczecinecki	20,4	19,3	25,8	2	3	3
Świdwiński	12,9	24,6	24,4	0	2	2
Wałecki	28,4	9,2	18,2	1	3	3
Razem	48,4	22,9	21,7	35	74	78

oprac. na podstawie ZCOiPZ

Duże różnice we wskaźniku liczby ludności na 1 karetkę na przestrzeni monitorowanych lat wynikały przede wszystkim ze zweryfikowanej liczby ludności województwa po Narodowym Spisie Powszechnym z roku 2002.

D. PROFILAKTYKA I PROMOCJA ZDROWIA

W Strategii sektorowej przyjęto tworzenie systemu rozwoju promocji zdrowia i profilaktyki w kierunku inicjowania i wdrażania zadań na wszystkich szczeblach jako zasadniczy kierunek działań w tym zakresie. Profilaktyką i promocją zdrowia zajmowały się: administracja rządowa, administracja samorządowa, ubezpieczenia zdrowotne, instytucje sanitarno-epidemiologiczne i placówki oświatowo-wychowawcze oraz organizacje pozarządowe. **Ilość środków finansowych na ten cel była nadal niedostateczna.** Pomimo tego, wielu organizatorów ochrony zdrowia kontynuowało wcześniejsze zadania, inicjowało nowe lub współuczestniczyło w propozycjach programowych innych instytucji.

Samorząd województwa zachodniopomorskiego

Samorząd województwa realizował zadania wynikające z dokumentu przyjętego uchwałą Nr 416/05 Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 14 czerwca 2005 r. pn. „**Zadania Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia do realizacji na lata 2005-2015**”. Zakres realizowanych programów korespondował z priorytetami zawartymi w planach i programach narodowych oraz w rezolucjach WHO.

Wszystkie programy promocji zdrowia i profilaktyki realizowane przez samorząd województwa skierowane były do populacji całego województwa. Zlecane zadania instytucjom współpracującym odpowiadały priorytetom zdrowotnym i obszarom szczególnego zagrożenia zdrowotnego. Samorząd realizował w tym okresie:

1. Profilaktykę chorób nowotworowych – 3 programy, w tym 1 zlecony
2. Profilaktykę chorób układu krążenia – 1 program
3. Profilaktykę chorób przewlekłych (astma, cukrzyca i osteoartroza) – 3 programy
4. Zapobieganie HIV/AIDS – 1 program
5. Przeciwdziałanie uzależnieniom: narkomania i alkoholizm – kompleksowy program
6. Promowanie honorowego krwiodawstwa – 1 program zlecony

W trzecim okresie sprawozdawczym wydatki z budżetu województwa zachodniopomorskiego przekroczyły trzy miliony złotych i jest to najwyższa wartość dofinansowania tychże zadań od początku realizacji Strategii. Szczegóły w tabeli poniżej.

Tab. 25 Finansowanie profilaktyki i promocji zdrowia przez samorząd województwa

I okres	II okres	III okres	Razem
640 677	2 880 062	3 292 450	6 813 189

Oprac. Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej UM

Samorządy powiatowe i gminne

Powiaty i gminy uczestniczące w monitorowaniu Strategii **nadesłały w stosunku do lat ubiegłych zdecydowanie mniej informacji w zakresie lokalnych działań profilaktycznych.** Poniżej przedstawiono najistotniejsze wyniki ankietyzacji w tym zakresie.

Zdecydowana większość samorządów nie posiada ośrodków koordynujących tego typu działania. Ponadto, na pytanie dot. istnienia lokalnego ośrodka koordynującego, bardzo często odpowiadano, że jest to Narodowy Fundusz Zdrowia. W poprzednich okresach sprawozdawczych, najczęściej urzędy wskazywały na własne komórki organizacyjne. **Niepokojącym jest fakt, że odpowiedzialność za realizację tego obszaru, samorządy gminne przeniosły na podstawowego płatnika.** Prawdopodobnie, wynik ten uzasadnia odnotowaną mniejszą liczbę działań lokalnych i mniejsze zaangażowanie samorządu terytorialnego. **Zasadniczym realizatorem zadań na terenie gmin były zakłady podstawowej opieki zdrowotnej.**

Wiele samorządów, głównie powiaty, zna potrzeby zdrowotne swoich mieszkańców i ustala priorytety lokalne, a następnie programy profilaktyczne. W poprzednim sprawozdaniu, samorządy powiatowe i gminne podały, że realizują w sumie 291 programów, a w obecnym tylko 61 programów. Natomiast wysokość środków wydatkowanych na ich realizację to **4 710 658 zł**, co jest porównywalne do poprzedniego okresu sprawozdawczego (4 878 185 zł). Źródłem finansowania programów były przede wszystkim budżety gmin, miast i powiatów i samych zakładów opieki zdrowotnej.

Pozytywnym efektem był dynamiczny rozwój usług poradnictwa w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom przy dużym współudziale samorządów. Odnotowano funkcjonowanie 37 punktów informacyjno-konsultacyjnych w tym zakresie.

E. KADRY MEDYCZNE

Szkolnictwo medyczne

Zadania samorządu województwa w tym zakresie wynikają z roli samorządu jako organu prowadzącego szkoły medyczne i realizatora przyjętych kierunków działań w *Strategii sektorowej*. W trzecim okresie sprawozdawczym przedmiotowe zadania nie uległy zmianie.

Na podstawie zebranych informacji, odnotowano:

1. Rozdział Zespołu Szkół Medycznych i Pracowników Służb Społecznych w Szczecinie i przeniesienie kierunków medycznych do Policealnej Szkoły Medycznej w Szczecinie. W Zespole Szkół pozostały tylko kierunki kształcenia społecznego. Szkoła przyjęła nową nazwę: Szkoła Policealna Pracowników Służb Społecznych w Szczecinie.
2. Zaprzestano kształcenia policealnego w zawodach:
 - Technik analityki medycznej
 - Technik fizjoterapii
 - Pracownik socjalny
3. Nadal czynione były starania o utworzenie w Koszalinie wyższej szkoły zawodowej na poziomie licencjatu kształcącej w zawodach medycznych.

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

Tab. 26 Liczba absolwentów szkół medycznych

Zawód	I okres	II okres	III okres
pielęgniarka	83	65	0
położna	20	21	
technik analityki medycznej	41	43	48
technik elektroradiolog	14	42	42
ratownik medyczny	83	143	177
terapeuta zajęciowy	28	129	230
technik fizjoterapii	171	233	280
technik dentystyczny	25	46	50
technik ortopeda	0	36	38
opiekunka dziecięca	202	18	18
technik farmaceutyczny	47	43	48
technik masażysta	0	16	64
opiekunka środowiskowa	0	23	37
pracownik socjalny	145	127	139
asystent osoby niepełnosprawnej	0	29	35
opiekun w DPS	0	23	14
Razem	859	1 037	1 244

Oprac. na podstawie Wydziału Kultury, Edukacji, Turystyki i Sportu UM

Staże podyplomowe lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych

Zadania zostały wykonane właściwie:

- ustalono listę zakładów opieki zdrowotnej uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych dla lekarzy i lekarzy dentystów w województwie
- ustalono listę zakładów opieki zdrowotnej uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych dla pielęgniarek i położnych w województwie,
- listy były weryfikowane dwa razy w roku: w lutym i we wrześniu,
- zgodnie z potrzebami zabezpieczona została liczba miejsc w zakładach prowadzących staże,
- staże podyplomowe przebiegały sprawnie i wyczerpywały wszystkie tematy zawarte w programach;
- sprawnie przebiegała współpraca Urzędu z samorządami zawodów medycznych
- samorząd województwa z rezerwy celowej państwa w pełni zabezpieczał środki finansowe na realizację staży podyplomowych.

Poniżej przedstawiono liczbę stażystów w trzech okresach sprawozdawczych.

Tab.27 Liczba stażystów podyplomowych w trzech okresach sprawozdawczych

Zawód	I okres	II okres	III okres
Lekarz medycyny	518	218	143
Lekarz stomatolog	243	98	118
Pielęgniarki i położne	327	113	106

Oprac. Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej UM

W I okresie sprawozdawczym statystycznie liczono zarówno tych rozpoczynających, jak i kończących staże. Natomiast od II okresu liczy się tylko tych, którzy rozpoczynają staże podyplomowe, stąd duże różnice w przedstawionych liczbach.

Specjalizacje w poszczególnych dziedzinach medycyny

Realizatorem zadania było 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 uwzględniało przyjęte kierunki demograficzne, potrzeby zdrowotne i zmiany systemowe. Dlatego, ciągle istnieje potrzeba większej liczby lekarzy w specjalnościach takich, jak: psychiatria, geriatria, medycyna sportowa i medycyna ratunkowa oraz diabetologia i onkologia. **Według informacji z Centrum, w każdej z wyżej wymienionych specjalności stopniowo wzrasta liczba lekarzy specjalistów.**

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

- w I okresie sprawozdawczym – 22,1
- w II okresie sprawozdawczym – 25,4
- w III okresie sprawozdawczym – 32,3

Poniżej w tabeli przedstawiono uzyskane specjalizacje lekarskie na terenie województwa w trzech okresach sprawozdawczych.

Tab. 28 Uzyskane specjalizacje lekarskie

Lata	specjalizacje lekarskie					
	I stopnia			II stopnia		
	lekarze medycyny	stomatolodzy	inni	lekarze medycyny	stomatolodzy	inni
I okres	70	20	80	167	21	0
II okres	16	1	46	43	7	8
III okres	3	0	1	12	0	1

oprac. na podstawie danych z ZCOiPZ

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. W trzecim okresie sprawozdawczym, całkowity ciężar kształcenia specjalizacyjnego spoczął na nowym trybie ich uzyskiwania, tj. odnotowano 204 lekarzy medycyny, 12 lekarzy dentystów i 2 innych.

F. PRZEKSZTAŁCENIA WŁASNOŚCIOWE I POLITYKA INWESTYCYJNA

Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej – prywatyzacja

W latach 2005-2006 dynamika przekształceń własnościowych, szczególnie wśród jednostek wysokospecjalistycznych o znaczeniu regionalnym, znacząco spadła. Jest to powodem intensywnego wdrożenia zmian w okresie 1999-2005. Wdrażane w okresie 2005-2006 zmiany miały inny charakter niż zmiany wdrażane w poprzednim okresie.

Poprzednie zmiany wprowadzono w celu dokonania zmian własnościowych, jak również funkcjonalnych i organizacyjnych. Wprowadzane zmiany umożliwiły sprawniejsze dopasowanie się zakładów opieki zdrowotnej do zmian na rynku usług medycznych, przede wszystkim w zakresie zawieranych kontraktów z płatnikiem. Głównym celem tych zmian było obniżenie kosztów szczególnie w zakresie usług pomocniczych i zarządzania oraz ograniczenie narastania zobowiązań.

W okresie 2005-2006 w całym województwie wprowadzano zmiany polegające głównie na zwiększeniu wydajności posiadanego majątku oraz racjonalnego jego wykorzystania. Zmiany te dotyczyły wyprowadzenia do podmiotów zewnętrznych działalności związanej z np. dializoterapią, usługami laboratoryjnymi czy patomorfologią. Powodem takiego stanu rzeczy była konieczność poniesienia dużych nakładów inwestycyjnych na modernizację stacji dializ i dostosowanie ich do obowiązujących przepisów tj. *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*.

Odrębnym zagadnieniem dotyczącym prywatyzacji w zakładach opieki zdrowotnej była sprzedaż majątku. Pomiędzy 2005 a 2006 r. **sprzedaż majątku dotyczyła zbędnych nieruchomości do działalności statutowej zoz, będących własnością organów założycielskich.** Środki z ich sprzedaży przeznaczano w całości na spłatę zobowiązań zakładów opieki zdrowotnej oraz modernizację oddziałów szpitalnych.

Generalnie, **dużo mniej przekształceń miało za zadanie wprowadzenie pilnych zmian organizacyjnych związanych z likwidacją działalności medycznej.**

Wyrażna zmiana profilu wdrażanych przekształceń prawdopodobnie była spowodowana pojawieniem się szans na poprawę sytuacji ekonomicznej dzięki wejściu w życie *ustawy z dnia 15.04.2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*.

Polityka inwestycyjna

Zakupy i zadania inwestycyjne

W celu zapewnienia wysokiej jakości opieki medycznej dla mieszkańców województwa zachodniopomorskiego, Strategia w zakresie polityki inwestycyjnej wyznaczyła kilka zadań planowanych do realizacji w najbliższych latach, są to m.in.:

- ✓ poszukiwanie dodatkowych środków finansowych na zadania i zakupy inwestycyjne,
- ✓ maksymalizacja efektywnego wykorzystania aparatury,
- ✓ doposażenie i wymiana zużytego sprzętu.

Okres 2005-2006 szczególnie charakteryzował się tym, że zakłady operatywnie wykorzystywały fundusze umożliwiające doposażenie jednostek, zarówno unijne jak i pozaunijne, krajowe i lokalne.

W zakresie zakupów aparatury i sprzętu medycznego **większość zakupów miała charakter nowy – 88% ogółu, a charakter odtworzeniowy jedynie 12%.**

Ogółem w województwie zakupiono **aparaturę i sprzęt medyczny** o wartości **61 082 072 zł.** Dużą grupę sprzętu stanowiły aparaty RTG oraz inne aparaty do diagnostyki obrazowej, w tym tomografy i angiografy. Najwięcej wydatkowanych środków dotyczyło wyposażenia szpitali wysokospecjalistycznych o ponadregionalnym znaczeniu, tj. 59%. Prawie 30% powyższej kwoty to wyposażenie zakupione przez jednostki powiatowe. Szpitale resortowe i kliniczne wydatkowały około 9% powyższej kwoty na doposażenie, a zakłady samorządów gminnych wydatkowały pozostałe 2% środków.

Modernizacje realizowane w zakładach opieki zdrowotnej w latach 2005-2006 miały na celu nie tylko odtworzenie zdekapitalizowanego majątku i zużytej bazy lokalowej, ale przede wszystkim podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych i spełnienie wymagań określonych przez Ministerstwo Zdrowia w zakresie warunków i wyposażenia pomieszczeń i urządzeń. W województwie na ten cel wydatkowano w sumie kwotę **31 222 950 zł**, z czego 46% to wydatki jednostek podległych samorządowi województwa, 35% to wydatki powiatowych zakładów, 16% resortowych i klinicznych, 3% gminnych.

Z informacji przesłanych przez 31 jednostek z terenu całego województwa wynika, iż **stopień dostosowania tych jednostek do obowiązujących przepisów** przedstawia się następująco:

- **6%** tj. 2 jednostki jest dostosowana w **100%** (Gminy Kalisz i Warnice)
- **16%** jednostek jest dostosowane w **99%-80%**
- **55%** jednostek jest dostosowane w **79%-50%**
- **23%** jednostek jest dostosowane w mniej niż **49%**.

Jednostki wykazały, iż około 500 mln zł potrzebne jest do zabezpieczenia ciągłości świadczenia usług medycznych w jednostkach na terenie województwa, tak aby spełniały wymogi fachowo-sanitarne. Koszty te nie uwzględniają prac rozwojowych.

W latach 2005-2006 **dofinansowanie** zakładów opieki zdrowotnej przez samorządy terytorialne w zakresie modernizacji, zakupów aparatury i sprzętu medycznego oraz projektów UE dla na terenie województwa wyniosło w sumie **40 163 416 zł**. Szczegóły ilustruje tabela poniżej.

Tab.29 Dofinansowanie zakładów opieki zdrowotnej przez samorządy terytorialne w zł

JST	Zadania inwestycyjne	Zakupy inwestycyjne	Dofinansowanie do projektów UE
Gminy	747 000	321 840	5 658 000
Powiaty	2 055 700	4 213 922	5 481 203
Województwo	11 361 461	9 839 290	485 000
Razem	14 164 161	14 375 052	11 624 203

Opracowanie na podstawie danych samorządów i sp zoz.

Inwestycje wieloletnie w ochronie zdrowia

W ramach zadań o charakterze ponadregionalnym i wieloletnim nadal prowadzone były w naszym województwie trzy inwestycje: w Stargardzie Szczecińskim, Białogardzie oraz w Koszalinie. Poniżej przedstawiona tabela przedstawia finansowanie inwestycji wieloletnich z budżetu państwa w latach 1999-2007.

Tab. 30 Finansowanie inwestycji wieloletnich z budżetu państwa w latach 1999-2007 w mln zł.

Dofinansowanie zadań inwestycyjnych wieloletnich	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Budowa Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie</i>	5	3	0,60	0,60	0	0,39	0,25	0,27	0,2
<i>Modernizacja Szpitala w Stargardzie Szczecińskim</i>	0	0	14,75	1,90	0	13,40	0,30	0	3,5
<i>Centrum Rehabilitacji z oddziałami Szpitala Rejonowego w Białogardzie</i>	0	0	10	13,75	16,25	12,60	0,30	0	13,2
Razem	5	3	25,35	16,25	16,25	26,39	0,60	0,27	16,9

Opracowanie Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej UM

Łącznie na powyższe trzy inwestycje w latach 1999-2007 wydatkowano środki finansowe w wysokości około **110,01 mln zł**.

Projekty unijne

W latach 2005-2006 zgłoszono 21 wniosków o łącznej wartości projektów **65 737 464** zł dot. dofinansowania projektów zdrowotnych, których beneficjentami były zakłady opieki zdrowotnej. Większość wniosków tj. 12 dotyczyło modernizacji bazy lokalowej, natomiast 9 wniosków dotyczyło doposażenia w sprzęt i aparaturę. Po przeprowadzonej procedurze naboru wniosków i ich ocenie formalnej oraz merytorycznej, do dofinansowania zakwalifikowało się 7 projektów.

Największą aktywność wykazały jednostki samorządu województwa i powiatów, również szpitale kliniczne podjęły duży trud w aplikację o środki UE, natomiast najmniej wniosków złożyły jednostki resortowe i gminne.

Wszystkie ogłoszone konkursy cieszyły się dużym zainteresowaniem jednostek ochrony zdrowia z całego województwa. Zgłoszone potrzeby w znacznym stopniu przewyższały możliwości dofinansowania.

G. UWAGI I WNIOSKI

- I. Przedłożony dokument to trzecie sprawozdanie z realizacji *Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego*. Następne sprawozdanie zaplanowano na rok 2009.
- II. W III okresie sprawozdawczym sformułowano następujące wnioski:
 1. Oczekuje się większego zaangażowania uczestników monitoringu w opracowaniu Sprawozdania, by w przyszłości osiągnąć lepszy wynik zwrotności informacji od dotychczas odnotowanych, tj. powyżej 75 %.
 2. Nadal nie wszystkie samorządy terytorialne wykazywały dostateczne zainteresowanie posiadaniem informacji o zabezpieczeniu świadczeń medycznych na swoim terenie.
 3. W wyniku korzystania z pomocy publicznej i realizacji programów restrukturyzacyjnych, zakłady opieki zdrowotnej na terenie województwa uzyskały znaczne efekty finansowe, głównie w postaci redukcji zobowiązań wymagalnych.
 4. Współpraca zagraniczna w zakresie ochrony zdrowia nabrała większego znaczenia wraz z rozwojem współpracy poszczególnych krajów członkowskich UE, głównie w obszarze prewencji, diagnostyki i terapii HIV/AIDS, telemedycyny onkologicznej oraz wymiany doświadczeń klinicznych i kadry medycznej.
 5. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej odnotowano kolejny raz zwiększenie liczby lekarzy rodzinnych, pielęgniarek i położnych, co zdaniem samorządów gminnych poprawiło dostęp do całodobowej opieki medycznej. Natomiast zabezpieczenie opieki i profilaktyki stomatologicznej w szkołach uznano za ciągle niewystarczające.
 6. Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna ponownie poszerzyła swoje zasoby o wiele nowoutworzonych zakładów. Zwiększyła się liczba porad, wydłużył się czas pracy poradni i przybyło pracowni diagnostycznych. Odnotowano umiarkowaną prywatyzację usług specjalistycznych, tylko na szczeblu gminnym i powiatowym. Nadal niedostatecznie rozwijało się poradnictwo onkologiczne przy jednoczesnym wzroście liczby zachorowań i zgonów z przyczyn nowotworowych.
 7. Dostępne środki finansowe z UE przy wsparciu samorządów lokalnych umożliwiły większą ilość zakupów nowej aparatury wysokospecjalistycznej, co skutkowało jej udostępnieniu już na poziomie powiatu. Wskazany jest szczególne monitorowanie tego procesu, by w przyszłości zapobiec nierównomiernemu rozmieszczeniu terytorialnemu i rozproszeniu aparatury wysokospecjalistycznej oraz naruszeniu reguły komplementarności w opiece specjalistycznej.

8. Wzrosła liczba leczonych w szpitalach i skrócił się średni czas pobytu pacjenta, a mimo to nie udało się poprawić wskaźnika wykorzystania łóżek, co świadczy o niewystarczającym wykorzystaniu istniejącej bazy łóżkowej w szpitalach.
9. Poszerzyły się zasoby łóżkowe w opiece długoterminowej, rehabilitacyjnej i psychiatrycznej.
10. Wielokrotnie wzrosła liczba leczonych w oddziałach dziennych.
11. Najdłuższe listy oczekujących utrzymywały się stale w oddziałach: rehabilitacji, chirurgii urazowo-ortopedycznej, okulistyce, chirurgii ogólnej i zakładach opiekuńczo-leczniczych.
12. Stan sanitarno-techniczny szpitali w wyniku ciągłych remontów i modernizacji poprawiał się, lecz nie zawsze miało to bezpośredni wpływ na poprawę jego funkcjonalności.
13. Cztery szpitale na terenie województwa uzyskały certyfikat akredytacyjny.
14. Piętnaście szpitali uzyskało certyfikat zarządzania jakością ISO.
15. W organizacji ratownictwa medycznego wystąpiły zmiany legislacyjne i nadal trwa proces wydawania aktów wykonawczych. Na terenie województwa tylko cztery na siedem uruchomionych szpitalnych oddziałów ratunkowych miało zawartą umowę z NFZ. Poprawiło się wyposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych. Odnotowano lepszy wskaźnik zabezpieczenia ludności na 1 karetkę.
16. Profilaktyka i promocja zdrowia, pomimo wielu starań różnych podmiotów i coraz większego dofinansowania tych zadań, nadal były niedoinwestowane i nie miały charakteru systemu.
17. Kształcenie kadr medycznych odbywało się w sposób zaplanowany i zgodny z przyjętą polityką kształcenia dostosowanego do przepisów unijnych.
18. Jednostki samorządu terytorialnego prawie w ogóle nie podejmowały decyzji o prywatyzacji lub przekształceniach części lub całości podległych zakładów opieki zdrowotnej, wręcz przeciwnie do działań z pierwszego okresu sprawozdawczego, gdzie odnotowano szczególny rozkwit tychże działań.
19. Stacjonarna opieka zdrowotna podlegała prywatyzacji na większą skalę niż dotychczas. Zwiększyły się zasoby łóżkowe szpitali niepublicznych. Odnotowano również 2 połączenia jednostek opieki zdrowotnej, tj. powiatowej z kliniczną i powiatowej z resortową.
20. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej polegały przede wszystkim na zwiększeniu wydajności posiadanego majątku i jego racjonalnym wykorzystaniu, rzadziej dotyczyły likwidacji działalności medycznej.
21. Zakłady opieki zdrowotnej operatywnie wykorzystywały dostępne fundusze, w tym unijne, umożliwiające doposażenie jednostek. Większość zakupów inwestycyjnych miała nowy charakter, niewielki procent stanowiły zakupy odtworzeniowe. Największą aktywność wykazały jednostki samorządu województwa i powiatowe oraz szpitale kliniczne, najmniejszą placówki resortowe i gminne.