

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 strategiczne oraz kierunki działania pozwalające na zwiększenie tempa rozwoju w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego.

W latach 2007–2008 dodatkowo opracowano dokumenty programowe stanowiące aktualizację Strategii i konkretyzację zadań w zakresie rozwoju opieki zdrowotnej pediatrycznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej i chorób wewnętrznych oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgii i kardiologii inwazyjnej. Wybór tych właśnie dziedzin medycyny podyktowany był przede wszystkim badaniami negatywnych mierników na obszarze województwa, jak: chorobowość, zachorowalność, umieralność i śmiertelność oraz średnie trwanie życia z powyższych przyczyn.

Osiąganie przyjętych celów strategicznych realizowane jest poprzez dążenie do finalnych wyników w zakresie ustalonych kierunków działań:

- Wypracowanie optymalnego modelu ochrony zdrowia i koordynacja działań w tym zakresie
- Zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej w dziedzinie podstawowej, specjalistycznej i stacjonarnej opieki zdrowotnej
- Reorganizacja ratownictwa medycznego
- Stworzenie systemu rozwoju promocji zdrowia i profilaktyki
- Podnoszenie poziomu wykształcenia personelu medycznego
- Przekształcenia własnościowe zakładów opieki zdrowotnej
- Właściwe zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne

Zgodnie z postanowieniem Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego, wdrażanie Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia oceniane jest poprzez cykliczne sprawozdania, uchwalane w dwuletnich odstępach czasowych. Urząd Marszałkowski w Szczecinie pełni rolę koordynatora monitoringu i ewaluacji Strategii sektorowej.

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, podjęcie prac monitorujących i ewaluacji realizacji przyjętych kierunków wymaga każdorazowo budowy systemu obiektywnej oceny wyników podjętych działań. Wskazany jest tu podkreślenie faktu, że w każdym obszarze Strategii różne podmioty podejmowały różne działania mając do dyspozycji określone środki: świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy usług zdrowotnych, administratorzy opieki zdrowotnej, kadra medyczna, decydenci i politycy, instytucje publiczne i prywatne. Jeśli strategia działania obejmowała identyfikację i analizę problemów, określiła priorytety oraz zakładała ocenę podejmowanych aktywności przez wymienione podmioty, to również i jej **monitorowanie oraz ewaluacja wiążą się z koniecznością szerokiej współpracy z instytucjami, które gromadzą, przetwarzają i analizują**

informacje o działalności zakładów opieki zdrowotnej i koniunktury zdrowotnej lokalnych społeczności.

Tym samym w procesie monitorowania Strategii niezbędny jest systematyczny udział:

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

Elementarnym celem sprawozdania jest poinformowanie realizatorów Strategii i innych zainteresowanych stron o poczynionych postępach z zamiarem skorygowania odstępstw od planu działania i jego modyfikacji w latach następnych. Zadaniem sprawozdania jest wskazywanie obszarów działających prawidłowo, jak i działających niewłaściwie, czyli wymagających korekty i naprawy. Takie podejście daje możliwość ustalenia:

- czy zakładane cele zostały osiągnięte?
- jakie efekty uzyskano?
- jak zostały wykorzystane zasoby i środki?
- jakie były konkretne skutki lub efekty danych działań?

Obowiązek prowadzenia monitoringu dokumentów strategicznych jako narzędzia niezbędnego do efektywnego planowania i realizacji programu, wynika z powszechnie obowiązujących przepisów unijnych. Niniejsze opracowanie jest kolejnym, czwartym sprawozdaniem z jej realizacji na terenie województwa, od momentu uchwalenia Strategii. Terminy uchwalenia poszczególnych sprawozdań przedstawia poniższa tabela:

Numer sprawozdania z realizacji Strategii sektorowej	Okresy sprawozdawczości w latach	Uchwała Sejmiku WZ Nr z dnia
Pierwsze sprawozdanie	2001-2002	Uchwała Nr XIX/101/03 r. z dnia 3 listopada 2003 r.
Drugie sprawozdanie	2003-2004	Uchwała Nr XXV/288/05 r. z dnia 24 października 2005 r.
Trzecie sprawozdanie	2005-2006	Uchwała Nr XV/149/07 r. z dnia 18 grudnia 2007 r.
Czwarte sprawozdanie	2007-2008	Planowany termin podjęcia uchwały I kwartał 2010 r.

W trzech pierwszych sprawozdaniach z realizacji Strategii ustalono **najważniejsze efekty** zachodzących zmian w zakładach opieki zdrowotnej na obszarze województwa zachodniopomorskiego, m.in.:

- ✓ efektywne wykorzystanie środków przeznaczonych na restrukturyzację SPZOZ i uzyskanie znacznych efektów finansowych w postaci redukcji ich zobowiązań
- ✓ prawie całkowite wyodrębnienie podstawowej opieki zdrowotnej
- ✓ poszerzenie oferty ambulatoryjnej i poprawa jakości tych usług
- ✓ zmniejszenie liczby łóżek krótkoterminowych
- ✓ zwiększenie liczby łóżek rehabilitacyjnych
- ✓ skrócenie czasu hospitalizacji i poprawa wykorzystania łóżek szpitalnych
- ✓ poprawa stanu techniczno-sanitarnego izb przyjęć i bloków operacyjnych oraz oddziałów szpitalnych
- ✓ rozwój opieki dziennej, domowej i środowiskowej
- ✓ usprawnienie systemu ratownictwa medycznego
- ✓ liczne zmiany przekształceniowe, w tym przegrupowanie łóżek szpitalnych pomiędzy organami założycielskimi na podstawie konsolidacji
- ✓ nieliczne przekształcenia w spółki prawa handlowego
- ✓ prywatyzacja niektórych usług medycznych (np. diagnostyka) i outsourcing usług szpitalnych
- ✓ uzyskanie akredytacji i certyfikatów jakości przez zakłady opieki zdrowotnej
- ✓ wdrożenie programów telemedycyny
- ✓ skuteczne aplikowanie środków unijnych w celu poprawy jakości sprzętu i aparatury medycznej oraz poprawy warunków lokalowych

Strategia sektorowa zawiera w swojej treści 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 wykazywać te zmiany niezbędnym było opracowanie odrębnego zestawu wskaźników ilościowych i jakościowych. Zestaw wskaźników podlega za każdym razem modyfikacjom z uwagi na zachodzące zmiany. W okresie ostatnich dwóch lat pojawiały się nowe aspekty w organizacji ochrony zdrowia, dlatego w roku bieżącym również określa się nowe sytuacje i do nich tożsame wskaźniki, takie jak na przykład: wnioskowanie do funduszy unijnych i pozaunijnych o dofinansowanie zadań w zakresie ochrony zdrowia, czy też usługi telemedyczne, outsourcing usług szpitalnych, konsolidacje jednostek itp.

Zestaw przyjętych wskaźników zawsze jest przyporządkowany do działów dot. opieki medycznej zawartych w *Strategii sektorowej*, czyli:

- A. Model systemu ochrony zdrowia
- B. Zarządzanie jakością opieki medycznej
- C. Ratownictwo Medyczne
- D. Profilaktyka i promocja zdrowia
- E. Kadry medyczne
- F. Przekształcenia własnościowe i polityka inwestycyjna

Wobec powyższego, podstawowym narzędziem metodycznym jest **kwestionariusz ankiety** zredagowany w 2003 roku i kolejny raz zmodyfikowany w 2009 roku na bazie wyżej wymienionych wskaźników przez Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego, bowiem treść i struktura Ankiety jest podporządkowana zmianom, jakie zachodzą w analizowanym okresie sprawozdawczym. Tym razem, Ankieta została zawężona do treści kluczowych z punktu widzenia realizatorów Strategii sektorowej. Oczekiwanym efektem tych zmian była wyższa zwrotność kwestionariuszy w porównaniu do poprzednich trzech okresów sprawozdawczych, co przyczyniłoby się do kompletnego poznania stopnia i zakresu, w jakim Strategia jest realizowana przez daną grupę podmiotów województwa.

Kwestionariusz Ankiety w 2009 roku po raz czwarty został rozpowszechniony wśród samorządów powiatowych i gminnych oraz wśród publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a także wśród innych instytucji funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia.

Pomimo dostosowania warunków ankietyzacji do poziomu i możliwości ankietowanych, w **czwartym okresie sprawozdawczym zwrotność informacji osiągnęła poziom 76% i jest to wynik porównywalny w stosunku do ostatnich dwóch okresów sprawozdawczych i lepszy od wyniku z pierwszego okresu sprawozdawczego.** Analizę poziomu zwrotności ankiet we wszystkich okresach sprawozdawczych ilustruje poniższa tabela (w %).

Podmiot	I okres	II okres	III okres	IV okres
Starostwa powiatowe	71	76	81	90
Urzędy miast i gmin	53	74	67	73
Szpitala resortowe	60	83	83	33
Szpitala kliniczne	50	50	50	100
Szpitala samorządu województwa	100	100	100	100
ogółem	66	76	74	76

Podczas czwartej ankietyzacji najmniejszą zwrotność ankiet zarejestrowano wśród szpitali resortowych, gdyż nie otrzymano informacji od Szpitala MSWiA w Szczecinie, Szpitala MSWiA w Kańsku, 109 Szpitala Wojskowego w Szczecinie i 117 Szpitala Wojskowego w Kołobrzegu. Polepszyła się współpraca z gminami odpowiedzialnymi za podstawową opiekę zdrowotną (lepsza jakość ankiet). Postęp odnotowano wśród powiatów, choć odpowiedzi nie udzieliły: powiat Gryficki i powiat Kamieński. W przypadku szpitali klinicznych, tym razem otrzymano stuprocentową zwrotność ankiet. Kompletną informację na poziomie 100 % przedstawiły kolejny raz jednostki podległe samorządowi województwa.

W tej sytuacji brak danych i informacji zawsze uzupełnia się o istniejące dane statystyczne w tym zakresie lub szczególnie w tym celu pozyskiwane. Właściwym byłoby jednak, aby tak istotne podmioty, jak 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.

A. MODEL SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Organizacja systemu opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego

W Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego przyjęto, że osiągnięcie założonych kierunków i zadań następuje poprzez wypełnianie wyznaczonych obowiązków w zakresie fachowości poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego dot. ochrony zdrowia. Podstawowe działania samorządów terytorialnych w obszarze ochrony zdrowia przez wszystkie te lata podlegały stałym modyfikacjom.

- W **pierwszym okresie sprawozdawczym** uwaga organizatorów ochrony zdrowia w samorządach skupiona była przede wszystkim na wypełnianiu funkcji organu tworzącego i na tworzeniu nowych zoz -ów na bazie zakładów likwidowanych w całości lub w 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 osobom niepełnosprawnym. 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 organu tworzącego 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 osobom niepełnosprawnym. Większą wagę natomiast przywiązywały do planowania opieki zdrowotnej na swoim terenie i do możliwości dostosowania zakładów do wymogów fachowo-sanitarnych.
- W **czwartym okresie sprawozdawczym** odnotowano tendencje podobne w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego – w dalszym ciągu samorządy redukowały swoje działania w zakresie wypełniania funkcji organu tworzącego, jako organizatora, właściciela, zarządcy oraz nadzorcy wobec sp zoz. Analogicznie do lat 2005–2006, **decyzje o prywatyzacji lub przekształceniach stanowione były bardzo rzadko**. Do działań podejmowanych w głównej mierze należały: **przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii, pomoc osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom oraz inicjowanie działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia**. Są to przedsięwzięcia dominujące, podejmowane przez samorządy priorytetowo w każdym okresie sprawozdawczym, wyłączając pierwszy okres. Analizowany okres sprawozdawczy charakteryzował się również **zwiększonym zainteresowaniem samorządów w zakresie oddziaływania na czynniki środowiskowe oraz monitoringiem potrzeb zdrowotnych i diagnozowaniem lokalnej sytuacji zdrowotnej**.

Tab. 1 Działania samorządów terytorialnych w czterech okresach sprawozdawczych

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

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankiet

Analizując powyższe działania w podziale na gminy, miasta i powiaty, należy stwierdzić, że **im niższy szczebel terytorialny, tym mniejsze zaangażowanie w reorganizację i restrukturyzację sp zoż**, a zdecydowanie większe w sprawy społeczne dodatkowo połączone z ochroną zdrowia, np. alkoholizm i leczenie odwykowe, osoby niepełnosprawne i rehabilitacja.

Ustawy samorządowe bardzo jasno precyzują zadania własne w zakresie promocji i ochrony zdrowia, stąd na przestrzeni ostatnich 8 lat realizacji Strategii uznano, że niekorzystnym jest całkowity brak komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w poszczególnych urzędach. Pomimo tego, **wielu z nich aktualnie nadal nie widzi potrzeby zajmowania się sprawami zdrowia populacji ze względu na brak podległych zakładów opieki zdrowotnej**. W ocenie ankietujących, jest to wynikiem błędnego postrzegania roli samorządów, które nie przyjmują odpowiedzialności za organizację i funkcjonalność lokalnej ochrony zdrowia. Nadal wyraźnie brakuje stanowisk, które w swych kompetencjach posiadałyby kontrolę nad lokalną opieką zdrowotną oraz podejmowały działania z zakresu promocji zdrowia.

W czwartym okresie sprawozdawczym odnotowano:

- ✓ w samorządach gminnych (wójtowie) generalnie brakuje komórek organizacyjnych w obszarze ochrony zdrowia, według ankietowanych najczęściej funkcję nadzorującą w sprawach związanych z ochroną zdrowia lokalnej społeczności pełni sekretarz gminy, referaty ogólnie – organizacyjne, referaty spraw obywatelskich, samodzielne stanowiska ds. oświaty i zdrowia,
- ✓ w samorządach miejsko-wiejskich i miejskich (burmistrzowie i prezydenci) obszar zdrowia połączony jest z problematyką społeczną i uzależnieniami, promocją zatrudnienia, sportem, kulturą, działalnością gospodarczą, oświatą i bezpieczeństwem publicznym, np. wydział edukacji, zdrowia, kultury i sportu, natomiast instytucjonalnie często te zadania są przypisane sekretarzom urzędu lub kierownikowi placówki ochrony zdrowia, a nie zastępcom burmistrza lub prezydenta,
- ✓ w samorządach powiatowych z reguły wyodrębnia się komórki organizacyjne, którym powierza się zadania związane z organizacją ochrony zdrowia, głównie na poziomie merytorycznych wydziałów, przy czym zwykle nie obejmują one tylko obszaru zdrowia, jak np. wydział zdrowia i polityki społecznej, zarządzania kryzysowego, spraw obywatelskich, wśród powiatów wiodącą rolę pełnią: Gryfiński, Drawski, Świnoujście, Szczecin, Szczecinecki, Goleniowski, Myśliborski, Pyrzycki.
- ✓ w samorządzie województwa zadania w kwestii organizacji ochrony zdrowia na poziomie województwa realizuje wieloosobowy (w przeciwieństwie do innych urzędów) wydział merytoryczny monotematyczny, tj. wydział zdrowia.

Większość ankietowanych samorządów nadal twierdzi, że stale poprawia się współpraca z instytucjami i zakładami w sektorze zdrowia. Niektóre z nich trwale współpracowały w zakresie **rozwoju lokalnej strategii zdrowotnej**. Poniżej przedstawiono nielicznie opracowane przez samorządy terytorialne strategie w zakresie poprawy warunków zdrowotnych mieszkańców poprzez powszechną dostępność do specjalistycznej opieki medycznej, a także poprzez sprawnie funkcjonujący system profilaktyki zdrowotnej:

- ✓ UMiG Goleniów - program „Gminny Program Ochrony Zdrowia, Promocji i Profilaktyki na lata 2006-2010”
- ✓ UM Kalisz Pomorski – „Gminny Program Ochrony Zdrowia na lata 2006 – 2011”
- ✓ UM Sławno – „Gminny system profilaktyki i opieki nad dzieckiem i rodziną”
- ✓ UM Szczecin- „Strategia Rozwoju Szczecina”, w tym ochrona zdrowia
- ✓ Powiat Myśliborski – „Strategia Zrównoważonego Rozwoju Powiatu Myśliborskiego na lata 2004 – 2013”
- ✓ Powiat Pyrzycki – „Plan rozwoju lokalnego na lata 2006 - 2013”

Współpraca zagraniczna

Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego w latach 2007-2008 utrzymywał stałą współpracę zagraniczną w zakresie ochrony zdrowia, w szczególności z najbliższymi sąsiadami terytorialnie – Niemcami.

Kontynuowana była współpraca z „Niemiecko-Polskim Forum Zdrowia” (stowarzyszenie z siedzibą w Berlinie) w celu wymiany doświadczeń i poszerzenia kooperacji pomiędzy przedstawicielami polskiego i niemieckiego systemu ochrony zdrowia. Współpraca polegała m.in. na udziale w Kongresach Zdrowia i Medycyny organizowanych przez *Krankenhaus Klinik Rehabilitation* oraz na wymianie doświadczeń we współpracy z firmą *ID-Information und Dokumentation in Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA* w Berlinie w zakresie systemów zaopatrzenia szpitali, rozwiązań informatycznych dotyczących dokumentowania procedur medycznych i prowadzenia rozliczeń i kontrolowania kosztów leczenia.

W 2008 roku wznowiono prace nad kontynuacją polsko-niemieckiego projektu rozpoczętego w latach 2005-2006 pn. **„Sieć telemedyczna wspomagająca leczenie chorób nowotworowych w Euroregionie Pomerania”**. Budowa sieci telemedycznych pozwoli na szerszą wymianę informacji w zakresie diagnozowania i terapii chorób między szpitalami, a rozbudowa struktury komunikacji umożliwi dalszy rozwój telepatologii z rozszerzeniem na teleradiologię i telekonferencję. Zatwierdzony już został wniosek o dofinansowanie projektu pn. **„Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – Sieć Pomerania”** na lata 2009-2011 w ramach Programu Operacyjnego Współpraca Transgraniczna na lata 2008-2013, INTERREG IV A. W projekcie uczestniczy 21 szpitali niemieckich i 11 polskich oraz dwie szczecińskie uczelnie: Pomorska Akademia Medyczna i Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny. Akademia Medyczna została koordynatorem projektu po stronie polskiej. Program zakłada, że sieć połączy wszystkich jego uczestników i umożliwi utrzymanie wysokiego poziomu opieki medycznej w zakresie profilaktyki, diagnostyki i terapii, przede wszystkim chorób nowotworowych, a także ofiar wypadków oraz schorzeń serca, czy udarów mózgu.  W ramach projektu zostanie zakupiony specjalistyczny sprzęt i odpowiednie oprogramowanie. Poprzez Internet odbywać się będą konsultacje ekspertów, możliwe też będzie wykorzystanie łączy do wybranych zabiegów chirurgicznych. Koszt przedsięwzięcia wynosi ogółem 14 mln Euro, w tym ponad 7 mln Euro przeznaczono dla polskiej strony.

Również kontynuowano realizację **projektu z 2005 roku pn. „BORDERNET HIV/AIDS i STI (infekcje przenoszone drogą płciową) – prewencja, diagnostyka i terapia transgraniczna wzdłuż starych i nowych granic UE”** w ramach projektu **BORDERNETwork**. Doświadczenia przygranicznej współpracy przyniosły poprawę stanu wiedzy na temat ryzyka HIV/AIDS i STI, nastawienia do i stanu profilaktyki, diagnostyki i leczenia, by w ten sposób połączyć dobre rozwiązania regionalne krajów Unii Europejskiej biorących udział w projekcie. BORDERNETwork skupia 13 organizacji partnerskich z 7 krajów: Polski, Niemiec, Ukrainy, Bułgarii, Rumunii, Mołdawii i Estonii. Głównym koordynatorem projektu jest SPI Forschung GmbH w Berlinie, a merytorycznie projekt wspiera Instytut Roberta Kocha w Berlinie.

Zadania Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego w ramach projektu BORDERNETwork były realizowane przez Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie. Projekt był finansowany z budżetu Województwa Zachodniopomorskiego oraz dofinansowany przez Federalny Urząd Administracyjny w imieniu Ministerstwa Zdrowia Niemiec.

Najważniejsze zadania zrealizowane w projekcie BORDERNETwork w województwie zachodniopomorskim :

- 1) Uruchomienie dodatkowego punktu konsultacyjno-diagnostycznego przy Poradni Nabytych Niedoborów Immunologicznych w SP Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie do wykonywania testów w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową: wirusa HIV, chlamydii, kiły i wirusowego zapalenia wątroby typu C.
- 2) Propagowanie zasad bezpiecznego seksu mieszkańcom Szczecina w „Tramwaju Profilaktycznym”.
- 3) Szkolenia dla uczniów i nauczycieli szkół szczecińskich i organizacji pozarządowych na temat edukacji bezpiecznych zachowań i dróg przenoszenia zakażeń HIV i STI.
- 4) Konferencje dla partnerów i organizacji współdziałających w realizacji zadań w projekcie BORDERNET w Warszawie, Szczecinie, Świnoujściu, Rostoku i Berlinie.
- 5) Warsztaty „Dni filmu młodzieżowego” z dyskusją na temat ryzykownych zachowań seksualnych młodych ludzi.
- 6) Warsztaty dla studentów medycyny pn. „Jak rozmawiać z pacjentem o jego seksualności?”
- 7) Spotkanie dla osób zakażonych wirusem HIV na temat zwiększenia odpowiedzialności za swoje życie.
- 8) Szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek w zakresie zakażenia HIV, narażenia zawodowego i postępowania po ekspozycji na zakażenie wirusem HIV.
- 9) Stała współpraca z partnerami tandemowymi w ramach I regionu modelowego: Województwo Zachodniopomorskie – Land Meklemburgia.
- 10) Wspólne polsko-niemieckie stoisko edukacyjno-promocyjne w Świnoujściu podczas festiwalu FAMA pn. „Profilaktyka w zakresie HIV/AIDS i STI w ramach bezpieczeństwa w czasie wakacji”.

W dniu 11 grudnia 2008 r. podpisano **List intencyjny pomiędzy Województwem Zachodniopomorskim a Krajem Związkowym Meklemburgia-Pomorze Przednie** w sprawie dalszej współpracy transgranicznej w zakresie profilaktyki HIV/AIDS i STI.

Współpracę zagraniczną w zakresie ochrony zdrowia prowadzą również indywidualnie niektóre samorządy terytorialne i zakłady opieki zdrowotnej z terenu województwa. Z informacji uzyskanych od respondentów wynika, że zainteresowanie współpracą zagraniczną jest mniejsze w porównaniu do lat poprzednich.

Tab. 2 Współpraca zagraniczna zakładów opieki zdrowotnej i samorządów lokalnych

Kto ? - nazwa instytucji	2004	2006	2008	Z kim ? - nazwa instytucji/kraj/region	Obszar i formy współpracy
Gmina Tychowo			x	Johanniter- Unfall- Hilfe/ Niemcy	Organizacja oddziału socjalnego (punkt kontaktowy dla osób wymagających pomocy, chorych i upośledzonych - nieodpłatne porady oraz pomoc i opieka domowa)
Gmina Człopa			x	Gmina Neuenkirchen/ Niemcy	Przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii (Konferencja profilaktyczna)
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
Gmina Miasto Szczecin, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej			x	Bremerhaven/ Niemcy	Aktywizacja osób w podeszłym wieku
			x	Powiat Uecker - Randow/ Niemcy	Profilaktyka i promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży
Szpital Powiatowy Białogard		x		Niemcy, Dania, Francja	Darowizny sprzętu medycznego
Powiat Białogardzki			x	Niemcy	Szkolenie młodzieży w zakresie ratownictwa medycznego i wymiana doświadczeń
Powiat Pyrzycki			x	Schwedt nad Odrą	Wymiana doświadczeń w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej
NZOZ Centrum Rehabilitacji dla Osób Chorych na Stwardnienie Rozsiane			x	Międzynarodowe Stowarzyszenie Ośrodków Prowadzących Rehabilitację Chorych na SM	Konferencje, sympozja, prezentacje wyników badań na temat wpływu np. kriokomory na proces leczenia
Urząd Miejski Koszalin	x	x		Urząd Miejski/ Niemcy/Neubrandenburg	Wymiana pracowników, wymiana niepełnosprawnych sportowców
SSP Zakład Opieki Zdrowotnej nad Dzieckiem i Młodzieżą Szczecin /oddział nefrologii dziecięcej	x	x		Uniwersytecka Klinika Nefrologii i Choób Metabolicznych Hannover/ Niemcy	Wymiana doświadczeń klinicznych, szkolenia z nefrologii, wyjazdy szkoleniowe, konsultacje pacjentów
Specjalistyczny Szpital Szczecin Zdunowo oddział chirurgii klatki piersiowej	x			Klinika Torakochirurgii/St.Louis/USA	Cykliczne roczne pobyty naukowe asystentów oddziału torakochirurgii
		x		Klinika Torakochirurgii/ Berno	
Specjalistyczny Szpital Szczecin Zdunowo oddział gruźlicy i chorób płuc	x			Szpital Płucny/ Bad Lippspringe/ Niemcy	Wymiana naukowa, pozyskanie sprzętu medycznego
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii Szczecin	x	x	x	Uniwersytet w Greifswaldzie/Niemcy	Realizacja projektu pn. Sieć telemedyczna w Euroregionie Pomerania
SP Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	x	x		Eberswald/Niemcy; Szpital Wolnego Uniwersytetu/Berlin/Niemcy	Wymiana doświadczeń, wymiana lekarzy, współpraca w Euroregionie
	x	x	x	SPI Forschung gGmbH	Program profilaktyki i leczenia HIV/AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową (STI) w Europie BORDERNET

Opracowanie: Wydział Zdrowia UM na podstawie wyników ankietyzacji

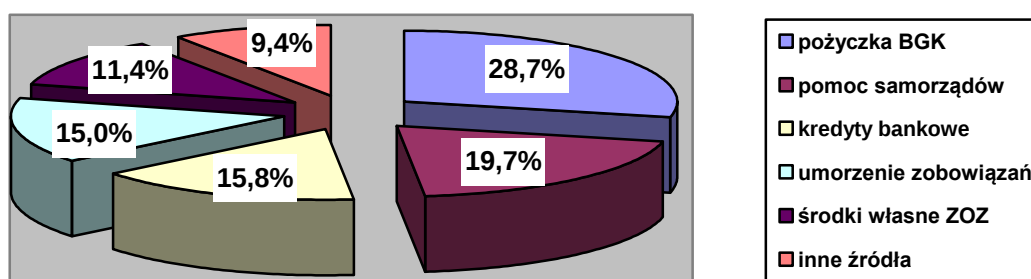
Program Restrukturyzacji Ochrony Zdrowia

Procesy restrukturyzacyjne w czwartym okresie sprawozdawczym regulowała ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, która wprowadziła mechanizmy umożliwiające restrukturyzację finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Postępowanie restrukturyzacyjne z terenu województwa wszczęło 21 zakładów opieki zdrowotnej, w tym 38,1% wojewódzkich, 47,6% powiatowych oraz 14,3% jednostek, dla których organem założycielskim jest gmina na prawach powiatu (tzw. szpitale miejskie). Zakłady opieki zdrowotnej, dla których organem tworzącym jest samorząd gminy nie przeprowadzały postępowania restrukturyzacyjnego. W latach 2007-2008 wszystkie z 21 zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego pomyślnie zakończyło proces restrukturyzacji i otrzymało decyzję wojewody o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego. W związku z tym, nie było konieczności likwidacji żadnego z tych ZOZ, co przewidywała ustawa w przypadku nie zakończenia przez nie restrukturyzacji finansowej w terminie 24 miesięcy.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego objęte ustawową restrukturyzacją skorzystały do końca 2008 roku z pomocy finansowej w łącznej wysokości 355,5 mln zł. Głównym źródłem finansowania postępowania restrukturyzacyjnego była pożyczka restrukturyzacyjna Banku Gospodarstwa Krajowego – 28,7%, a następnie pomoc finansowa samorządów – 19,7%, kredyty bankowe – 15,8%, umorzenie zobowiązań (publicznoprawnych i cywilnoprawnych) – 15,0%, środki własne zakładu – 11,4% oraz inne źródła (np. sprzedaż zbędnego majątku ruchomego i nieruchomego) – 9,4% (wykres 1.) Żaden z zakładów województwa zachodniopomorskiego nie korzystał z możliwości emisji obligacji, co dopuszczała ustawa.

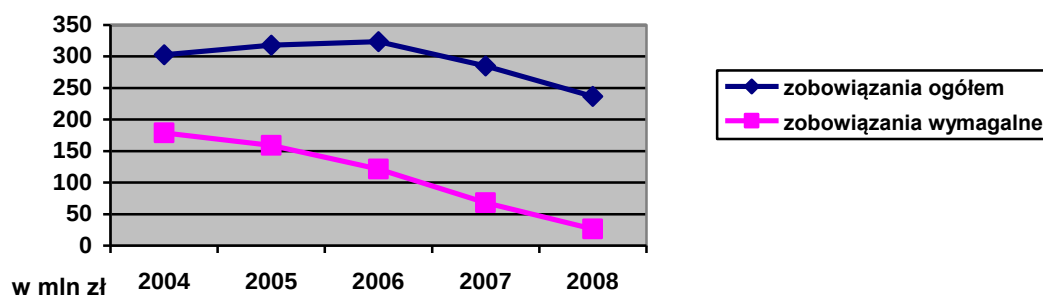
Wykres 1. Źródła finansowania restrukturyzacji SPZOZ w Zachodniopomorskim



Opracowanie: Wydział Zdrowia UM na podstawie wyników ankietyzacji

W wyniku korzystania z różnych form pomocy publicznej oraz realizacji programów restrukturyzacyjnych jednostki uzyskały znaczne efekty finansowe, głównie w postaci redukcji zobowiązań wymagalnych. Kształtowanie się zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim w wyniku restrukturyzacji finansowej prezentuje wykres 2.

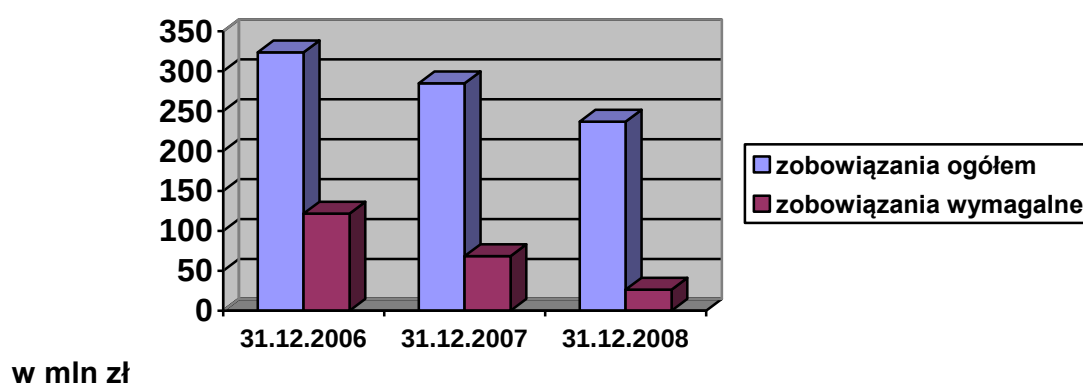
Wykres 2. Kształtowanie się zobowiązań SP ZOZ w latach 2004-2008



Opracowanie: Wydział Zdrowia UM na podstawie wyników ankietyzacji

W wyniku przeprowadzenia procesu restrukturyzacji finansowej nastąpił spadek zobowiązań zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego, zarówno tych ogółem, jak i wymagalnych (przeterminowanych). W latach 2007-2008 zobowiązania ogółem w jednostkach województwa zachodniopomorskiego (bez resortowych) wykazywały spadek o 26,8%, tj. na dzień 31.12.2006 r. wynosiły 323,6 mln zł, natomiast na dzień 31.12.2008 r. 236,9 mln zł. Jednocześnie zobowiązania wymagalne w tym okresie spadły o 78,2%, tj. na dzień 31.12.2006 r. wynosiły 121,5 mln zł, natomiast na dzień 31.12.2008 r. – 26,5 mln zł. Spadek poziomu zobowiązań w latach 2007-2008 przedstawia wykres 3.

Wykres 3. Zobowiązania SP ZOZ w latach 2006-2008

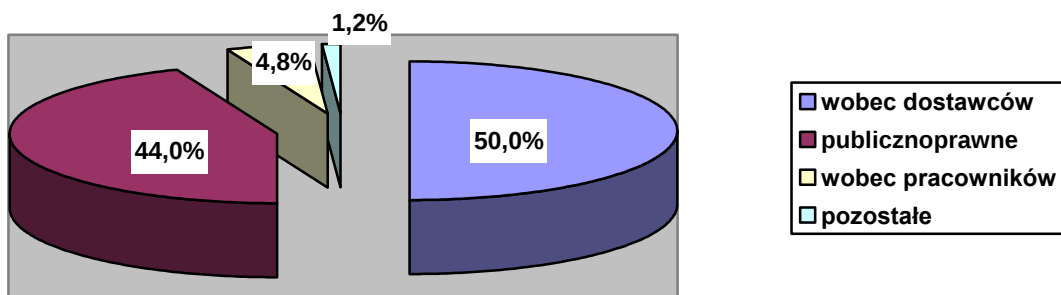


Opracowanie: Wydział Zdrowia UM na podstawie wyników ankietyzacji

Najbardziej zadłużonymi zakładami opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim były zakłady podległe samorządom powiatowym.

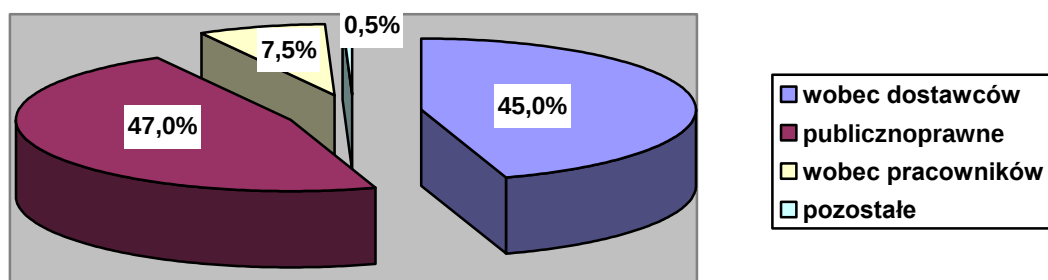
Strukturę zobowiązań wymagalnych zakładów opieki zdrowotnej z województwa zachodniopomorskiego w 2007 i 2008 r. przedstawiają wykresy 4 i 5.

Wykres 4. Struktura zobowiązań wymagalnych SP ZOZ w 2007 r.



Opracowanie: Wydział Zdrowia UM na podstawie wyników ankietyzacji

Wykres 5. Struktura zobowiązań wymagalnych SP ZOZ w 2008 r.



Opracowanie: Wydział Zdrowia UM na podstawie wyników ankietyzacji

Zobowiązania wymagalne wobec wierzycieli publicznoprawnych oraz pracowników wykazywały głównie jednostki powiatowe. Jednostki wojewódzkie w latach 2007-2008 nie posiadały zadłużenia wobec urzędu skarbowego i wobec pracowników.

B. ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ OPIEKI MEDYCZNEJ

Podstawowa Opieka Zdrowotna- POZ

Podstawowa opieka zdrowotna, czyli instytucja lekarza rodzinnego, lekarza stomatologa, pielęgniarki i położnej środowiskowo-rodzinnej oraz pielęgniarki medycyny szkolnej należy, zgodnie z delegacją ustawową, do zadań własnych gminy. Samorządy gminne bez względu na to, czy są organem tworzącym czy nie dla zakładów opieki zdrowotnej, **ponoszą odpowiedzialność za zabezpieczenie lokalnej opieki zdrowotnej na poziomie podstawowym**. Kwestie nadzoru nad lokalnymi placówkami POZ nadal są nieprawidłowo interpretowane przez zarządzających (tylko 29 samorządów gminnych na 111 ankietowanych udzieliło odpowiedzi w tym zakresie).

Wymienione samorządy przedstawiły sposoby prowadzenia nadzoru nad POZ i jego zakres, są to m.in.: nadzór nad działalnością medyczną, dostępnością i jakością świadczeń, zabezpieczenie dodatkowej opieki np. w okresie letnim, zabezpieczenie opieki stomatologicznej, pielęgniarskiej, udostępnianie lokali, ich dzierżawa i zgoda na poddzierżawę, bezpłatne użyczenia, cykliczna sprawozdawczość i kontrole oraz udzielanie dotacji i prawidłowe ich wykorzystanie głównie na zakupy inwestycyjne i modernizacje.

Zdecydowana większość placówek medycznych w zakresie POZ funkcjonuje jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (pow. 90 %). **Według danych z NFZ, w 1999 roku liczba podmiotów POZ wynosiła 174, natomiast w 2008 roku funkcjonowało 447 podmiotów**. Aktualna mniejsza liczba jednostek, w stosunku do roku 2006, wynika ze zmian organizacyjnych w obrębie niektórych praktyk lekarskich, tj. podziały, połączenia, wyodrębnienia. Poniżej w tabeli przedstawiono zmiany w liczbie podmiotów POZ w porównaniu do poprzednich okresów sprawozdawczych.

Tab. 3 Liczba podmiotów POZ ogółem w latach 2002-2008

Lata/ zakłady POZ ogółem	2002	2004	2006	2008
	364	411	468	447

opracowanie na podstawie danych z ZOW NFZ

Na podstawie zebranych informacji ankietowych i dostępnych danych statystycznych, należy stwierdzić, że z roku na rok nadal stale wzrasta liczba zatrudnionych lekarzy rodzinnych (947 w 2008r.), a także rośnie liczba pielęgniarek (1 406 w 2008 r.) i położnych środowiskowo-rodzinnych (266 w 2008r.). Nadal panuje tendencja wzrostowa w liczbie udzielanych porad pacjentom w przedziałach wiekowych „0-18 lat” oraz „19 i więcej lat”.

Tab. 4 Liczba lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w POZ w latach 1999-2008 r.

Lata/ liczba lekarzy i pielęgniarek	1999	2006	2008
Lekarze	742	910	947
Pielęgniarki	1 310	1 336	1 406

opracowanie na podstawie danych z ZCOiPZ

Większa liczba lekarzy rodzinnych równocześnie skutkowałą zmniejszeniem liczby podległej populacji na każdego lekarza w stosunku do pierwotnie przyjętej liczby wskaźnikowej, tj. $2\,500 \pm 10\%$ pacjentów na 1 lekarza. Liczbę podległej populacji również determinowały zachodzące zmiany demograficzne, migracje mieszkańców i zmiany organizacyjne wśród poszczególnych podmiotów POZ. Uśredniając wyniki na podstawie danych z Ankiety na przestrzeni ostatnich dwóch lat odnotowano następujące wartości: na 1 lekarza rodzinnego przypadało 2 062 pacjentów, na 1 pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną - 2 000 pacjentów, a na 1 położną - 4 404 kobiety oraz na 1 pielęgniarkę szkolną - 879 uczniów.

Do 2007 roku stale rosła **liczba lekarzy dentystów na terenie całego województwa**. Dla porównania w roku 2000 liczba lekarzy dentystów wynosiła 629, a wskaźnik na 10 tys. ludności tylko 3,6. W 2008 roku odnotowano wynik porównywalny do roku 2006, co świadczyłoby o usystematyzowaniu rynku medycznego w tym zakresie. Na przestrzeni trzech okresów sprawozdawczych obserwowano stopniową prywatyzację tychże usług. Zmiany charakteru usług z publicznych na niepubliczne, odnotowane w 2008 roku, potwierdzają powyższy trend (95 % ogółu lekarzy dentystów pracuje w zakładach niepublicznych). Szczegółowe informacje na temat liczby i wskaźników zatrudnienia lekarzy dentystów poniżej w tabelach.

Tab. 5 Liczba lekarzy dentystów w latach 2002-2008 r.

Lata/liczba lekarzy	2002	2004	2006	2008
Liczba lekarzy dentystów ogółem	749	914	1 022	1 023
w tym				
w publicznych zakładach	173	152	178	47
w niepublicznych zakładach	339	458	481	652
w gabinetach prywatnych	237	304	363	324

oprac. na podstawie danych z ZCOiPZ

Tab. 6 Wskaźnik zatrudnienia lekarzy dentystów na 10 tys. osób w latach 2002-2008 r.

Lata	2002	2004	2006	2008
Zachodniopomorskie	4,4	5,4	6,0	6,0

oprac. na podstawie danych z ZCOiPZ

Analizując poradnictwo w zakresie opieki stomatologicznej liczba tych usług stopniowo rosła do roku 2006, inaczej w latach 2007 i 2008, gdzie wyniki wynosiły odpowiednio: 0,8 i 0,7 porady na 1 mieszkańca, a w 1999 roku – 0,5 porady. W ciągu lat 2007-2008 udzielono mniej porad ogółem w zakresie stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej, natomiast porad ortodontycznych i protetycznych udzielono więcej niż dotychczas. Poniżej w tabelach przedstawiono dane dot. porad stomatologicznych w województwie od 2002 roku.

Tab. 7 Liczba porad stomatologicznych na 1 mieszkańca w latach 2002-2008 r.

Lata	2002	2004	2006	2008
Zachodniopomorskie	0,8	0,8	0,9	0,7

oprac. na podstawie danych z ZCOiPZ

Tab. 8 Liczba porad stomatologicznych z podziałem na poradnie w latach 2002-2008 r.

Liczba porad ogółem	2002	2006	2008
	1 311 363	1 443 912	1 265 110
w tym			
stomatologia zachowawcza	1 190 214	1 277 442	1 090 874
ortodoncja	45 352	86 818	87 865
protetyka	35 712	42 742	51 615
chirurgia stomatologiczna	40 085	36 910	34 756

oprac. na podstawie danych z ZCOiPZ

Według odpowiedzi udzielonych w Ankietach, przedstawiciele samorządów gminnych nadal uważają, że **zabezpieczenie profilaktyki i opieki stomatologicznej w szkołach jest ciągle niewystarczające, a postęp zmian w tym zakresie jest znikomy.**

Dla zachowania właściwej jakości świadczeń podmioty POZ 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 (2,2%) stanowiły oceny niedostateczne, dalej dostateczne (18,6%), dobre (65%) i bardzo dobre (14,2%). Według lekarzy zatrudnionych w POZ samorządy gminne niedostatecznie lub całkowicie nie są zainteresowane inwestowaniem w obiekty ochrony zdrowia.

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 z wyeksploatowaną aparaturą i sprzętem medycznym lub jej brakiem.

Na przestrzeni ostatnich dwóch lat zachowane zostały pozytywne wcześniejsze tendencje w zakresie rozwoju AOS, tj. większa liczba poradni, 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.

Zdaniem ankietowanych samorządów powiatowych ogólna dostępność do poradnictwa specjalistycznego oceniona została na poziomie dobrym.

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 w III okresie sprawozdawczym gmina Nowogard i Powiat Łobeski jako jedyne przekształciły całe lokalne zasoby AOS w jednostki niepubliczne. Podobnych zdarzeń w latach 2007-2008 nie odnotowano.

Przez ostatnie dwa lata, **zwiększyła się liczba ogółem poradni specjalistycznych** (w 21 rodzajach specjalności) z 946 na 1 141 poradni, czyli więcej o 195 poradni, natomiast liczba zakładów AOS ogółem zmniejszyła się o 59 placówek. Zasadniczą przyczyną tego stanu rzeczy było łączenie lub wydzielanie poradni w różnych latach. Ponadto, zestawienie może zawierać także poradnie, które były rozwiązywane lub tworzone w trakcie roku, jak również następowały cesje działalności poradni specjalistycznych w poszczególnych powiatach województwa. Nie odnotowano z tego powodu przedmiotowych skarg na dostępność do usług lekarzy specjalistów.

W analizowanym okresie zarejestrowano malejącą liczbę udzielonych porad ogółem w stosunku do poprzedniego okresu o ponad 208 000 porad w 8 podstawowych dziedzinach medycyny. Równocześnie odnotowano wzrost liczby udzielonych porad w poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej, dermatologicznej i diabetologicznej oraz kardiologicznej.

Poniżej scharakteryzowano ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w aspekcie zaistniałych zmian w czasie czterech okresów sprawozdawczych dot. liczby podmiotów funkcjonujących w AOS, liczby poradni i liczby udzielonych porad.

Tab. 9 Liczba podmiotów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2002-2008 r.

Lata	2002	2004	2006	2008
Zakłady AOS ogółem	197	253	262	321
Liczba poradni specjalistycznych	826	947	946	1 141

Oprac. na podstawie ZOW NFZ

Tab. 10 Liczba 12 podstawowych poradni specjalistycznych w latach 2002-2008 r.

Lata/poradnia	2002	2004	2006	2008
alergologiczna	32	31	30	27
chirurgii ogólnej	76	101	101	84
chirurgii urazowo-ortopedycznej	71	88	91	64
dermatologiczna i wenerologiczna	63	88	97	71
diabetologiczna	35	38	41	34
ginekologiczno-położnicza	172	233	243	190
kardiologiczna	45	54	53	47
neurologiczna	81	93	100	72
okulistyczna	92	119	125	91
otolaryngologiczna	77	104	101	80
rehabilitacyjna	43	47	52	42
zdrowia psychicznego	39	45	43	35

oprac. na podstawie danych ZCOiPZ i ZOWNFZ

Tab. 11 Liczba udzielonych porad specjalistycznych ogółem w województwie w latach 2001-2008 w tym w 12 podstawowych specjalnościach

Lata/poradnia	2001-2002*	2003-2004*	2005-2006*	2007-2008*
ogółem	4 880 940	5 396 149	7 457 502	7 249 069
alergologiczna	174 099	214 770	230 042	194 620
chirurgii ogólnej	547 570	652 966	751 735	717 215
chirurgii urazowo-ortopedycznej	320 679	389 555	456 896	495 105
dermatologiczna i wenerologiczna	466 276	441 217	418 333	453 838
diabetologiczna	83 982	104 691	111 777	117 750
ginekologiczno-położnicza	1 255 900	1 467 121	1 447 258	1 265 617
kardiologiczna	190 038	192 289	248 689	335 528
neurologiczna	296 717	325 510	372 533	327 186
okulistyczna	703 518	721 252	842 760	815 692
otolaryngologiczna	425 787	455 022	495 599	488 374
rehabilitacyjna	160 896	164 086	188 268	180 635
zdrowia psychicznego	255 478	267 670	295 177	290 569

oprac. na podstawie danych ZCOiPZ

* - suma liczby porad z lat 2001-2002, z lat 2003-2004, z lat 2005-2006, z lat 2007-2008

Wskaźnik liczby porad na 1 mieszkańca w województwie w roku 1999 wynosił 1,5 porady.

Natomiast w czterech kolejnych okresach sprawozdawczych osiągnął następujące wartości:

- 2002 – 1,8
- 2004 – 2,1
- 2006 – 2,3
- 2008 – 2,2

Liczba lekarzy w poradniach specjalistycznych w roku 1999 wynosiła **724**. Natomiast w trzech okresach sprawozdawczych liczba lekarzy specjalistów wzrastała. W roku 2008 po raz pierwszy od lat odnotowano spadek liczby lekarzy specjalistów o 29 lekarzy:

- **2002 – 1 627**
- **2004 – 1 854**
- **2006 - 1 919**
- **2008 - 1 890**

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 rezonansów magnetycznych. Z uwagi na wymogi techniczne i kryteria dla świadczeniodawcy ze strony NFZ, zdecydowana 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 bardziej dostępna, a jakość wykonywanych usług diagnostycznych lepsza.

Tab. 12 Wysokospecjalistyczna aparatura medyczna na terenie województwa w 2002 r. i 2008 r.

Nazwa aparatu	Liczba aparatów	
	2002	2008
ANGIOGRAF	5	8
REZONANS MAGNETYCZNY	2	6
TOMOGRAF KOMPUTEROWY	9	15

oprac. na podstawie informacji zakładów opieki zdrowotnej i NFZ oraz rejestru ZOZ

Poniżej przedstawione zostały zakłady opieki zdrowotnej dysponujące odpowiednimi pracownikami diagnostycznymi w zakresie tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i angiografii.

Badania rezonansu magnetycznego wykonują pracownie diagnostyczne:

1. Koszalin, NZOZ „Medical-Center” przy Szpitalu Wojewódzkim
2. Szczecin, NZOZ Zachodniopomorskie Centrum Medyczne przy SP Szpitalu Klinicznym nr 2
3. Szczecin, SP Szpital Kliniczny Nr 1
4. Szczecin, SP Wojewódzki Szpital Zespolony
5. Szczecin, ZOZ MSWiA
6. Szczecin, NZOZ „Nasz Doktor”

Badania tomografii komputerowej wykonują pracownie diagnostyczne:

1. Choszczno, SPZOZ Szpital Powiatowy
2. Gryfice, SPZZOZ
3. Kołobrzeg, Regionalny Szpital
4. Koszalin, NZOZ "Diagnostica"
5. Koszalin, Szpital Wojewódzki
6. Stargard Szczeciński, SPZZOZ
7. Szczecin, SP Szpital Kliniczny Nr 1
8. Szczecin, SP Szpital Kliniczny Nr 2
9. Szczecin, SP Wojewódzki Szpital Zespolony
10. Szczecin, Specjalistyczny Szpital w Zdunowie
11. Szczecin, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii
12. Szczecin, ZOZ MSWiA
13. Szczecin, NZOZ „Nasz Doktor”
14. Wałcz, 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ
15. Szczecinek, Szpital Powiatowy (obecnie spółka)

Badania angiograficzne wykonują pracownie diagnostyczne:

1. Gryfice, SPZZOZ
2. Kołobrzeg, Regionalny Szpital
3. Koszalin, Szpital Wojewódzki
4. Szczecin, SP Szpital Kliniczny Nr 1
5. Szczecin, SP Szpital Kliniczny Nr 2
6. Szczecin, SP Wojewódzki Szpital Zespolony
7. Wałcz, 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ
8. Szczecinek, Szpital Powiatowy (obecnie spółka)

Analizując rozmieszczenie aparatury wysokospecjalistycznej na terenie województwa w podziale na podregiony szczeciński i koszaliński należy stwierdzić, że:

- W podregionie szczecińskim funkcjonuje 5 pracowni rezonansu magnetycznego, 9 pracowni tomografii komputerowej i 3 pracownie angiograficzne.
- W podregionie koszalińskim funkcjonuje 1 pracownia rezonansu magnetycznego, 6 pracowni tomografii komputerowej i 5 pracowni angiograficznych.

Powyższy układ jest przede wszystkim podyktowany istniejącymi zasobami w podanych lokalizacjach, tj. obecnością ośrodków wysokospecjalistycznych i wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej w tym zakresie.

Stacjonarna Opieka Zdrowotna - SOZ

Stacjonarna opieka zdrowotna obejmuje zakłady opieki zdrowotnej udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach całodobowych lub całodziennych. Stacjonarną opiekę zdrowotną stanowią tzw. szpitale ogólne, zakłady opieki psychiatrycznej i zakłady opieki długoterminowej.

Lecznictwo szpitalne od wielu lat znajduje się w ciągłym procesie przekształceń. Kierunki rozwoju lecznictwa szpitalnego oraz wprowadzanie programów restrukturyzacyjnych i przekształceń szpitali w okresie ostatnich dziesięciu lat było warunkowane w dużej mierze zasadami finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, obowiązującym prawem oraz trendami nadawanymi przez Ministerstwo Zdrowia, a także możliwościami i stopniem zaangażowania samorządów terytorialnych, pełniących rolę organu tworzącego. Od początku reformy ochrony zdrowia podstawowym celem było poprawienie wskaźników ekonomicznych i działalności medycznej szpitali poprzez redukcję liczby łóżek opieki krótkoterminowej, zwiększenie ilości łóżek opieki długoterminowej, zmianę funkcji łóżek w oddziałach szpitalnych o niskim wskaźniku wykorzystania łóżek, wprowadzenie alternatywnych form opieki szpitalnej tj. opieki dziennej, jednodniowej i domowej.

Zamierzenia zrealizowane:

- ✓ Sukcesywne zmniejszanie liczby łóżek opieki krótkoterminowej.
- ✓ Zwiększanie liczby łóżek opieki długoterminowej.
- ✓ Konsolidacje szpitali.
- ✓ Poprawa warunków diagnostyczno-leczniczych.
- ✓ Skrócenie czasu pobytu chorych w szpitalu.
- ✓ Zwiększenie liczby leczonych w opiece dziennej i domowej.

Zadania zweryfikowane:

- ✓ Zapewnienie równomiernego rozmieszczenia pełnoprofilowych oddziałów chorób wewnętrznych w obszarze działania oddziału obejmującym 50 -100 tys. mieszkańców, z utrzymaniem bazy łóżkowej na poziomie wskaźnika 7,6 łóżek na 10 tys. ludności województwa. W Strategii sektorowej planowano wskaźnik kierunkowy 8,6 na 10 tys. mieszkańców.
- ✓ Zapewnienie dostępności do oddziału chirurgii ogólnej dla mieszkańców jednego lub grupy powiatów z utrzymaniem wskaźnika 5-6 łóżek na 10 tys. mieszkańców. W Strategii sektorowej planowano wskaźnik kierunkowy 6,4 na 10 tys. mieszkańców.
- ✓ Stopniowe zmniejszanie liczby łóżek położniczo-ginekologicznych o około 29%, tj. do osiągnięcia wskaźnika 4,2 łóżek na 10 tys. mieszkańców. W Strategii sektorowej planowano wskaźnik kierunkowy 6,0 na 10 tys. mieszkańców.

Trudności w rozwoju stacjonarnej opieki zdrowotnej:

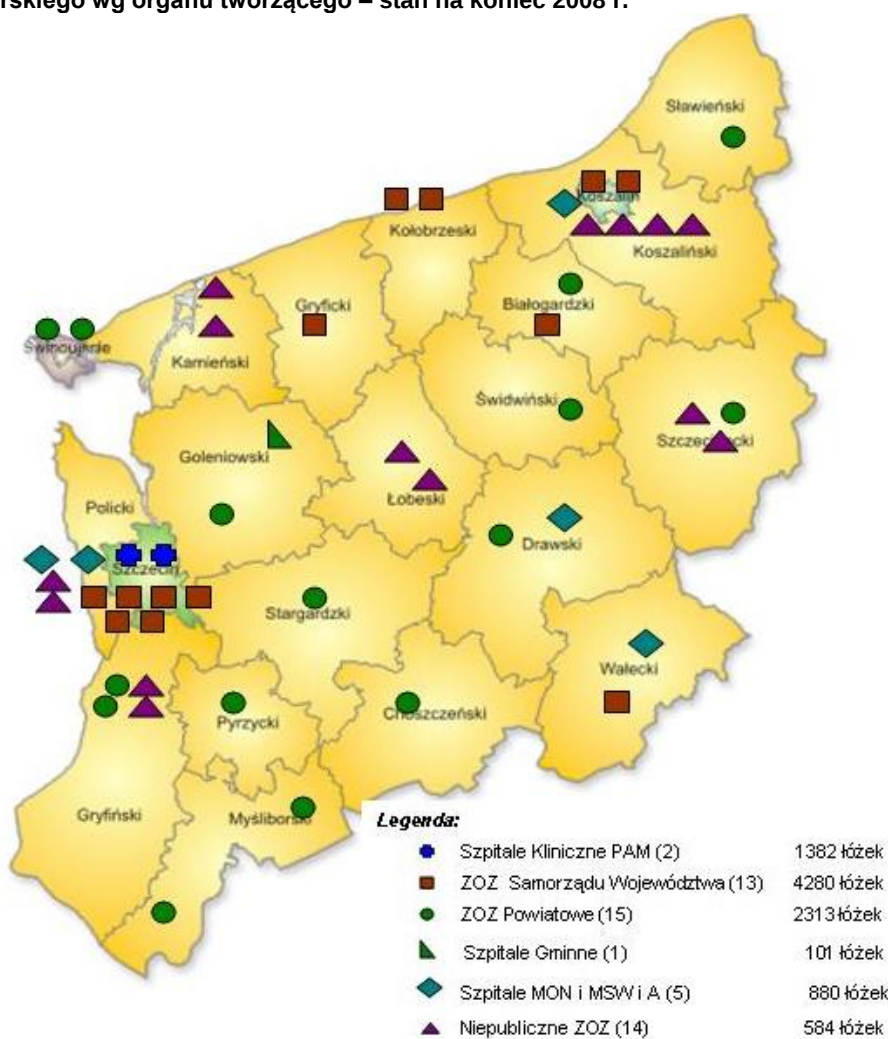
- ✓ Brak stabilizacji finansowej szpitali funkcjonujących w zdecydowanej większości jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

- ✓ Zdekapitalizowane budynki i infrastruktura wielu szpitali oraz potrzeba kolejnych modernizacji i dostosowywania warunków do wymogów fachowo-techniczno-sanitarnych.
- ✓ Niedobór łóżek opieki długoterminowej, rehabilitacyjnej oraz opieki onkologicznej i psychiatrycznej.
- ✓ Spadek liczby lekarzy, pielęgniarek, położnych i techników analityki medycznej.
- ✓ Brak skoordynowanej sieci teleinformatycznej w ochronie zdrowia.
- ✓ Ciągły wzrost liczby leczonych w szpitalach.
- ✓ Niewystarczające wykorzystanie łóżek szpitalnych.

Zasoby łóżkowe

W 2008 roku we wszystkich stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego (razem ze szpitalami resortowymi oraz opieką psychiatryczną i długoterminową) było **9 540 łóżek**, czyli mniej o 367 łóżek w porównaniu do 2000 r

Mapa 1. Rozmieszczenie jednostek stacjonarnej opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego wg organu tworzącego – stan na koniec 2008 r.



Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych szpitali

Głównymi ośrodkami leczenia szpitalnego wysokospecjalistycznego jest Szczecin i Koszalin. Szczecin posiada 50% zasobów łóżkowych województwa i odgrywa rolę wiodącą ze względu na bazę naukowo-dydaktyczną Pomorskiej Akademii Medycznej.

W wyniku przeprowadzonych przekształceń szpitali doszło również do przegrupowania łóżek między poszczególnymi organami założycielskimi, jak: z samorządu powiatowego do akademii medycznej, z samorządu powiatowego do resortu wojskowego, czy też w obrębie tego samego organu założycielskiego. W rezultacie dokonanych zmian doszło do zmniejszenia bazy łóżkowej szpitali wojewódzkich i powiatowych na rzecz zwiększenia liczby łóżek w szpitalach klinicznych oraz niepublicznych.

Tab. 13 Liczba łóżek w stacjonarnej opiece zdrowotnej w 2000 i 2008 r. – wg organu założycielskiego

Organ założycielski	2000	2008	Różnica
Samorząd Województwa	4560	4280	-280
Samorządy Powiatowe	3091	2313	-778
Samorządy Gminne	0	101	101
Pomorska Akademia Medyczna	1159	1382	223
MON i MSW i A	896	880	-16
Niepubliczne ZOZ	121	584	463
Ogółem	9 907	9 540	-367

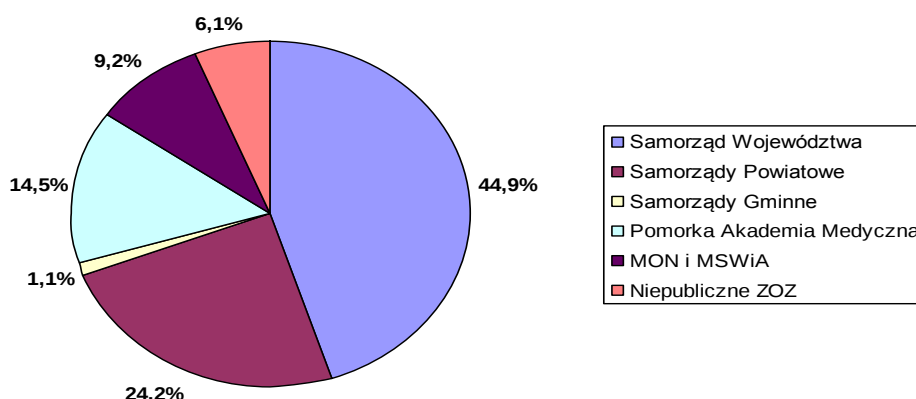
**łącznie z opieką długoterminową i psychiatryczną*

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych szpitali

W 2008 roku Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego był organem tworzącym dla 13 zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej, które posiadały 4 280 łóżek, tj. o 280 łóżek mniej w stosunku do 2000 roku, w tym: 10 szpitali ogólnych specjalistycznych, 1 Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu, 1 Zakład Opiekuńczo-Lecznicy oraz 1 Szpital Uzdrowiskowy. Samorządy powiatowe posiadały 15 jednostek stacjonarnej opieki zdrowotnej z 2 313 łóżkami, tj. o 778 łóżek mniej w porównaniu do 2000 roku, w tym: 12 szpitali ogólnych, 2 Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze i 1 Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy. Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie posiadała niezmiennie 2 szpitale kliniczne dysponujące 1 382 łóżkami, z tym, że po przejęciu Szpitala Powiatowego w Policach, baza szpitalna powiększyła się o 223 łóżka w porównaniu do 2000 roku. Natomiast w 5 szpitalach resortowych było 880 łóżek, nieco mniej niż w 2000 roku, pomimo przejęcia zadań Szpitala Powiatowego w Wałczu przez 107 Szpital Wojskowy w Wałczu.

Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej prowadzone przez spółki to 14 jednostek o łącznej liczbie 584 łóżek, tj. więcej o 463 łóżka w porównaniu do 2000 roku. Są to m.in. szpitale w Kamieniu Pomorskim, Resku, Gryfinie, niepubliczne zakłady chirurgii jednego dnia w Koszalinie, NZOZ-y Psychiatryczne w Koszalinie, a od niedawna również szpitale w Szczecinku, Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze w Szczecinku i Międzywodziu oraz Hospicja w Szczecinie i Koszalinie.

Wykres 6. Odsetek łóżek w Zachodniopomorskim wg organu tworzącego w 2008 r.



Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych szpitali

Według stanu na koniec 2008 r. w szpitalach Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego było – 44,9% zasobów łóżkowych, samorządów powiatowych – 24,2%, Pomorskiej Akademii Medycznej – 14,5%, szpitalach Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – 9,2%, a w szpitalach niepublicznych – 6,1% i samorządów gminnych – 1,1%.

Struktura łóżek

W latach 2000–2008 nastąpiły zauważalne zmiany w strukturze łóżek. Najbardziej istotną zmianą jest zmniejszenie liczby łóżek w opiece krótkoterminowej o 993 na korzyść zwiększenia zasobów opieki psychiatrycznej o 217 łóżek, rehabilitacji leczniczej o 200 łóżek i opieki długoterminowej o 149 łóżka.

Tab. 14 Struktura liczbowa łóżek w stacjonarnej opiece zdrowotnej w 2000 i 2008 r. i planowana do osiągnięcia w 2015 r.

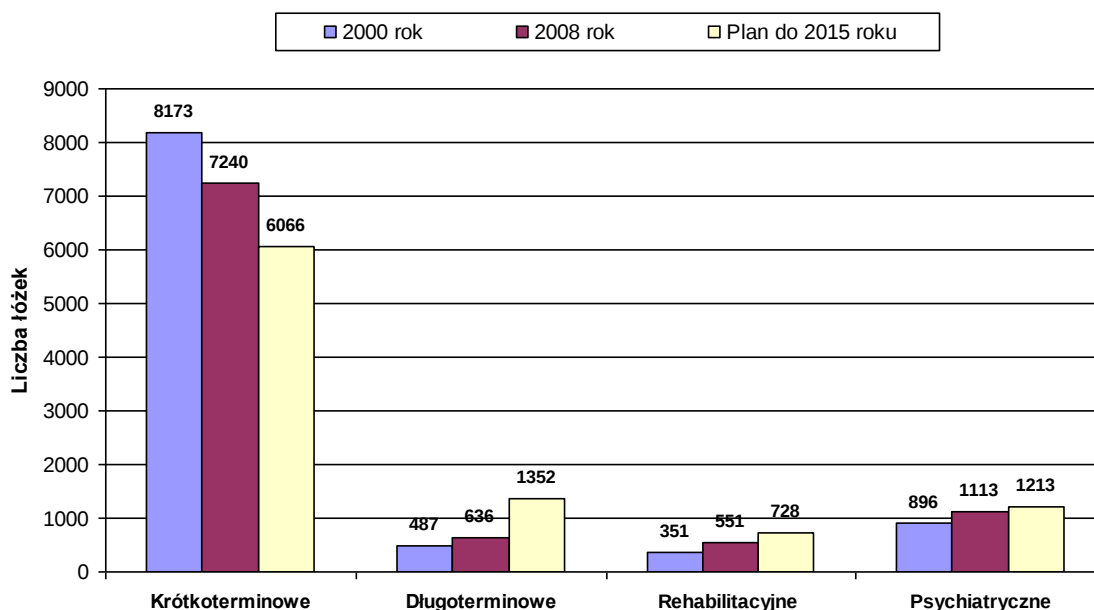
Rodzaj łóżek	2000		2008		Różnica łóżek między 2000 i 2008 r.	Plan do 2015 r.	
	Liczba	wskaźnik/ 10 000	Liczba	wskaźnik/ 10 000		Liczba	wskaźnik/ 10 000
Krótkoterminowe	8 173	47,1	7 240	42,8	-933	6 066	35,0
Długoterminowe	487	2,8	636	3,8	149	1 352	7,8
Rehabilitacyjne	351	2,0	551	3,3	200	728	4,2
Psychiatryczne	896	5,2	1113	6,6	217	1 213	7,0
Razem	9 907	57,1	9 540	56,3	-367	9 359	54,0

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych szpitali

W strukturze leczenia stacjonarnego w 2008 r. funkcjonowało 9 540 łóżek, w tym w:

- opiece krótkoterminowej - 7 240 łóżek
- opiece psychiatrycznej - 1 113 łóżek
- opiece długoterminowej - 636 łóżek
- opiece rehabilitacyjnej - 551 łóżek

Wykres 7. Porównanie struktury łóżek w stacjonarnej opiece zdrowotnej w 2000 i 2008 i planowanej w 2015 roku



Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych szpitali

Zakres zmian w strukturze łóżek, które nastąpiły od 2000 roku wykazuje:

- ✓ zmniejszenie liczby łóżek opieki krótkoterminowej o 6,6%,
- ✓ zwiększenie liczby łóżek w opiece długoterminowej o 1,8%.
- ✓ zwiększenie liczby łóżek w rehabilitacji o 2,3%,
- ✓ zwiększenie liczby łóżek w opiece psychiatrycznej o 1,8%.

W dążeniu do osiągnięcia wskaźników docelowych wytyczonych w Strategii sektorowej obserwuje się największe opóźnienie w zwiększaniu zasobów łóżkowych opieki długoterminowej. Wskaźnik 3,8 łóżek/10 tys. ludności z 2008 r. nie jest nawet połową wskaźnika 7,8 zaplanowanego do zrealizowania w 2015 r.

Opieka krótkoterminowa

W 2008 r. było **7 240 łóżek krótkoterminowych**, w tym **3 118 łóżek w oddziałach podstawowych**, co stanowiło ok. 43% wszystkich łóżek krótkoterminowych w województwie.

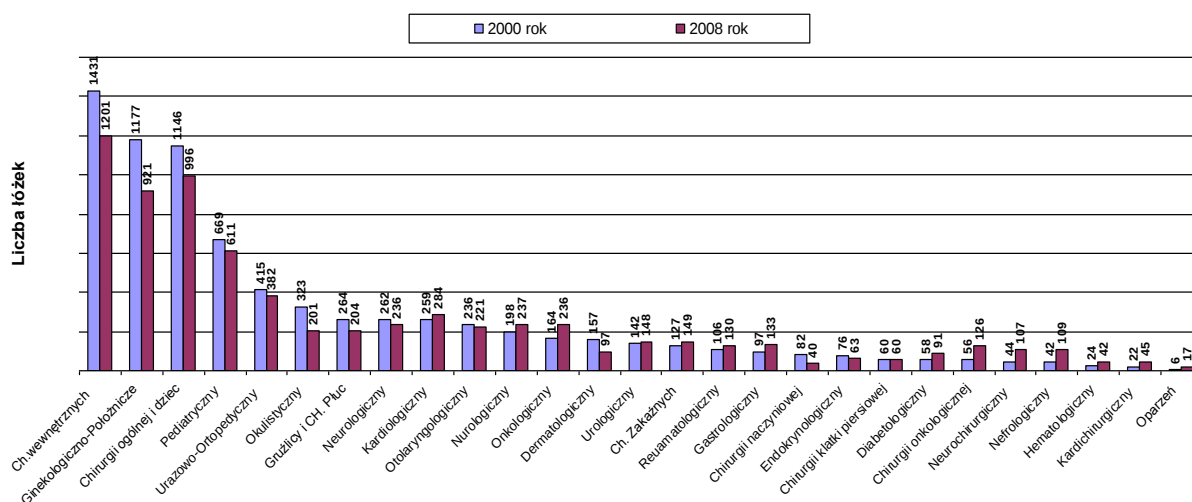
Tab. 15 Liczba łóżek w oddziałach podstawowych w 2000 r. i 2008 r.

Oddział	Liczba łóżek		Różnica	
	2000	2008	Liczba	%
Chorób wewnętrznych	1 431	1 201	-230	- 16,1
Ginekologiczno-Położnicze	1 177	921	-256	- 21,8
Chirurgii ogólnej	1 146	996	-150	- 13,1
Pediatryczny	669	611	-58	- 8,7
Razem	4 423	3 118	-1 305	- 29,5

Opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych statystycznych
i informacji szpitali resortowych

Od 2000 roku zmniejszono liczbę łóżek w oddziałach podstawowych o 29,5%. Największe zmniejszenie nastąpiło w oddziałach ginekologiczno-położniczych, tj. o 21.8%

Wykres 8. Liczba łóżek w oddziałach specjalistycznych w 2000 r. i 2008 r. – ze szpitalami MON i MSWiA



Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji
i Promocji Zdrowia w Szczecinie
oraz dane szpitali resortowych

Dostępne dane statystyczne dotyczące działalności zakładów opieki zdrowotnej nie zawierają informacji o jednostkach resortowych MON i MSWiA. W związku z czym, dane o liczbie łóżek w szpitalach resortowych uzyskano częściowo z bezpośrednich informacji Szpitali, a w przypadku nie udostępnienia takich danych, informacje pozyskano z Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej i stron internetowych szpitali. W województwie zachodniopomorskim szpitale resortowe w 2008 r. posiadały około 880 łóżek, w tym m.in. w oddziałach:

- Chorób wewnętrznych – 160 łóżek
- Chirurgii ogólnej – 127 łóżek
- Rehabilitacyjnych – 83 łóżek

- Urazowo-ortopedycznych – 65 łóżek
- Neurologicznych – 64 łóżek
- Psychiatrycznych – 47 łóżek
- Otolaryngologicznych – 45 łóżek
- Kardiologicznych – 30 łóżek
- Pediatrycznych – 20 łóżek

Wskaźniki działalności oddziałów specjalistycznych w szpitalach ogólnych województwa zachodniopomorskiego (bez szpitali resortowych)

W związku z brakiem pełnych danych o działalności szpitali resortowych, analizę przeprowadzono na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, które nie zawierają informacji o działalności szpitali MON i MSWiA. W 2008 r. w województwie zachodniopomorskim w 31 szpitalach ogólnych (bez szpitali resortowych) było 7 971 łóżek, tj. 47,1 łóżka na 10 tys. mieszkańców (8 miejsce w kraju), przy średniej krajowej 48,1. Należy tu podkreślić, że niektóre szpitale ogólne posiadają też łóżka długoterminowe i psychiatryczne.

Tab. 16 Ogólne wskaźniki działalności szpitali ogólnych w województwie zachodniopomorskim w porównaniu ze wskaźnikami krajowymi**

Wyszczególnienie	Zach 2000	Zach 2008	Polska 2008
Liczba łóżek*	8 645	7 971	183 565
Wskaźnik łóżek/10 tys. ludności	49,9	47,1	48,1
Liczba leczonych	280 843	320 151	7 957 250
Średni wskaźnik wykorzystania łóżek w %	79,0	68,0	70,3
Przeciętny pobyt pacjenta w szpitalu w dniach	8,9	5,8	5,9
Liczba chorych na 1 łóżko	32,5	42,5	43,3

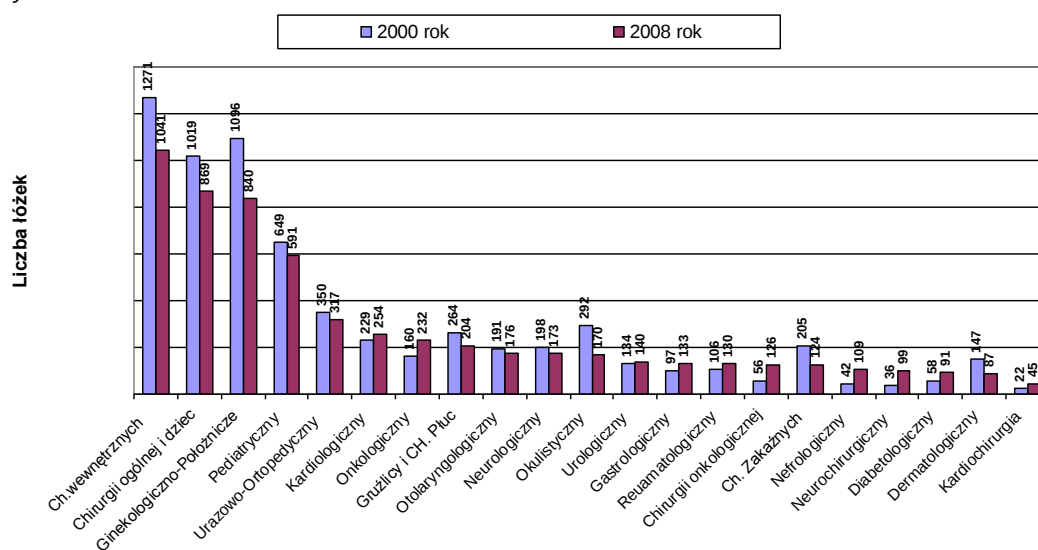
* z łózkami neonatologicznymi

**bez szpitali resortowych

Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia

Z powyższej analizy wynika, iż w województwie zachodniopomorskim mimo zmniejszenia liczby łóżek w szpitalach ogólnych o 674, skrócenia czasu pobytu w szpitalu i wzrostu liczby leczonych o 39 308, **średnie wykorzystanie łóżek obniżyło się znacznie z 79% do 68%**. Świadczyć to może o niewystarczającym wykorzystaniu potencjału szpitali związanym z ograniczonym limitowaniem świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wykres 9. Liczba łóżek w niektórych oddziałach specjalistycznych w 2000 r. i 2008 r. – bez szpitali resortowych

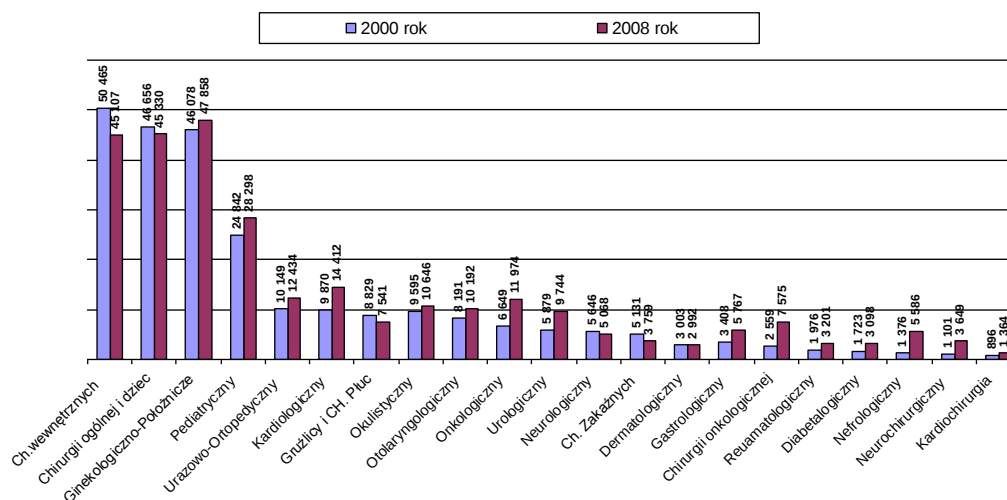


Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie

Od 2000 r. nastąpił:

- ✓ Spadek liczby łóżek w oddziałach podstawowych tj.: chorób wewnętrznych, ginekologiczno-położniczych, chirurgii ogólnej i pediatrii oraz w oddziałach okulistycznych, otolaryngologicznych, dermatologicznych, gruźlicy i chorób płuc oraz urazowo-ortopedycznych.
- ✓ Wzrost liczby łóżek w następujących oddziałach specjalistycznych: onkologicznych, kardiologicznych, chirurgii onkologicznej, neurochirurgicznych, kardiochirurgicznych, gastrologicznych i diabetologicznych.

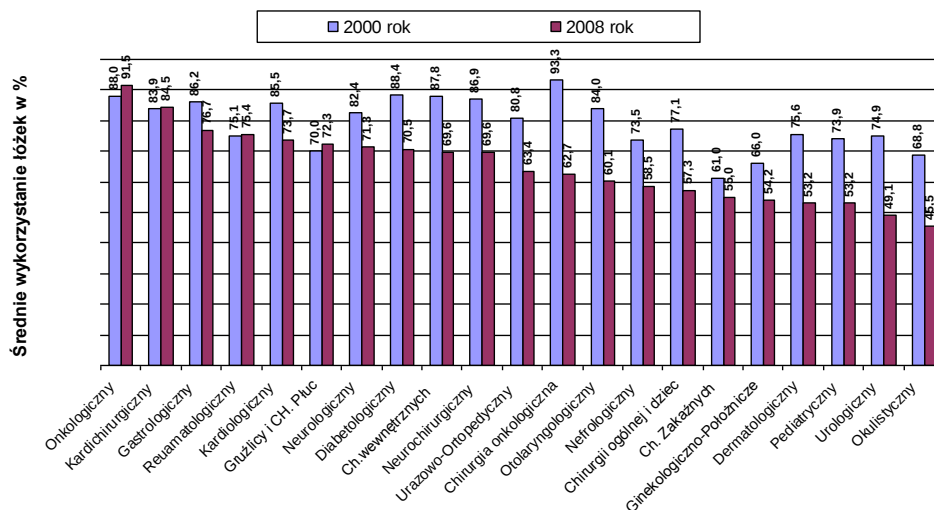
Wykres 10. Liczba leczonych w wybranych oddziałach specjalistycznych w 2000 r. i 2008 r. – bez szpitali resortowych



Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie

Najwięcej leczonych było w oddziałach chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i ginekologiczno-położniczych. Wzrost liczby leczonych nastąpił również w oddziałach pediatrycznych, kardiologicznych, urazowo-ortopedycznych, onkologicznych, nefrologicznych, urologicznych i chirurgii onkologicznej. Liczba leczonych zmniejszyła się w niewielu oddziałach, m.in. w oddziałach gruźlicy i chorób płuc oraz oddziałach dermatologicznych.

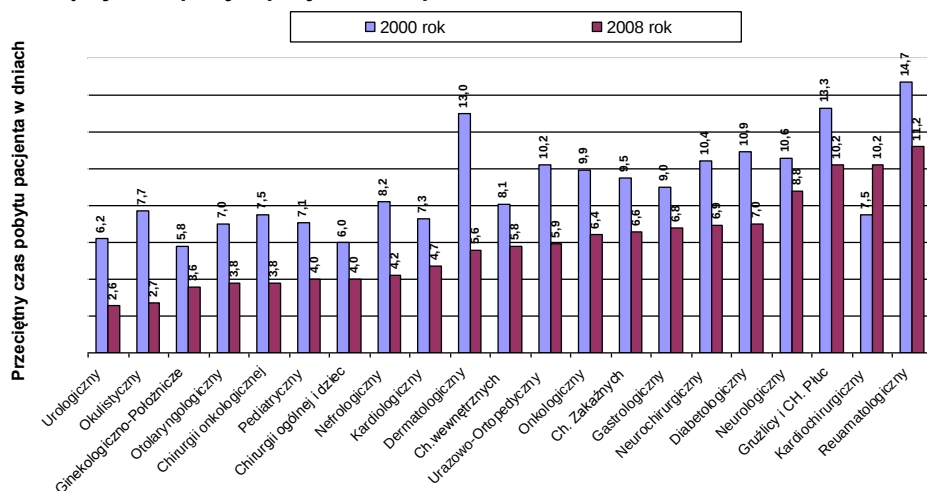
Wykres 11. Średnie wykorzystanie łóżek w niektórych oddziałach w 2000 r. i 2008 r.



Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie

Średnie wykorzystanie łóżek w oddziałach specjalistycznych uległo zmniejszeniu. Największy spadek wskaźnika wykorzystania łóżek obserwuje się w oddziałach: chirurgii onkologicznej, otolaryngologicznych, dermatologicznych, pediatrycznych, urologicznych i okulistycznych. Natomiast poprawa wykorzystania łóżek nastąpiła tylko w oddziałach onkologicznych, kardiologicznych, reumatologicznych oraz gruźlicy i chorób płuc.

Wykres 12. Przeciętny czas pobytu pacjenta w szpitalu w 2000 r. i 2008 r.



Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie

Przeciętny pobyt pacjenta w szpitalach uległ skróceniu. Ze względu na specyfikę niektórych oddziałów specjalistycznych najdłużej leczenia są pacjenci w oddziałach: reumatologicznych, kardiochirurgicznych, gruźlicy i chorób płuc oraz diabetologicznych i neurologicznych. Równocześnie czas leczenia uległ znacznemu skróceniu w wielu oddziałach, m.in. w: urologicznych, okulistycznych, dermatologicznych, otolaryngologicznych, nefrologicznych. Tylko w oddziale kardiochirurgicznym czas hospitalizacji wydłużył się z 7,5 do około 10 dni.

Opieka długoterminowa

Założenia rozwoju opieki długoterminowej przewidywały tworzenie zakładów opiekuńczych jak najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta, przy wykorzystaniu bazy szpitali powiatowych. W Strategii sektorowej określono wskaźnik kierunkowy 7,3 łóżka opieki długoterminowej i 0,5 łóżek w opiece hospicyjnej na 10 tys. mieszkańców do osiągnięcia w 2015 roku, tj.:

- ✓ Aktualny stan na koniec 2008 r. - wskaźnik 3,8 /10 tys. ludności, tj. **636 łóżek**
- ✓ Zakładany do osiągnięcia do 2015 r. - wskaźnik 7,8/10 tys. ludności, tj. 1 352 łóżek.

W 2008 r. w województwie zachodniopomorskim było 17 oddziałów/zakładów opiekuńczo-leczniczych, w tym 5 niepublicznych. Siedem jednostek opieki długoterminowej funkcjonowało samodzielnie i dziesięć w strukturze szpitali ogólnych.

Tab. 17 Liczba łóżek w oddziałach/zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjach wg powiatów na przestrzeni lat 2002-2008

Powiat	2002	2004	2006	2008
Koszalin	6	8	8	33
Szczecin	66	43	82	129
Świnoujście	32	32	31	31
Białogard	0	0	25	30
Choszczno	20	0	0	0
Goleniów	30	36	36	36
Gryfice	18	0	0	0
Gryfino	43	21	91	89
Kamień Pomorski	0	0	50	36
Kołobrzeg	12	0	0	0
Łobez	38	29	29	40
Myślibórz	29	49	49	49
Police	8	8	20	0
Pyrzyce	18	28	29	29
Szczecinek	40	41	37	44
Wałcz (Tuczno)	106	124	124	90
Ogółem	481	432	613	636

Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie

Od 2002 roku obserwuje się stopniowe zwiększenie liczby łóżek opieki długoterminowej. W 2008 roku łóżek długoterminowych było więcej o 32,2% w porównaniu do 2002 roku. Wbrew założeniom Strategii sektorowej, nie w każdym powiecie są zlokalizowane publiczne bądź niepubliczne zakłady opieki długoterminowej. W 2008 roku **stacjonarnej opieki długoterminowej nie posiadało 8 powiatów: choszczeński, drawski, gryficki, kołobrzeski, policki, sławieński, stargardzki i świdwiński**. Najlepsza sytuacja w opiece długoterminowej była w powiecie waleckim – wskaźnik 16,6/10 tys. mieszkańców, w powiecie gryfińskim - 10,7 i powiecie kamieńskim - 7,5. Uzupełnieniem stacjonarnej opieki długoterminowej była opieka dzienna realizowana w formie długoterminowej opieki domowej świadczonej przez pielęgniarki w miejscu zamieszkania pacjenta i hospicjum domowego.

Opieka rehabilitacyjna

Rehabilitacja lecznicza prowadzona była na terenie województwa w 7 szpitalach zlokalizowanych w: Szczecinie, Białogardzie, Choszczynie, Gryficach, Kołobrzegu, Stargardzie Szczecińskim i Złocieńcu (Kańsk w powiecie Drawskim). W 2008 roku w województwie zachodniopomorskim było **551 łóżek**, a wskaźnik wynosił 3,3 na 10 tys. ludności, tj. więcej o 200 łóżek w porównaniu do stanu z 2000 roku. Część rehabilitacji leczniczej odbywała się przy oddziałach reumatologii, czego nie wyodrębnia statystyka medyczna.

Tab. 18 Ogólne wskaźniki działalności oddziałów rehabilitacyjnych w 2000 r. i 2008 r.

Wyszczególnienie	2000	2008
Liczba łóżek	351	551
Liczba leczonych	4 732	7 422
Średni wskaźnik wykorzystania łóżek w %	75,3	93,5
Przeciętny pobyt chorego w dniach	17,5	21,4

Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie

Liczba leczonych w 2008 roku wynosiła 7 422 i była wyższa o 36% w porównaniu do 2000 roku. Średni wskaźnik wykorzystania łóżek w 2008 roku wzrósł znacznie z 75,3% do 95,5%. Czas leczenia wydłużył się z 17,5 dni do 21,4 dni. Zapotrzebowanie na tego rodzaju usługi medyczne wśród populacji województwa stale rośnie.

Tab. 19 Liczba łóżek w rehabilitacji leczniczej w 2008 r. i planowana do 2015 r.

Podregion	Liczba mieszkańców	Stan na koniec 2008 r.		Stan planowany do 2015 r.		Niedobór łóżek w 2008 r.
		Liczba łóżek	Wskaźnik łóżek na 10 000	Liczba łóżek	Wskaźnik łóżek na 10 000	
Koszaliński	591 693	196	3,3	254	4,2	-58
Szczeciński	1 101 264	355	3,2	474	4,2	-119
Województwo	1 692 957	551	3,3	728	4,2	-177

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych statystycznych,
danych szpitali i założeń Strategii sektorowej

Mimo znacznego postępu w rozbudowie bazy leczenia rehabilitacyjnego, biorąc pod uwagę wskaźnik docelowy 4,2 łóżka/10 tys. mieszkańców założony w Strategii sektorowej do osiągnięcia w 2015 r. w województwie, stwierdza się nadal niedobór 177 łóżek, w tym większy deficyt jest w podregionie szczecińskim.

Opieka psychiatryczna

Psychiatryczną opiekę zdrowotną na terenie województwa zachodniopomorskiego zapewniają publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Placówki psychiatrycznej opieki zdrowotnej świadczą usługi zdrowotne w zakresie: leczenia zaburzeń psychicznych, terapii uzależnień od alkoholu i środków psychoaktywnych.

Leczenie psychiatryczne i leczenie uzależnień w 2008 roku odbywało się w 6 zakładach opieki stacjonarnej i 2 zakładach długoterminowej opieki psychiatrycznej. Łącznie funkcjonowało **1 113 łóżek**, a wskaźnik wynosił 6,6/10 tys. mieszkańców, tj. o 217 łóżek więcej w porównaniu do stanu z 2000 roku. Według założeń powinno się dążyć do osiągnięcia wskaźnika 7 łóżek na 10 000 mieszkańców.

Tab. 20 Ogólne wskaźniki działalności oddziałów psychiatrycznych w 2000 r. i 2008 r.

Wyszczególnienie	Rodzaj oddziału	2000	2008
Liczba łóżek	psychiatryczne	767	938
	odwykowe	129	175
Liczba leczonych	psychiatryczne	8 434	9 429
	odwykowe	1 065	2 988
Średni wskaźnik wykorzystania łóżek w %	psychiatryczne	104	103,7
	odwykowe	86,3	101,7
Przeciętny pobyt chorego w dniach	psychiatryczne	28,4	27,1
	odwykowe	36,1	31,1

Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie
i danych szpitali resortowych

Od wielu lat w psychiatrycznej opiece zdrowotnej utrzymuje się wysokie wykorzystanie łóżek, przekraczające 100%. Od 2000 roku średnie wykorzystanie łóżek przekroczyło 100% również w oddziałach odwykowych. Liczba leczonych w lecznictwie psychiatrycznym wzrosła o 11,8%, a w lecznictwie odwykowym, aż o 80,6%. Przeciętny czas pobytu pacjenta w szpitalu utrzymuje się na stałym poziomie ok. 30 dni. Według wskaźnika kierunkowego w województwie brakuje jeszcze około 100 łóżek w opiece psychiatrycznej. Kształtowanie systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej znajduje się w toku dalszego rozwoju. W przygotowaniu jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który wytyczy założenia do opracowania regionalnych, powiatowych i gminnych programów w tym zakresie.

Alternatywne formy opieki stacjonarnej

Zgodnie z założeniami Strategii sektorowej następuje stopniowy rozwój alternatywnych form opieki stacjonarnej, tj.: opieki dziennej w szpitalach i przychodniach oraz opieki domowej. Tworzenie tych miejsc podyktowane jest głównie potrzebą odciążenia lecznictwa szpitalnego, poprawienia dostępności do opieki zdrowotnej oraz umożliwienia pacjentowi leczenia i przebywania w środowisku domowym.

Opieka domowa

Wśród alternatywnych form opieki stacjonarnej funkcjonuje opieka domowa w zakresie: długoterminowej opieki domowej, rehabilitacji domowej i dziennej, domowego leczenia tlenem, domowej opieki hospicyjnej.

Tab. 21 Opieka domowa w 2006 i 2008 r.

Rodzaj opieki	2006		2008	
	Leczeni	Osobodni	Leczeni	Osobodni
długoterminowa opieka domowa	x	45 471	x	53 781
rehabilitacja domowa i dzienna	1 380	20 547	3 833	61 828
domowe leczenie tlenem	21	5 490	667	29 768
hospicja domowe	1 381	40 209	1 668	56 396
Razem	2 782	111 717	6 168	201 773

Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie

Od 2006 roku prawie dwukrotnie wzrosło wykonanie liczby osobodni w opiece domowej. Ponadto, liczba leczonych wzrosła trzykrotnie. Najbardziej poszerzono usługi w zakresie domowego leczenia tlenem i rehabilitacji domowej.

Opieka dzienna w szpitalach i przychodniach

W 2008 roku w trybie opieki dziennej w szpitalach i przychodniach leczonych było 42 900 pacjentów. W stosunku do 2000 roku liczba ta wzrosła o 33 869 osób.

Tab. 22 Liczba leczonych w oddziałach opieki dziennej w latach 2000, 2006 i 2008

Rodzaj opieki dziennej	2000	2006	2008
Chirurgia onkologiczna	1 084	3 057	3 251
Chirurgia ogólna		241	361
Neurochirurgia		371	416
Urologia		376	418
Ginekologia i położnictwo		179	267
Choroby wewnętrzne		1 170	49
Pulmonologiczny		568	559
Rehabilitacja		308	531
Otolaryngologia	376	979	918
Okulistyka		2 335	1 924
Geriatrya	22		
Onkologia*	6 149	6 726	12 386
Reumatologiczny		309	609
Pediatryczny		1 966	2 019
Diagnostyczny	462	226	
Psychiatria	938	1 339	1 055
Szpitalne oddziały ratunkowe		12 300	18 137
Razem	9 031	31 064	42 900

* razem z radioterapią i chemioterapią

Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie

Od 2000 r. obserwuje się wyraźny rozwój opieki dziennej. Najwięcej pacjentów korzystało z dziennej opieki w szpitalnych oddziałach ratunkowych, onkologicznych, chirurgii onkologicznej, pediatrycznych i okulistycznych.

Stacje dializ

Na przestrzeni ostatnich ośmiu lat doszło do znacznego rozwoju dializoterapii. **Liczba stanowisk dializacyjnych zwiększyła się ponad dwukrotnie.** W 2006 r. powstała nowa stacja dializ w Stargardzie Szczecińskim. W 2008 r. funkcjonowały w sumie **133 stanowiska dializacyjne** (w tym 67 stanowisk w szpitalach) rozmieszczonych w 7 miastach: Koszalinie, Szczecinie, Choszczynie, Drawsku, Gryficach, Kołobrzegu i Stargardzie Szczecińskim. Pomimo, zwiększenia liczby stanowisk dializacyjnych i wzrostu liczby osób dializowanych, zmniejszyło się obciążenie stanowisk. W 2008 r. wykonano ogółem **86 732 dializy**, więcej niż w 2002 r. (51 547), jednak średnio mniej dializ wypadało na 1 stanowisko dializacyjne (652), niż w 2002 r. (781) i nieco mniej od średniej krajowej (691).

Tab. 23 Analiza porównawcza działalności stacji dializ w 2002 i 2008 r.

Powiaty	Liczba stanowisk dializacyjnych		Liczba osób dializowanych		Liczba wykonanych dializ		Liczba dializ na 1 stanowisko		Liczba osób dializowanych na 1 stanowisko	
	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008
Koszalin	11	13	109	153	9 068	10 821	824,4	832,4	9,9	11,8
Szczecin	26	42	441	535	21 073	26 888	810,5	640,2	17,0	12,7
Choszczno	8	11	32	69	4 328	5 887	541,0	535,2	4,0	6,3
Drawsko Pom.	5	16	42	57	4 378	7 065	875,6	441,6	8,4	3,6
Gryfice	8	16	80	127	6 385	11 983	798,1	748,9	10,0	7,9
Kołobrzeg	8	27	89	101	6 315	17 425	789,4	645,4	11,1	3,7
Stargard Szcz.*	0	8	0	69	0	6 663	0,0	832,9	0,0	8,6
Razem	66	133	793	1111	51 547	86 732	781,0	652,1	12,0	8,4

* funkcjonuje od 2006 r.

Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie

Od 2002 r. liczba osób dializowanych wzrosła o 40%, a liczba wykonanych dializ o 68%.

Nadal **rozmieszczenie stacji dializ jest nierównomierne**. Najtrudniejszy dostęp do dializoterapii mają mieszkańcy skrajnie położonych gmin powiatów: gryfińskiego, szczecineckiego, sławieńskiego, myśliborskiego i miasta Świnoujścia. W 7 powiatach funkcjonuje w sumie 11 stacji dializ ze 133 stanowiskami dializacyjnymi: 6 publicznych (66 stanowisk) i 5 niepublicznych (67 stanowisk).

Prowadzenie list oczekujących na leczenie szpitalne

Od 2004 r. obowiązują zasady prowadzenia list kolejek oczekujących na leczenie. Każdy świadczeniodawca ustala kolejność udzielenia świadczenia zdrowotnego, po czym informuje 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.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, każdy zakład opieki zdrowotnej winien prowadzić listy oczekujących na leczenie, kwalifikując pacjentów na podstawie kryteriów medycznych, tj.: stanu zdrowia, rokowania co do dalszego przebiegu choroby i chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie oraz zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Świadczeniodawca kwalifikuje pacjenta do odpowiedniej kategorii medycznej, jako:

- "przypadek pilny" - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia
- "przypadek stabilny" - w przypadku innym niż stan nagły.

Tab. 24 Liczba oczekujących i czas oczekiwania na leczenie w oddziałach szpitalnych w 2004 i 2008 r.

Oddział	Liczba osób oczekujących		Średni czas oczekiwania w dniach	
	2004	2008	2004	2008
Chirurgia urazowo-ortopedyczna *	131	5 021	802	822
Okulistyczny	194	6 587	51	409
Rehabilitacyjny	2 497	3 972	365	265
Odwykowy	bd	712	bd	210
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	67	383	80	173
Kardiochirurgia	90	13	58	102
Otolaryngologiczny	59	999	36	94
Neurochirurgia	0	307	0	94
Kardiologiczny	422	728	154	65
Urologiczny	112	443	28	61
Reumatologiczny	20	236	30	59
Chirurgia ogólna	399	1 142	29	42
Radioterapia	0	308	0	39
Ginekologiczny	61	216	35	22
Chirurgia dziecięca	bd	228	bd	20
Chemioterapia	20	58	35	17
Chorób wewnętrznych	164	254	17	17
Chirurgia onkologiczna	bd	234	bd	8

*czas oczekiwania na protezę stawu biodrowego w 2008 r.: od 1,5 – 3,5 lat

Źródło: Informacje szpitali

Z informacji szpitali i organów założycielskich wynika, iż w 2008 roku sytuacja na listach oczekujących na leczenie szpitalne pogorszyła się. Ważnym jest tu uwzględnienie faktu, że niektórzy pacjenci zapisują się jednocześnie do kilku szpitali, lub nie informują o rezygnacji z zajmowanej pozycji na liście z różnych przyczyn, co w znacznym stopniu zakłóca pełną wiarygodność wykazywanych informacji.

W wielu oddziałach zwiększyła się liczba osób oczekujących i wydłużył się czas oczekiwania. **Najwięcej osób czeka w kolejce na leczenie w oddziałach: okulistycznych, urazowo-ortopedycznych, rehabilitacyjnych, chirurgii ogólnej, otolaryngologicznych i kardiologicznych.**

Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala jest bardzo zróżnicowany. Zależy zarówno od rodzaju oddziału, jak i samego szpitala. **Najdłuższe oczekiwanie obserwuje się w oddziałach urazowo-ortopedycznych**, średnio 822 dni z rozpiętością od 15 do 1 274 dni, co przede wszystkim wiąże się z długim oczekiwaniem na alloplastykę stawu biodrowego, na którą oczekuje się od 1,5 do 3,5 lat. **W oddziałach okulistycznych** czas oczekiwania wynosił średnio 409 dni z rozpiętością od 74 do 783 dni. **W oddziałach rehabilitacyjnych** czeka się średnio 265 dni, z rozpiętością od 90 do 537 dni.

Zakłady opieki zdrowotnej podają następujące **przyczyny wzrostu liczby oczekujących** na leczenie:

- Limitowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- Duże zainteresowanie pacjentów leczeniem w wybranym oddziale ze względu na wysoką jakość świadczeń np. w oddziałach o najwyższym poziomie referencyjności.
- Około 30 % zapisanych pacjentów w kolejkach oczekujących nie stawia się na leczenie (badania ogólnopolskie).
- Niewystarczająca liczba łóżek np. w radioterapii i chemioterapii oraz w rehabilitacji i zakładach opieki długoterminowej.

Realizacja obowiązku ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładzie opieki zdrowotnej ustala się w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych stosownie do stanu zdrowia pacjentów i potrzeb pielęgnacyjnych. Sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych określa *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej*. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładzie ustala kierownik zakładu po zasięgnięciu opinii: kierowników jednostek i komórek organizacyjnych zakładu oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych działających na terenie zakładu. Projekt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych opracowuje naczelną pielęgniarka lub przełożona pielęgniarek i położnych danego zakładu.

Podstawą oceny stanu realizacji obowiązku ustalania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w IV okresie sprawozdawczym stanowiły dane pozyskane z zakładów opieki zdrowotnej w przesłanych ankietach. Niestety, niekompletność informacji nie pozwala na pełną analizę i ocenę sytuacji zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Na 18 zakładów opieki stacjonarnej, które dostarczyły informacje, w 16 zakładach ustalono stan minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, tj.

- ✓ Obliczenia i modyfikacje norm z powodu trwających reorganizacji trwają w 2 zakładach
- ✓ Niedobór etatów występuje w 5 zakładach
- ✓ Więcej etatów w porównaniu do wyliczonych wykazano w 5 zakładach
- ✓ Liczba aktualnie zatrudnionych pielęgniarek i położnych jest równa liczbie etatów ustalonych w 6 zakładach.

Braki wynikające z ustalonych norm uzupełniane są zatrudnieniem w wyższym wymiarze godzin pielęgniarek zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych.

Stan sanitarno-techniczny szpitali

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

Sytuacja sanitarno-techniczna szpitali systematycznie się poprawia. Mimo, że wiele szpitali funkcjonuje w starych budynkach, stale prowadzone są remonty i modernizacje izb przyjęć, oddziałów i sal operacyjnych. Stan urządzeń sterylizacyjnych jest coraz lepszy, zwiększa się liczba autoklawów parowych, zmniejsza się ilość sterylizatorów na suche powietrze. Nastąpiła znaczna odnowa aparatów rentgenowskich, co poprawiło bezpieczeństwo pacjenta i personelu oraz zwiększyło jakość przeprowadzanej diagnostyki.

Najważniejsze cechy dotyczące stanu sanitarno-epidemiologicznego szpitali Województwa Zachodniopomorskiego w 2008 r.:

1. Wszystkie szpitale posiadają opracowane programy dostosowawcze pomieszczeń szpitali do wymogów *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej* i zaopiniowane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie.
2. Stale prowadzone remonty i modernizacje poprawiają stan sanitarny oddziałów szpitalnych, jednak nie zawsze wpływają na poprawę stanu funkcjonalności. Część prac dostosowawczych pomieszczeń do wymogów jest przesuwana jednak na dalsze terminy ze względu na trudności finansowe.
3. Źródłem zaopatrzenia szpitali w wodę jest wodociąg publiczny, w tym 6 szpitali posiada ponadto rezerwowe ujęcie własne lub zbiorniki retencyjne.
4. Jakość wody pod względem bakteriologicznym w szpitalach województwa zachodniopomorskiego odpowiada wymaganiom sanitarnym.
5. W żadnym szpitalu województwa nie odnotowano przerw w dostawie wody w odpowiedniej ilości.
6. Utrzymanie czystości i porządku w 12 na 31 szpitali zlecane było zewnętrznym firmom sprzątającym.
7. We wszystkich szpitalach województwa procesy dezynfekcji prowadzone były zgodnie z wewnętrznie opracowanymi procedurami przy użyciu certyfikowanych środków dezynfekcyjnych o szerokim spektrum działania.
8. Większość szpitali posiada centralne sterylizatornie, lecz nie wszystkie mają właściwe powiązania funkcjonalne z zespołem operacyjnym i innymi jednostkami szpitala.
9. Na terenie województwa zachodniopomorskiego Centralna Stacja Łóżek przeznaczona do mycia i dezynfekcji łóżek oraz szafek znajduje się tylko w jednym szpitalu, tj. w SP Szpitalu Klinicznym Nr 1 w budynku zlokalizowanym w Policach.

10. Komory dezynfekcyjne do dezynfekcji materacy, poduszek itp. posiada 6 szpitali, a pozostałe korzystają z usług firm zewnętrznych.
11. We wszystkich szpitalach działają Zespoły ds. Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych.
12. Szpital Wojewódzki w Koszalinie jako jeden z 16 szpitali w kraju został zakwalifikowany do współpracy z Narodowym Instytutem Leków w Warszawie w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków.
13. Usługi pralnicze dla szpitali są wykonywane w trzech różnych formach: w pralniach zewnętrznych, w pralniach własnych, w pralniach dzierżawionych firmom zewnętrznym.
14. Transport i utylizację odpadów 28 szpitali zleca firmom zewnętrznym, a 3 szpitale posiadają własne spalarnie odpadów.

Certyfikaty jakości w szpitalach

W województwie zachodniopomorskim obserwuje się systematyczny wzrost zainteresowania zakładów opieki zdrowotnej uzyskiwaniem akredytacji, certyfikatów ISO i udziałem w prestiżowych rankingach. Ma to związek z większym znaczeniem posiadanych certyfikatów w marketingu szpitala oraz przy zawieraniu umów z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych.

Z analizy przedłożonych ankiet wynika, że w województwie zachodniopomorskim zakłady opieki zdrowotnej posiadają m.in.:

- Akredytacje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	- 5
- Certyfikaty sytemu zarządzania jakością ISO 9001	- 16
- Certyfikaty sytemu zarządzania środowiskowego ISO 14001	- 3
- Certyfikaty sytemu zarządzania bezpieczeństwem i higiena pracy ISO 18001	- 2
- Certyfikat systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności ISO 22000	- 1
- Tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku”	- 4
- Certyfikaty diagnostyki laboratoryjnej	- 9
- Certyfikat „Szpital bez bólu”	- 1
- Certyfikat „Sieć Szpitali Promujących Zdrowie”	- 1

W **Ogólnopolskim Rankingu Szpitali 2008** Rzeczypospolitej i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, na 256 szpitali wielospecjalistycznych z całej Polski, **w grupie 100 finalistów znalazło się 6 jednostek** Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego, tj.: na 10 miejscu SPZZOZ w Gryficach, na 19-tym Regionalny Szpital w Kołobrzegu, na 27-ym Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, na 49-tym SPSZOZ „ZDROJE” w Szczecinie, na 81-ym Szpital Specjalistyczny im. A. Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie i na 83-ym SP Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie.

Poniższe tabele wyszczególniają rodzaje certyfikatów i wyróżnień posiadanych przez poszczególne zakłady opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego według organu założycielskiego.

Tab. 25 Certyfikaty w Szpitalach Klinicznych

ZOZ	Rodzaj/Nazwa certyfikatu	Nazwa instytucji certyfikującej	Okres ważności
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Szczecin	Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2000	TUV SUD Polska Sp. Z o. o.	15.08.2006 - 15.08.2009
	Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2008	TUV SUD Polska Sp. Z o. o.	Od 7.08.2009 -3 lata.
	Laboratorium Reumatologii - 5 certyfikatów potwierdzających spełnienie standardów jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych w 2008 roku	Institut fur Qualitatssicherung	17.05.2009 - bezterminowo
	Laboratorium Reumatologii - czynnik reumatoidalny, przeciwciała przeciw jądrowe, IgAGM, IgG, IgM	Institut fur Qualitatssicherung	17.05.2009 - bezterminowo
	Laboratorium Reumatologii - badania serologiczne w kierunku chorób wątroby, stanów zapalnych żołądka o podłożu autoimmunologicznym	Institut fur Qualitatssicherung	17.05.2009 - bezterminowo
	Ogólnopolski Sprawdzian Wiarygodności Badań w Mikrobiologii - Laboratorium Bakteriologii	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej	Styczeń/marzec 2007/2008/2009
	"Bezpieczny Szpital" 2006	Ranking "Rzeczpospolitej" i Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie	Październik 2007
	"Bezpieczny Szpital" 2007	Ranking "Rzeczpospolitej" i Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie	Październik 2008
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Szczecin	WHO UNICEEF Szpital Przyjazny Dziecku	Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią , ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	2003- 11- 06 bezterminowo
	Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2000	Det Norske Veritas Poland Sp. Z o.o.	09.12.2004 - 02.12.2010
	Certyfikat potwierdzający jakość szkolenia lekarzy w Klinice Urologii, jako czwarty ośrodek w Polsce	European Board of Urology	05.05.2007- 05.05.2012
	Certyfikat przystąpienia Kliniki Patologii Noworodka do programu edukacji poporodowej szkoła matek i ojców "Razem Łatwiej"	Szkoła matek i ojców "Razem łatwiej", ul. Sienkiewicza 2/4, 95-200 Pabianice	02.01.2008 - bezterminowo

Źródło: Informacje zakładów opieki zdrowotnej

Tab. 26 Certyfikaty w zakładach powiatowych

ZOZ	Rodzaj/Nazwa certyfikatu	Nazwa instytucji certyfikującej	Okres ważności
SP ZOZ Ośrodek Terapii Uzależnień, ul. Ostrowska 7, Szczecin	Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością PN-EN ISO 9001:2009	Biuro Certyfikacji Polskiego Rejestru Statków S.A., al. Józefa Hallera 126, 80-416 Gdańsk	30.07.2009 - 29.07.2012
Szpital Miejski Świnoujście	Szpital Przyjazny Dziecku	Zarząd Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią i Komisja ds. Ocen Monitoringu i Reocen	23.07.2009
Szpital Powiatowy w Sławnie	Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2008	Biuro Certyfikacji Polskiego Rejestru Statków S.A., al. Józefa Hallera 126, 80-416 Gdańsk	14.06.2006- 05.07.2012
Szpital w Szczecinku Sp. z o. o.	Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2001	TUV Nord Polska Sp. z o. o.	19.12.2008 - 15.11.2010

Źródło: Informacje zakładów opieki zdrowotnej

Tab. 27 Certyfikaty w Szpitalach Samorządu Województwa

ZOZ	Rodzaj/Nazwa certyfikatu	Nazwa instytucji certyfikującej	Okres ważności
SP Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	Certyfikat Akredytacyjny nr 2008/29	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie	21.11.2008-20.11.2011
	Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością wg normy PN-EN ISO 9001:2001	Polskie Centrum Badań i Certyfikacji S.A.	08.10.2007-07.10.2010
Zachodniopomorskie Centrum Onkologiczne Szczecin	Certyfikat Zintegrowanego Systemu Zarządzania - Jakością ISO 9001:2000, - Środowiskowego ISO 14001:2004, - Bezpieczeństwem i Higieną Pracy ISO 18001:2004, -Bezpieczeństwem Żywności ISO 22000:2004	Biuro Certyfikacji Polskiego Rejestru Statków S.A., al. Józefa Hallera 126, 80-416 Gdańsk	16.06.2006-29.06.2012
	Certyfikat Akredytacyjny nr 2008/29	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie	31.12.2008 - 30.11.2011
	Certyfikat "Szpital bez bólu"	Polskie Towarzystwo Badania Bólu	26.06.2009 - 25.06.2012
Specjalistyczny Szpital im. Prof. A.Sokołowskiego, Szczecin - Zdunowo	Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością PN-EN ISO 9001:2001 Nr 177/1/67/2008	ZETOM - CERT SP. Z O. O.	28.02.2005-14.02.2008-13.02.2011
SP Specjalistyczny ZOZ "ZDROJE" Szczecin	Certyfikat Akredytacyjny	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	15.05.2009 - 14.05.2012
	Szpital Przyjazny Dziecku	Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci UNICEF	bezterminowo
	Bezpieczny Szpital 2007 /finalista rankingu/	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, "Rzeczpospolita"	IX.2008 - IX.2009
	Certyfikat Programu Kontroli Jakości Badań	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej	Kolejny raz w 2008 r na rok
	Certyfikat RANDOX	Międzynarodowy Program Kontroli Jakości	Kolejny raz w 2008 r. na rok
	Certyfikat POLMICRO	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej	Kolejny raz w 2008 r na rok
Szpital Wojewódzki Koszalin	Certyfikat sytemu zarządzania jakością Normy ISO 9001:2001	TUV Nord Polska Sp. z o. o.	19.12.2007 - 18.12.2010
Specjalistyczny Zespół Gruzlicy i Chorób Płuc Koszalin	ISO 9001 - 2000	DEKRA CERTYFICATION SP. Z O.O.	19.12.2008 - 18.12.2011
Regionalny Szpital Kołobrzeg	Certyfikat Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2000	DEKRA CERTYFICATION SP. Z O.O. Wrocław	16.07.2007-15.07.2010
	Certyfikat Systemy Zarządzania Środowiskowego ISO 14001:2004	DEKRA CERTYFICATION SP. Z O.O. Wrocław	18.06.2008 - 17.06.2011
	Certyfikat Systemy Zarządzania Bezpieczeństwem i Higiena Pracy ISO 18001:2004	DEKRA CERTYFICATION SP. Z O.O. Wrocław	15.06.2009 - 14.06.2012
	Certyfikat Akredytacyjny	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie	27.11.2008 - 26.11.2011
	Ranking Bezpieczny Szpital 2008 - 19 pozycja w skali kraju	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	2008/2009
	Szpital Przyjazny Dziecku	Światowa Organizacja Zdrowia WHO, UNICEF Polska	od 2004
	Certyfikat "Sieci Szpitali Promujących Zdrowie"	Światowa Organizacja Zdrowia	2007 - 2010
	POLMICRO 2008	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej	wydany 30.01.2009

	Certyfikat uczestnictwa w Międzynarodowej Kontroli Badań Hematologicznych SF-IQAS	Sysmex Polska Sp. Z o.o.	uczestnictwo w 2008
	Certyfikat Siemens Urynalisys of Partycipation dla Laboratorium Centralnego	Sysmex Polska Sp. Z o.o.	2007 - 2008
	Zaświadczenie o jakości oznaczeń Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej 2008	Centralny Ośrodek Badań Jakości w diagnostyce Laboratoryjnej	wydane 06.01.2009
Szpital Uzdrawiskowy "Willa Fortuna" Kołobrzeg	Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2000	Polski Rejestr Statków S.A.	26.10.2004 - 01.11.2010
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Gryfice	Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2008	TUV Management Service GmbH	12.05.2009-28.03.2012
	Certyfikat Systemy Zarządzania Środowiskowego ISO 14001:2004	TUV Management Service GmbH	PROMESA z dn. 27.07.2009
	Certyfikat Akredytacyjny nr 2008/07	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie	29.05.2008 - 28.05.2011

Źródło: Informacje zakładów opieki zdrowotnej

Lecznictwo uzdrawiskowe

Na terenie województwa uzdrawiska i sanatoria w 2008 r. były zlokalizowane w 6 powiatach: kołobrzeskim, mieście Świnoujściu, powiecie sławieńskim, powiecie świdwińskim, powiecie kamieńskim i powiecie koszalińskim. Pięć miejscowości posiada status uzdrawiska: Świnoujście, Kamień Pomorski, Kołobrzeg, Połczyn Zdrój oraz Dąbki (gmina Darłowo). Ponadto, obiekty sanatoryjne zlokalizowane są również w 10 innych miejscowościach nadmorskich: Dziwnówek, Jarosławiec, Mielno, Międzywodzie, Mrzeżyno, Pobierowo, Pustkowo, Sarbinowo, Unieście i Ustronie Morskie oraz w Bornem Sulinowie.

W 2008 roku Zachodniopomorskie objęło leczeniem uzdrawiskowym **169 848 kuracjuszy** stacjonarnych, tj. ok. 26 % wszystkich leczonych w szpitalach uzdrawiskowych kraju. Zachodniopomorskie jest również najważniejszym dostarczycielem usług sanatoryjnych w kraju. Sanatoria rehabilitacyjne województwa przyjęły ponad 17 993 kuracjuszy, tj. 55% wszystkich leczonych w kraju.

Tab. 28 Działalność lecznictwa uzdrawiskowego w latach 2002, 2004, 2006, 2008

Wyszczególnienie	2002	2004	2006	2008
Liczba placówek	73	68	54	52
Liczba łóżek	9 763	9 190	9 015	9 422
Liczba kuracjuszy	176 844	139 826	133 998	169 848

Źródło: Urząd Statystyczny w Szczecinie

W 2008 roku w województwie zachodniopomorskim funkcjonowały **52 placówki lecznictwa uzdrowiskowego i sanatoryjnego**, czyli mniej o 21 w stosunku do 2002 roku. Liczba łóżek i liczba kuracjuszy w porównaniu do 2002 roku zmniejszyła się, ale w stosunku do 2006 r. obserwuje się duży wzrost, zarówno liczby łóżek, jak i kuracjuszy.

Tab. 29 Lecznictwo uzdrowiskowe w 2004 i 2008 r. wg powiatów

Powiaty	Liczba placówek		Liczba łóżek		Liczba kuracjuszy	
	2004	2008	2004	2008	2004	2008
Szczecin	1	0	36	0	54	0
Świnoujście	10	8	1 010	995	18 058	17 742
Kamień Pomorski	8	6	498	467	6 422	6 625
Kołobrzeg	31	26	5 424	5 853	89 124	107 629
Koszalin	4	3	442	416	5 312	8 200
Sławno	6	3	766	857	5 364	14 464
Świdwin	8	6	1 014	834	15 492	15 188
Razem	68	52	9 190	9 422	139 826	169 848

Źródło: Urząd Statystyczny w Szczecinie

Kołobrzeg jest największym uzdrowiskiem w Polsce, które przyjmuje najliczniejszą grupę kuracjuszy, zarówno z Polski, jak i z zagranicy. W okresie analizowanym w uzdrowisku Kołobrzeg zwiększyła się liczba łóżek i liczba kuracjuszy.

Rozwój lecznictwa uzdrowiskowego obecnie jest mocno uwarunkowany wymaganiami określonymi w *ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o leczeniu uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych*, które m.in. nakładają wiele obowiązków gminom w zakresie utrzymania statusu uzdrowiska i obszaru ochrony uzdrowiskowej.

C. RATOWNICTWO MEDYCZNE

System Państwowego Ratownictwa Medycznego w ciągu ostatnich dziesięciu lat podlegał znaczącym zmianom. W 2000 roku rozpoczęto wdrażanie programu zintegrowanego ratownictwa medycznego, które miało polegać na zorganizowaniu w kraju i w każdym województwie jednolitego systemu składającego się z: Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM), Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) i Centrów Powiadamiania Ratunkowego (CPR). W 2006 roku nastąpiła zmiana ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Przestały obowiązywać zapisy dotyczące obowiązku organizacji przez starostów powiatowych centrów powiadamiania ratunkowego. Ustawa wskazała wojewodę jako organ odpowiedzialny za planowanie, organizowanie, koordynowanie

i nadzór nad systemem ratownictwa medycznego na terenie województwa. Zadaniem wojewody jest m.in. sporządzanie planu działań systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego województwa. Funkcjonowanie zespołów ratownictwa medycznego jest realizowane w ramach dotychczasowych stacji pogotowia ratunkowego. Tworzenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) uległo zahamowaniu. Zrealizowane częściowo działania na rzecz tworzenia Centrum Powiadamiania Ratunkowego nie zostały zakończone z powodu zmian legislacyjnych.

Szpitalne Oddziały Ratunkowe

Na 14 SOR-ów zaplanowanych w 2000 roku tylko 4 SOR-y funkcjonowały w 2008 roku, tj. te, które miały podpisany kontrakt z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tab. 30 Szpitalne Oddziały Ratunkowe

Planowane w 2000 r.	Zaplanowane w Strategii sektorowej w 2001 r.	Funkcjonujące w 2004	Funkcjonujące w 2008 r.	Zaplanowane w Planie Wojewody do 2010 r.
SP Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	X	X		X
SP Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie	X	X	X	X
Regionalny Szpital w Kołobrzegu	X	X		
SP ZZOZ w Gryficach	X	X	X	X
Szpital Wojewódzki w Koszalinie	X	X		X
Specjalistyczny SP ZOZ n/Dz. i Mł. w Szczecinie*	X	X	X	X
Szpital Powiatowy w Choszczynie	X	X	X	X
Specjalistyczny Szpital w Szczecinie-Zdunowie	X			X
Szpital w Szczecinku	X			
Szpital w Stargardzie Szczeciński	X			X
Szpital Powiatowy w Goleniowie	X			X
Szpital Powiatowy w Drawsku Pom.	X			X
Szpital Powiatowy w Pyrzycach	X			
Szpital Powiatowy w Policach	X			

*Od 1.07.2009 r. w strukturze Szpitala „Zdroje” w Szczecinie

Źródło: Informacje szpitali,
Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
Plan działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2008-2010

Podstawowymi przyczynami wstrzymania rozwoju SOR-ów jest niepełne dostosowanie pomieszczeń i urządzeń do wymogów formalnych. W „Planie działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2008-2010” opracowanym przez Wojewodę Zachodniopomorskiego docelowo zaplanowano uruchomienie dziewięć Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych.

Zespoły Ratownictwa Medycznego

Zmieniona ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym wprowadziła nowe wymagania dotyczące składu zespołów. Nastąpiła zmiana nazewnictwa z ambulansów ratunkowych „R” i wypadkowych „W” na specjalistyczne „S” i podstawowe „P”. Finansowanie zespołów ratownictwa medycznego zapewnia budżet państwa poprzez Wojewodę i za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia. Oprócz zespołów ratownictwa medycznego województwo zachodniopomorskie posiada dwa ambulanse „N” na potrzeby pilnego przewozu noworodków w stanie zagrożenia zdrowia lub życia do specjalistycznych ośrodków terapeutycznych. Ambulanse typu „N” stacjonują przy Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie i Specjalistycznym ZOZ „Zdroje” w Szczecinie, zabezpieczając w ten sposób oba podregiony województwa.

W województwie zachodniopomorskim w roku 2008 było 9 dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. Stacje pogotowia ratunkowego posiadają zróżnicowane zasoby i obszary działania. Część z nich znajduje się w strukturach 5 szpitali i w 3 zakładach ambulatoryjnych, natomiast jedna z nich występuje jako jednostka samodzielna (WSPR w Szczecinie).

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie jest największym dysponentem zespołów ratownictwa medycznego. Obszar działania WSPR w Szczecinie to ok. 70% powierzchni województwa zamieszkiwanej przez 80% mieszkańców. W sumie obejmuje swoim zasięgiem 16 powiatów:

- miasto Szczecin, Koszalin i części powiatu koszalińskiego (oprócz gmin Bobolice i Polanów)
- miasto Świnoujście,
- powiaty drawski, goleniowski, gryficki, gryfiński, kamieński, łobeski, myśliborski, policki, pyrzycki, stargardzki, wałecki i kołobrzeski.

Zespoły Ratownictwa Medycznego stacjonują w 36 miejscowościach, przy czym w sezonie letnim uruchamiane są trzy dodatkowe posterunki pogotowia ratunkowego w Ustroniu Morskim, Dziwnowie i Mielnie.

W 2007 roku do struktur WSPR w Szczecinie włączono Powiatową Stację Pogotowia Ratunkowego w Koszalinie na wniosek jej organu założycielskiego, tj. Rady Powiatu Koszalińskiego. Jest to kolejna filia WSPR na terenie województwa.

Tab. 31 Liczba zespołów ratownictwa medycznego wg powiatów w 2004, 2007 i 2008 roku

POWIAT	2004		2007		2008	
	"W"	"R"	"P"	"S"	"P"	"S"
Koszalin	3	2	6	2	5	2
Szczecin	7	7	7	7	9	5
Świnoujście	1	1	1	1	1	1
Białogardzki	1	1	1	1	1	1
Choszczeński	1	1	1	1	1	1
Drawski	1	3	2	2	2	2
Goleniowski	2	3	2	3	2	3
Gryficki	1	3	1	3	3	1
Gryfiński	2	2	2	2	3	2
Kamieński	2	2	2	2	2	2
Kołobrzeski	1	1	2	1	2	1
Łobeski	0	2	0	2	1	1
Myśliborski	2	3	2	3	2	2
Policki	1	1	1	1	1	1
Pyrzycki	1	1	1	1	1	1
Sławieński	2	1	3	1	3	1
Stargardzki	1	3	2	3	4	1
Szczecinecki	2	1	2	1	2	1
Świdwiński	2	0	2	0	1	1
Wałecki	2	1	2	1	2	1
RAZEM	35	39	42	38	48	31
	74		80		79	

Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie

W 2008 roku wszystkie stacje pogotowia ratunkowego dysponowały **79 zespołami ratownictwa medycznego**, w tym 31 zespołów typu specjalistycznego i 48 typu podstawowego. Od 2004 r. obserwuje się zmniejszenie liczby ambulansów specjalistycznych na rzecz zwiększenia ilości ambulansów podstawowych.

Tab. 32 Liczba ludności w tys. na 1 zespół ratownictwa medycznego 2004, 2006 i 2008

Powiat	2004	2006	2008
Koszalin	21,6	24,6	24,5
Szczecin	29,4	29,2	29,1
Świnoujście	20,5	20,4	20,4
Białogard	24,2	24,2	24,1
Choszczno	25,1	25,0	24,9
Drawsko Pomorskie	14,6	14,5	14,4
Goleniów	15,6	15,8	15,9
Gryfice	15,2	15,2	15,2
Gryfino	20,7	20,8	16,6
Kamień Pomorski	12,0	11,9	12,0
Kołobrzeg	38,0	25,4	25,6
Łobez	19,2	19,1	19,1
Myślibórz	13,5	13,5	16,8
Police	31,2	32,4	34,0
Pyrzyce	20,0	20,0	20,0
Sławno	19,3	14,4	14,3
Stargard Szczeciński	30,0	29,8	23,8
Szczecinek	25,8	25,8	25,7
Świdwin	24,6	24,4	24,3
Wałcz	18,3	18,2	18,1
WOJEWÓDZTWO	22,9	21,2	21,4

Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie

Liczba ludności na jeden zespół ratownictwa medycznego systematycznie się zmniejsza. W 2008 r. **na jeden zespół ratownictwa medycznego w województwie przypadało średnio 21 400 mieszkańców.**

Najwyższy wskaźnik ludności na zespół ratownictwa medycznego odnotowano w powiecie polickim (34 tys.), w mieście Szczecinie (29,1 tys.), a najniższy w powiecie kamieńskim (12 tys.), sławieńskim (14,3 tys.) oraz drawskim (14,4 tys.).

Tab. 33 Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w 2002 i 2008 roku według powiatów

Powiaty	2002			2008		
	Wyjazdy ogółem	w tym do wypadków		Wyjazdy ogółem	w tym do wypadków	
		Liczba	%		Liczba	%
Koszalin	11 284	810	7,2	11 038	1 778	16,1
Szczecin	54 475	7 335	13,5	44 111	7 962	18,0
Świnoujście	4 708	490	10,4	3 713	634	17,1
Białogard	3 087	499	16,2	3 148	490	15,6
Choszczno	2 716	131	4,8	3 432	269	7,8
Drawsko Pomorskie	4 282	834	19,5	5 159	1 022	19,8
Goleniów	7 337	1 656	22,6	7 123	1 433	20,1
Gryfice	7 095	1 116	15,7	6 934	1 130	16,3
Gryfino	8 148	1 204	14,8	7 566	1 310	17,3
Kamień Pomorski	6 401	732	11,4	6 063	1 202	19,8
Kołobrzeg	3 969	731	18,4	6 265	1 117	17,8
Łobez	3 228	778	24,1	1 952	311	15,9
Myślibórz	7 520	661	8,8	7 296	1 057	14,5
Police	4 569	478	10,5	3 792	732	19,3
Pyrzyce	3 247	508	15,6	3 706	629	17,0
Sławno	3 362	577	17,2	4 618	440	9,5
Stargard Szcz.	9 434	1 164	12,3	11 152	1 372	12,3
Szczecinek	4 101	646	15,8	3 957	502	12,7
Świdwin	3 271	319	9,8	4 118	567	13,8
Wałcz	5 308	808	15,2	4 852	893	18,4
WOJEWÓDZTWO	158 612	21 468	13,5	149 995	24 850	16,6

Źródło: Informatory statystyczne
Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie

W 2008 roku zespoły ratownictwa medycznego wykonały 149 995 interwencji, czyli o 8 617 interwencji mniej w porównaniu do 2002 roku.

Zwiększyła się natomiast liczba wyjazdów do wypadków z 13,5% w 2002 roku do 16,6% w 2008 roku.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

Integralną częścią ratownictwa medycznego jest Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, dla którego organem tworzącym jest Ministerstwo Zdrowia. Obszar Polski podzielony jest na cztery regiony działania. Województwo zachodniopomorskie zabezpiecza LPR Region Zachód.

Na lotnisku w Goleniowie stacjonuje Zespół Śmigłowej Służby Ratownictwa Medycznego. W sezonie letnim uruchamiana jest baza sezonowa na Lotnisku w Zegrzu Pomorskim k/Koszalinu. Zespoły HEMS udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w ramach lotów ratowniczych. Polega to na bezpośrednim locie do miejsca zdarzenia (wypadek, nagłe zachorowanie) oraz z miejsca zdarzenia przez uprawnione podmioty ratownictwa medycznego do najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub do innego szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora medycznego. Gotowość do startu zespołu śmigłowego wynosi:

- w promieniu 60 km od miejsca stacjonowania w gotowości do startu w czasie 3-4 minut i czasie dolotu do 20 minut
- w promieniu 100 km od miejsca stacjonowania w gotowości do startu w czasie do 15 minut i czasie dolotu do 30 minut

Od grudnia 2009 roku LPR w Goleniowie dysponuje nowoczesnym śmigłowcem EC135, który umożliwia loty w porze nocnej.

Mapa 3. Rejon działania Śmigłowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS) w Szczecinie i sezonowa w Koszalinie



Źródło: Plan działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego
Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2008-2010 r.

Centrum Powiadamiania Ratunkowego

W 2000 roku planowano utworzenie 7 CPR zlokalizowanych w: Koszalinie, Szczecinie, Stargardzie Szczecińskim, Goleniowie, Gryficach, Pyrzycach i Drawsku Pomorskim. W 2004 roku wyposażono i uruchomiono 4 CPR w: Gryficach, Pyrzycach, Drawsku Pomorskim i Stargardzie Szczecińskim. Rozpoczęto przygotowanie infrastruktury na potrzeby CPR w Goleniowie i Szczecinie.

Nowe przepisy prawne tj. ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej oraz rozporządzenie MSWiA z dnia 31 lipca 2009 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego określiły nowe zasady. Wojewódzka Państwowa Straż Pożarna w imieniu Wojewody Zachodniopomorskiego została ustawowo zobowiązana do zorganizowania i koordynowania systemem powiadamiania ratunkowego. W fazie projektowej ustalono, że na terenie województwa będzie funkcjonowało 7 centrum powiadamiania ratunkowego (CPR) i 1 wojewódzkie centrum powiadamiania ratunkowego (WCPR).

Mapa 4. Planowane rozmieszczenie WCPR i CPR-ów na terenie województwa



Źródło: Komenda Wojewódzka Państwowej Straży Pożarnej w Szczecinie

Do czasu zakończenia (koniec 2012 r.) organizacji systemu powiadamiania ratunkowego obowiązują zasady funkcjonowania systemu powiadamiania określone w „Planie działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2008-2010” opracowanym przez Urząd Wojewody Zachodniopomorskiego.

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 nadal jest niedostateczna. Problemem jest również brak formalnego instytucjonalnego koordynatora tychże zadań i niekontrolowana wielosektorowość działań, co prowadzi często do ich dublowania, wykonywania w nadmiarze lub całkowitego ich zaniechania.** Pomimo tego, wielu organizatorów ochrony zdrowia kontynuowało wcześniejsze zadania, inicjowało nowe lub współuczestniczyło w propozycjach programowych innych instytucji.

Samorząd województwa zachodniopomorskiego

W okresie analizowanym, samorząd województwa nadal realizował zadania wynikające ze strategicznego dokumentu pn. „**Zadania Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia do realizacji na lata 2005-2015**”, określającego 10-letni program prewencji zdrowotnej skierowany do populacji województwa. Przyjęta w „*Zadaniach ...*” współpraca pomiędzy realizatorami nie wkracza w kompetencje poszczególnych podmiotów, lecz ustala konieczne formy postępowania i odpowiedzialność za realizację strategii profilaktycznych. Poszczególne sektory i partnerzy w działaniach mają dostrzegać wzajemne korzyści z inwestowania w zdrowie polegające na przeznaczaniu środków finansowych na kształtowanie i rozwijanie zdrowia całej populacji. Samorząd województwa tym sposobem zachęca do tworzenia koalicji i budowania idei partnerstwa na rzecz zdrowia.

Zakres realizowanych programów korespondował z priorytetami zawartymi w planach i programach narodowych oraz w rezolucjach WHO, a także z priorytetami zdrowotnymi ustalonymi dla Polski w roku 2009.

Wszystkie programy promocji zdrowia i profilaktyki realizowane przez samorząd województwa i zlecane instytucjom współpracującym odpowiadały priorytetom zdrowotnym i obszarom szczególnego zagrożenia zdrowotnego. Samorząd województwa realizował w latach 2007-2008:

1. Profilaktykę chorób nowotworowych (rak piersi, szyjki macicy, rak prostaty)
2. Profilaktykę chorób układu krążenia
3. Profilaktykę chorób przewlekłych (astma, cukrzyca, osteoartroza, osteoporoza)
4. Profilaktykę grypy i jej powikłań
5. Zapobieganie HIV/AIDS
6. Przeciwdziałanie uzależnieniom: narkomania i alkoholizm – kompleksowy program
7. Promocję zdrowia psychicznego
8. Promowanie honorowego krwiodawstwa
9. Wspieranie opieki hospicyjnej

W czwartym okresie sprawozdawczym wydatki z budżetu województwa zachodniopomorskiego były mniejsze w stosunku do okresu poprzedniego z uwagi na zmniejszone dochody wynikające z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi i porównywalne do poziomu z drugiego okresu sprawozdawczego. W sumie na przestrzeni lat 2001-2008 wydatkowano ponad 9,7 mln złotych. Szczegóły w tabeli poniżej.

Tab. 34 Finansowanie profilaktyki i promocji zdrowia przez samorząd województwa w zł

2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	Razem
640 677	2 880 062	3 292 450	2 899 330	9 712 519

Oprac. Wydziału Zdrowia UM na podstawie zebranych danych

Równocześnie na poziomie województwa w analizowanym okresie Narodowy Fundusz Zdrowia finansował profilaktyczne programy zdrowotne w kwocie 12 831 571 zł, tj.:

Tab. 35. Finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych przez ZOW NFZ 2007-2008 w zł

Nazwa programu	Kwota wydatkowana w	
	2007	2008
Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy	2 524 984	2 449 526
Program profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki	146 798	133 236
Program profilaktyki raka szyjki macicy– etap podstawowy	860 634	1 042 251
Program profilaktyki raka szyjki macicy– etap diagnostyczny	672 573	939 827
Program profilaktyki raka szyjki macicy– etap pogłębionej diagnostyki	52 507	13 377
Program badań prenatalnych	765 528	919 056
Program profilaktyki chorób układu krążenia	305 094	759 168
Program wczesnej wielospecjalistycznej kompleksowej skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu wraz z jego rodziną	816 302	-
Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – etap badań podstawowych	84 690	-
Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – etap badań pogłębionych	17 760	-
Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym pochnp) etap podstawowy – świadczenia lekarza poz	-	69 436
Program profilaktyki gruźlicy- świadczenia pielęgniarstwa	-	258 824
Razem	6 246 870	6 584 701

Źródło: ZOW NFZ

Samorządy powiatowe i gminne

Powiaty i gminy uczestniczące w monitorowaniu Strategii poprzez ankiety przedstawiły na poziomie umiarkowanym swoją sytuację w zakresie realizacji lokalnych działań profilaktycznych.

W IV okresie sprawozdawczym zdecydowana większość samorządów gminnych odpowiedzialność za realizację tego obszaru nadal przenosiła na NFZ za pośrednictwem funkcjonujących na ich terenie zakładów podstawowej opieki zdrowotnej. Realizacja tychże zadań często również odbywała się przy wsparciu samorządów terytorialnych. Na podstawie wyników ankietyzacji można stwierdzić, że opracowane programy najczęściej skierowane były do określonych subpopulacji, jak: mężczyźni lub kobiety w określonych przedziałach wiekowych, diabetycy, palący papierosy, osoby niepełnosprawne, osoby niedowidzące, dzieci z autyzmem, pacjenci onkologiczni, itp.

Poniżej przedstawiono priorytety zdrowotne ustalone lokalnie i liczbę samorządów gminnych, które podały, że działania tego typu realizują zakłady POZ na ich terenie:

✓ Różne akcje profilaktyczne	- 64
✓ Nowotwory	- 23
✓ Choroby układu krążenia	- 21
✓ Choroby przewlekłe	-11
✓ HIV/AIDS	- 7
✓ Choroby wieku podeszłego	- 7

Na przestrzeni ostatnich 2 lat na szczególną uwagę zasługują samorządy gminne, które wykorzystując własne zasoby i środki opracowują, wdrażają i realizują określone programy zdrowotne, zgodnie z wcześniej stwierdzonymi lokalnymi potrzebami zdrowotnymi, tj:

- ✓ UG Mielno: program profilaktyki raka piersi, raka jelita grubego, raka prostaty, program profilaktyczny w zakresie wykrywania ryzyka złamań osteoporotycznych
- ✓ UM Biały Bór: promocja honorowego krwiodawstwa
- ✓ UM Bobolice: program profilaktyki chorób układu krążenia, program walki z otyłością
- ✓ UM Sławno: kampanie o charakterze prozdrowotnym i edukacyjnym, wady wzroku i wady postawy
- ✓ UM Złocieniec: program „Wygraj z cukrzycą”, program „Oj boli” – pierwsza pomoc
- ✓ UM Szczecin: miejski program – szczepienia ochronne, cukrzyca, zasady dobrego odżywiania, promocja zdrowia
- ✓ UM Choszczno: program profilaktyki raka szyjki macicy, raka piersi, program profilaktyki chorób układu krążenia, punkt edukacyjny w cukrzycy.

Wiele samorządów, głównie powiaty, znając potrzeby zdrowotne swoich mieszkańców ustalają priorytety lokalne, a następnie celowe programy profilaktyczne.

W II okresowym sprawozdaniu, samorządy powiatowe i gminne podały, że realizują w sumie 291 programów, a w III sprawozdaniu 61 programów, natomiast w czwartym 136 programów.

Ta zmienność liczebna programów potwierdza panujący w tym obszarze nieporządek i brak koordynacji oraz kontynuacji zadań, a programy na tym poziomie terytorialnym z reguły mają charakter doraźny.

Wysokość środków wydatkowanych przez budżety gmin, miast i powiatów i samych zakładów opieki zdrowotnej na realizację profilaktyki i promocji zdrowia według danych z ankiet to:

- ✓ 4 878 185 zł w II okresie sprawozdawczym
- ✓ 4 710 658 zł w III okresie sprawozdawczym
- ✓ 4 040 582 w IV okresie sprawozdawczym

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 czwartym okresie sprawozdawczym na podstawie zebranych informacji odnotowano:

1. zmiany w strukturach policealnych szkół medycznych:
 - przekształcono Policealną Szkołę Medyczną w Szczecinie w Wojewódzką Szkołę Policealną dla Młodzieży w Szczecinie
 - przekształcono Szkołę Policealną Pracowników Służb Społecznych w Szczecinie w Wojewódzką Szkołę Policealną dla Dorosłych w Szczecinie
 - z obu ww. szkół utworzono Wojewódzki Zespół Szkół Policealnych w Szczecinie
 - utworzono Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Koszalinie.
2. zaprzestanie kształcenia policealnego w zawodach:
 - Technik fizjoterapii
 - Opiekunka dziecięca
 - Pracownik socjalny
 - Opiekunka środowiskowa
 - Opiekun medyczny
3. zmiany w sposobie kształcenia ze stacjonarnego na zaoczny w przypadku zawodu – asystent osoby niepełnosprawnej.

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

Tab. 36 Liczba absolwentów szkół medycznych w czterech okresach sprawozdawczych

Zawód	I okres	II okres	III okres	IV okres
pielęgniarka	83	65	0	0
położna	20	21	0	0
technik analityki medycznej	41	43	48	0
technik elektroradiolog	14	42	42	46
ratownik medyczny	83	143	177	141
terapeuta zajęciowy	28	129	230	114
technik fizjoterapii	171	233	280	138
technik dentystyczny	25	46	50	47
technik ortopeda	0	36	38	38
opiekunka dziecięca	202	18	18	0
technik farmaceutyczny	47	43	48	50
technik masażysta	0	16	64	233
opiekunka środowiskowa	0	23	37	0
pracownik socjalny	145	127	139	44
asystent osoby niepełnosprawnej	0	29	35	58
opiekun w DPS	0	23	14	31
Razem	859	1 037	1 244	940

Oprac. na podstawie Wydziału Kultury, Edukacji i Sportu UM

W analizowanym okresie zmiany zarejestrowano również w Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. W latach 2007-2008 obok dotychczas funkcjonujących wydziałów: lekarskiego, lekarsko-stomatologicznego i nauk o zdrowiu, utworzony został nowy wydział, tj. wydział lekarsko-biotechnologiczny i medycyny laboratoryjnej (analityka medyczna i biotechnologia). Na koniec 2008 roku uczelnia posiadała uprawnienia do nadawania stopni doktora i doktora habilitowanego w dziedzinie „nauki medyczne”. Co roku, w uczelni zwiększa się liczba studentów i kierunków studiów. W roku akademickim 2007/2008 odnotowano 138 absolwentów wydziału lekarskiego, 77 absolwentów wydziału lekarsko-stomatologicznego i 247 absolwentów wydziału nauk o zdrowiu.

Staże podyplomowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych

Organizacja i zapewnienie odbycia stażu podyplomowego dla osób mających stałe miejsce zamieszkania na obszarze województwa, absolwentów studiów lekarsko-stomatologicznych i lekarskich zamierzających wykonywać zawód na obszarze RP, w tym współpraca z samorządem zawodów medycznych i Ministerstwem Zdrowia, Wojewodą oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych należy do zadań samorządu województwa finansowanych z budżetu państwa (od 1 stycznia 2009 roku staże podyplomowe finansowane są ze środków Funduszu Pracy). W latach 2007-2008 liczba miejsc w zakładach prowadzących staże została zabezpieczona zgodnie z zapotrzebowaniem. Organizacja staży podyplomowych przebiegała sprawnie i bez zakłóceń. Sprawnie również przebiegała współpraca Urzędu z samorządami zawodów medycznych.

W 2007 roku w ramach kwoty 5 153 735 zł przeszkolono ogółem 337 osób (rozpoczynających i kończących), w tym 329 lekarzy medycyny i lekarzy dentystów oraz 8 pielęgniarek i położnych. Natomiast w 2008 roku w ramach kwoty 6 301 116 zł przeszkolono ogółem 344 osoby (rozpoczynające i kończące), w tym 342 lekarzy medycyny i lekarzy dentystów oraz 2 położne. Poniżej przedstawiono liczbę stażystów w czterech okresach sprawozdawczych.

Tab. 37 Liczba stażystów podyplomowych w czterech okresach sprawozdawczych

Zawód	I okres	II okres	III okres	IV okres
Lekarz medycyny	518	218	143	232
Lekarz stomatolog	243	98	118	106
Pielęgniarki i położne	327	113	106	10

Oprac. Wydziału Zdrowia UM

W I okresie sprawozdawczym statystycznie liczono zarówno tych rozpoczynających, jak i kończących staże. Natomiast od II okresu statystycznie liczy się tylko tych, którzy rozpoczynają staże podyplomowe, stąd różnice w przedstawionych liczbach. W IV okresie sprawozdawczym występuje mała liczba stażystów w grupie pielęgniarek i położnych z uwagi na fakt, że w III okresie sprawozdawczym nastąpiła likwidacja pielęgniarskich szkół licealnych i szkół policealnych. Ostatni absolwenci tychże szkół, zgodnie z przepisami mają 5 lat na ewentualne odbycie stażu podyplomowego, tj. do końca 2010 roku.

Specjalizacje w poszczególnych dziedzinach medycyny

W IV okresie sprawozdawczym realizatorem tego zadania było Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie przy Zachodniopomorskim Urzędzie Wojewódzkim. Według przyjętych prognoz zatrudnienia lekarzy do roku 2015 założono wzrost liczby lekarzy specjalistów na terenie województwa przy uwzględnieniu kierunków demograficznych, potrzeb zdrowotnych i zmian systemowych.

Od II okresu sprawozdawczego lekarze medycyny uzyskiwali również specjalizacje w tzw. nowym trybie, poza tradycyjną metodą. W III okresie sprawozdawczym ciężar kształcenia specjalizacyjnego spoczął na nowym trybie ich uzyskiwania, co zostało ugruntowane w IV okresie sprawozdawczym:

- 202 uzyskane specjalizacje ogółem – II okres sprawozdawczy
- 218 uzyskanych specjalizacji ogółem – III okres sprawozdawczy
- 275 uzyskanych specjalizacji ogółem – IV okres sprawozdawczy

Poniżej w tabeli przedstawiono uzyskane specjalizacje lekarskie I i II stopnia z pominięciem tzw. nowego trybu na terenie województwa w czterech okresach sprawozdawczych.

Tab. 38 Uzyskane specjalizacje lekarskie I i II stopnia bez nowego trybu

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
IV okres	0	0	1	5	0	2

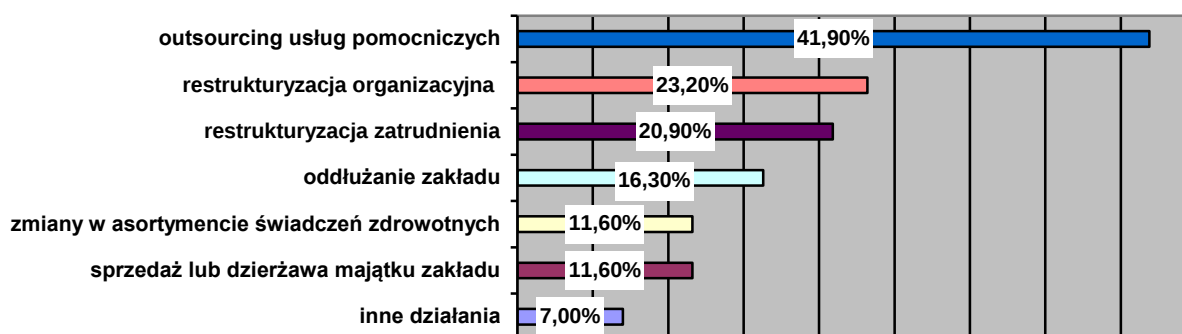
oprac. na podstawie danych z ZCOiPZ

F. PRZEKSZTAŁCENIA WŁASNOŚCIOWE I POLITYKA INWESTYCYJNA

W latach 2007-2008 dynamika przekształceń własnościowych, szczególnie wśród jednostek wysokospecjalistycznych o znaczeniu regionalnym, znacząco spadła. Powodem tego zjawiska było, zarówno intensywne wdrożenie zmian restrukturyzacyjnych w okresie 2000-2006, jak i brak przepisów prawnych, które umożliwiłyby bezpośrednią zmianę ich formy prawnej z pominięciem aktu likwidacji zakładu opieki zdrowotnej.

W analizowanym okresie, niezależnie od realizacji postępowania restrukturyzacyjnego, ok. 30% zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego nie podjęło żadnych działań restrukturyzacyjnych. Udział jednostek realizujących poszczególne działania restrukturyzacyjne na podstawie wyników ankietyzacji przedstawia wykres poniżej.

Wykres 13. Działania restrukturyzacyjne w latach 2007-2008



Źródło: opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych z ankiet

Najwięcej działań restrukturyzacyjnych przeprowadziły wojewódzkie i powiatowe zakłady opieki zdrowotnej (wszystkie wymienione wyżej działania). Gminne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki gminy na prawach powiatu oraz resortowe i kliniczne placówki najczęściej realizowały outsourcing usług pomocniczych, oddłużanie zakładu oraz restrukturyzację zatrudnienia.

Zmiany te miały również inny charakter niż wprowadzane w poprzednim okresie. Działania przekształceniowe wprowadzane w okresie 2007-2008, miały na celu usprawnienie funkcjonujących struktur, podniesienie jakości i efektywności pracy oraz unowocześnianie bazy lokalowo-sprzętowej. Wcześniej podejmowane zadania miały na celu jedynie zatrzymanie lawinowego zadłużania się zakładów, a nie wprowadzenie zmian mających na uwadze długofalowy rozwój systemu ochrony zdrowia w województwie. Głównym celem zmian wprowadzanych w okresie 2007-2008 było obniżenie kosztów szczególnie w zakresie usług pomocniczych i zarządzania oraz kontynuacji polityki ograniczania narastania zobowiązań i efektywniejszej realizacji usług medycznych przy użyciu posiadanych zasobów majątkowych oraz poprawa jakości świadczonych usług.

Outsourcing

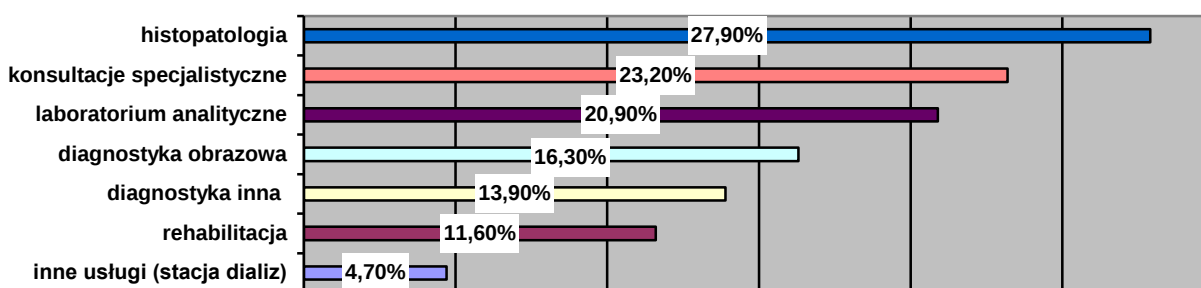
Najczęściej podejmowaną formą działań restrukturyzacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego w latach 2007-2008 był outsourcing usług pomocniczych, zarówno medycznych, jak i niemedycznych, kontynuowanie działań polegających na zwiększeniu wydajności posiadanego majątku oraz racjonalnego jego zagospodarowania.

Outsourcing dał szansę na:

- ograniczenie kosztów zatrudnienia
- ograniczenie kosztów remontów i modernizacji pomieszczeń,
- ograniczenie kosztów wymiany zużytego i wyeksploatowanego sprzętu i aparatury medycznej np. dializatorów, analizatorów laboratoryjnych.

W zakresie usług medycznych największy odsetek zleconych na zewnątrz dotyczył: usług histopatologicznych – 27,9%, konsultacji specjalistycznych – 23,2% oraz laboratorium analitycznego – 20,9%. Udział jednostek zlecających poszczególne usługi pomocnicze medyczne podmiotom zewnętrznym przedstawia wykres.

Wykres 14. Usługi pomocnicze medyczne zlecone na zewnątrz w latach 2007-2008

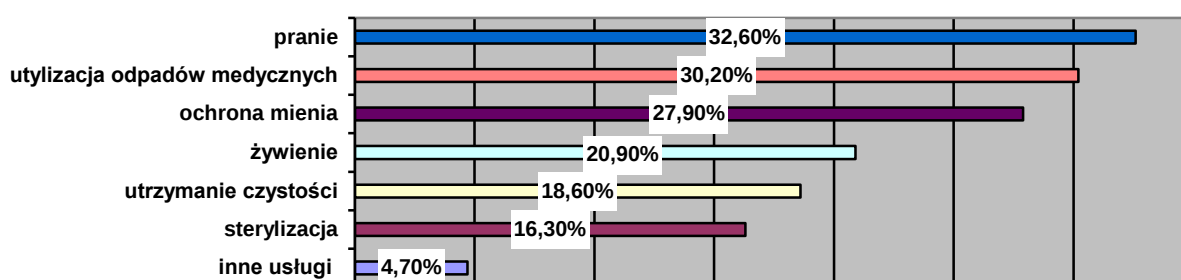


Źródło: opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych z ankiet

Jednostki wojewódzkie, powiatowe oraz kliniczne i resortowe najczęściej wprowadzały outsourcing usług histopatologicznych – 29,0% tych jednostek, natomiast jednostki gminne oraz gminy na prawach powiatu – outsourcing usług diagnostycznych, w tym zarówno diagnostyki obrazowej, jak i pozostałej – 58,3% tych jednostek.

W zakresie usług niemedycechnych największy odsetek zleconych na zewnątrz dotyczył: usług prania – 32,6%, utylizacji odpadów medycznych – 30,2%, ochrony mienia – 27,9% oraz żywienia – 20,9%. Udział jednostek, zlecających poszczególne usługi pomocnicze niemedyceczne podmiotom zewnętrznym przedstawia wykres.

Wykres 15. Usługi pomocnicze niemedyceczne zlecone na zewnątrz w latach 2007-2008



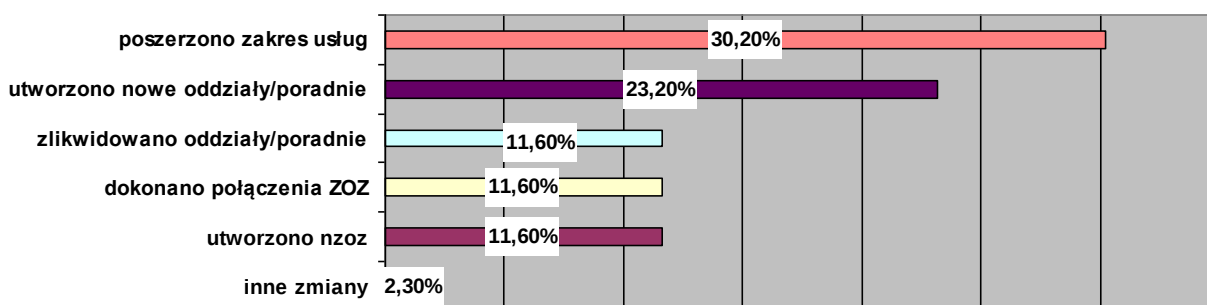
Źródło: opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych z ankiet

Jednostki wojewódzkie, powiatowe oraz kliniczne i resortowe najczęściej wprowadzały outsourcing usług pralniczych – 35,5% tych jednostek oraz utylizacji odpadów medycznych i ochrony mienia – po 29% tych jednostek. Jednostki gminne oraz gminy na prawach powiatu najczęściej zlecały na zewnątrz usługi utylizacji odpadów medycznych i usługi sterylizacji – po 33,3% tych jednostek. Zakłady te nie wprowadziły w analizowanym okresie outsourcingu usług utrzymania czystości.

Przekształcenia

W wyniku zrealizowanych działań restrukturyzacyjnych w latach 2007-2008 dokonały się liczne zmiany w strukturze zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego, związane z poszerzeniem lub zmniejszeniem zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych i usług medycznych, utworzeniem lub likwidacją oddziałów i poradni oraz procedurą łączenia (konsolidacji) zakładów opieki zdrowotnej. Udział jednostek z uwagi na dokonane zmiany w strukturze ZOZ w latach 2007-2008 przedstawia wykres.

Wykres 16. Zmiany dokonane w strukturze ZOZ w latach 2007-2008



Źródło: opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych z ankiet

W jednostkach wojewódzkich, powiatowych oraz klinicznych i resortowych najczęstsze zmiany dotyczyły poszerzenia zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych i usług medycznych – 38,7% jednostek, a także utworzenia nowych oddziałów i poradni – 29,0% jednostek. W strukturze jednostek gminnych i gminy na prawach powiatu zasadnicze zmiany polegały na utworzeniu niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej (NZOZ), który przejął kontynuację dotychczasowych całkowitych lub częściowych zadań jednostki – 33,3% jednostek.

Wdrażane w latach 2007-2008 procesy przekształceń miały za zadanie konsolidację realizowanych zadań bez pogorszenia dostępności, jakości i zakresu świadczonych usług medycznych. Zrealizowano 4 procesy połączeń szpitali.

Powiat Wałecki podjął decyzję o połączeniu, znacznie zadłużonego Szpitala Powiatowego w Wałczu ze 107 Szpitalem Wojskowym w Wałczu, którego organem założycielskim jest MON. Takie rozwiązanie pozwoliło na zatrzymanie narastania zadłużenia i zwiększenie efektywności pracy obu szpitali na terenie powiatu. Negatywnym skutkiem podjętych działań jest brak możliwości restrukturyzacji długu szpitalnego, a zmiana jedynie jego właściciela. Nie podlega żadnej wątpliwości, iż działanie samorządu powiatowego było słuszne również pod względem racjonalizacji kosztów działalności placówek i ich możliwości zwiększenia efektywności posiadanego majątku. Na koniec 2008 roku 107 Szpital Wojskowy w Wałczu wykazał około 900 tys. zł. dodatniego wyniku finansowego.

Samorząd Województwa dokonał połączenia Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „ZDROJE” w Szczecinie ze Szpitalem Miejskim im. Św. K. Boromeusza w Szczecinie, dla którego Miasto Szczecin było organem założycielskim. Dzięki podjętym decyzjom dotyczącym połączenia tych jednostek uzyskano:

- lepsze warunki lokalowe dla pacjentów leczonych dotąd w Szpitalu Miejskim oraz personelu – odnowiono i zmodernizowano bazę pod wszystkie przejęte oddziały,
- w nowej lokalizacji zwiększono zakres świadczonych usług – powstało 80 łóżek opieki długoterminowej,
- doposażono oddziały w sprzęt medyczny oraz wymieniono najstarszą aparaturę medyczną, nie nadającą się do przewiezienia;
- zatrzymano proces narastania zadłużenia działów i oddziałów Szpitala Miejskiego w Szczecinie.

Mimo wielu zastrzeżeń i obaw mieszkańców oraz personelu, jak też pacjentów, obecna ocena dokonanych zmian we wszystkich trzech grupach społecznych jest pozytywna.

W ramach zaplanowanych przekształceń podjęto również decyzję o połączeniu Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie z Powiatową Stacją Pogotowia Ratunkowego w Koszalinie. Zamierzeniem podjętych działań było ujednolicenie systemu ratownictwa medycznego na terenie województwa zachodniopomorskiego. W przypadku Koszalina ma to zasadnicze znaczenie w czasie sezonu turystycznego. Połączenie jednostki w Szczecinie z Koszalińską poprawiło bezpieczeństwo również poprzez stworzenie bazy zapasowych ambulansów, które mogą być wykorzystane nie tylko z powodu awarii aktualnie dyżurujących karettek, ale przede wszystkim w sytuacjach kryzysowych.

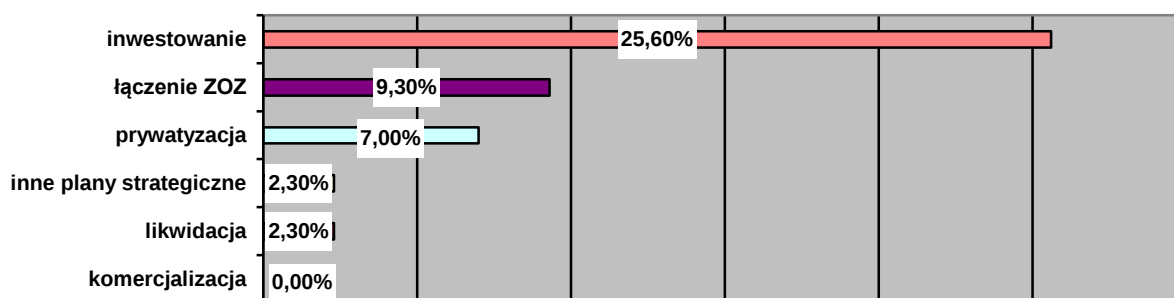
Kolejnym dużym przekształceniem samorządu województwa było połączenie Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Zakładu Gruźlicy i Chorób Płuc w Szczecinie ze Specjalistycznym Szpitalem im. Prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie Zdunowie. W znacznym stopniu poprawiła się jakość wykonywanych usług. Dzięki temu, iż Szpital w Zdunowie posiada długoletnie doświadczenie w leczeniu chorób płuc, świadczy kompleksowe usługi w zakresie leczenia chorób układu oddechowego, specjalizuje się w leczeniu chorób obturacyjnych płuc, alergologicznych, diagnostyce i terapii bezdechu sennego, diagnostyce i leczeniu chorób śródmiąższowych płuc i nowotworów, pacjenci są objęci kompleksową opieką specjalistów w zmodernizowanych i dobrze wyposażonych pomieszczeniach.

Plany strategiczne

Spośród wskazanych planów strategicznych jednostek podstawowym kierunkiem przyjętych działań było inwestowanie – 25,6%, potem łączenie ZOZ, które wykazało 9,3% jednostek, prywatyzacja – 7% jednostek, likwidacja – 2,3% jednostek oraz inne plany (np. rozszerzenie obszarów pozyskiwania środków finansowych) – 2,3% jednostek.

Udział jednostek ze względu na podjęte decyzje (plany strategiczne) przedstawia wykres.

Wykres 17. Decyzje (plany strategiczne) ZOZ podjęte w latach 2007-2008

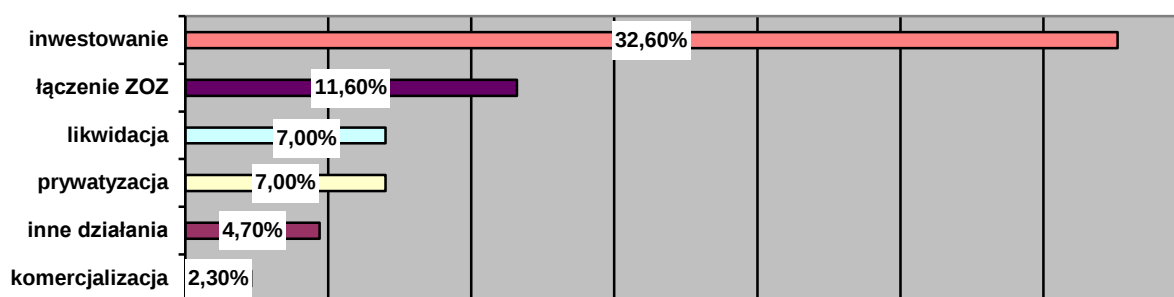


Źródło: opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych z ankiet

Wśród jednostek wojewódzkich, powiatowych, resortowych i klinicznych 29,0% podejmowało decyzje o planowanym inwestowaniu. Wśród jednostek gminnych i gminy na prawach powiatu w analizowanym okresie ok. 16,7% podejmowało plany strategiczne dotyczące prywatyzacji tych jednostek. Natomiast żadna jednostka nie planowała komercjalizacji.

W analizowanym okresie jednostki podejmowały działania związane z realizacją wytyczonych planów strategicznych. Najczęściej podejmowanym działaniem w zakładach opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego w latach 2007-2008, zgodnie z założonymi planami strategicznymi było inwestowanie – 32,6%. Udział jednostek ze względu na podjęte działania zgodnie z wytyczonymi planami strategicznymi przedstawia wykres.

Wykres 18. Działania ZOZ podjęte w latach 2007-2008



Źródło: opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych z ankiet

Polityka inwestycyjna

Zakupy i zadania inwestycyjne

Strategia ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim w zakresie polityki inwestycyjnej wyznaczyła kilka zadań planowanych do realizacji, są to:

- dostosowanie bazy lokalowej i zaplecza sprzętowego do wymogów fachowo-sanitarnych wynikających z obowiązujących przepisów,
- poszukiwanie dodatkowych środków finansowych na zadania i zakupy inwestycyjne,
- maksymalizacja efektywnego wykorzystania aparatury,
- doposażenie i wymiana zużytego sprzętu;
- modernizacja poszczególnych oddziałów i pododdziałów w celu poprawy jakości świadczonych usług medycznych;
- realizacja zadań komplementarnych do realizowanych przez zakłady opieki zdrowotnej projektów unijnych oraz innych środków pomocowych.

Okres 2007-2008 charakteryzował się tym, iż zakłady intensywnie wykorzystywały fundusze umożliwiające doposażenie jednostek, zarówno unijne jak i pozaunijne, krajowe i lokalne. Ogółem w województwie zachodniopomorskim zakupiono aparaturę i sprzęt medyczny oraz wykonano zadania inwestycyjne o łącznej wartości **120 019 720 zł**, z czego:

- 56 834 736 zł – nakłady na zadania inwestycyjne
- 46 770 781 zł – nakłady na zakupy inwestycyjne
- 16 414 203 zł – dofinansowanie projektów z udziałem środków UE

W województwie zachodniopomorskim w latach 2007-2008 roku wydatkowano łącznie **56.834.736 zł** na zadania inwestycyjne w zakładach opieki zdrowotnej, z czego 79% to wydatki jednostek podległych województwu, 17% to wydatki powiatowych zoz, a 4% gminnych. Modernizacje realizowane w zakładach opieki zdrowotnej w latach 2007-2008 miały na celu nie tylko, jak dotąd odtworzenie zdekapitalizowanego majątku i zużytej bazy lokalowej, ale przede wszystkim podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych poprzez realizację projektów inwestycyjnych i spełnienie wymagań określonych przez Ministerstwo Zdrowia w zakresie warunków fachowo-sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia zoz.

Zakupy sprzętu medycznego w latach 2007-2008 roku na kwotę **46.770.781 zł** dotyczyły nie tylko wymiany zużytych aparatów, których koszty naprawy przekraczają wartość netto, ale również doposażenia i unowocześnienia wyposażenia oddziałów. Najwięcej środków dotyczyło wyposażenia szpitali wysokospecjalistycznych o ponad regionalnym zakresie działalności – 78% powyższej kwoty (szpitale wojewódzkie). Natomiast 19 % tej kwoty to modernizacje i wyposażenie zakupione przez jednostki powiatowe, a zakłady gminne wyposażyły się w sprzęt medyczny i dokonały prac modernizacyjnych o wartości około 3% wyżej wymienionej kwoty środków. Udział jednostek samorządu terytorialnego w dofinansowaniu modernizacji, zakupów aparatury i sprzętu medycznego i projektów UE dla zakładów opieki zdrowotnej w latach 2005-2008 obrazuje tabela poniżej.

Tab. 39 Dofinansowanie modernizacji, zakupów aparatury i sprzętu medycznego oraz UE

JST	Zadania inwestycyjne			Zakupy inwestycyjne			Dofinansowanie do projektów UE		
Lata	2005	2007	2008	2005	2007	2008	2005	2007	2008
Gminy	751 000	747 000	1 078 978	715 000	321 840	557 766	30 000	5 658 000	0
Powiaty	645 000	2 055 700	7 810 697	584 000	4 213 922	5 025 963	2 769 000	5 481 203	290 000
Województwo	1 613 000	11 361 461	33 780 900	2 978 000	9 839 290	26 812 000	50 000	485 000	4 500 000
Ogółem	3 009 000	14 164 161	42 670 575	4 277 000	14 375 052	32 395 729	2 849 000	11 624 203	4 790 000

Źródło: opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych z ankiet

Dostosowanie

Z informacji przesłanych przez 37 jednostek z terenu całego województwa wynika, iż stopień dostosowania tych jednostek do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej* przedstawia się następująco:

- 3 jednostki tj. **8%** jest dostosowane w **100%** (Dygowo, Warnice, Suchań);
- **29%** jednostek jest dostosowane w **99 - 80%**;
- **38%** jednostek jest dostosowane w **79 - 50%**;
- **25%** jednostek jest dostosowane w mniej niż **49%**.

W zakładach opieki zdrowotnej podległych samorządom gminnym dostosowanie wynosi około 85%. Wynika to z faktu, iż jednostki te wymagają stosunkowo niewielkich nakładów ze względu na podstawowy zakres świadczeń medycznych oraz z niewielkiej liczby publicznych zakładów opieki podstawowej.

W 9 powiatach, które przedłożyły dane w ankietach, zakłady opieki zdrowotnej są dostosowane w około 40%.

Spośród jednostek, których organem założycielskim jest samorząd województwa (bez WSPR – inne przepisy organizacyjne i Portowego SPZOZ w Szczecinie – działalność w obcej nieruchomości) jednostki wykazały dostosowanie na poziomie 56%. Podkreślenia wymaga tu fakt, iż znacznie wzrosło stopień dostosowania pomieszczeń po zrealizowaniu 5 głównych inwestycji dofinansowywanych ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2007-2013 i projektu w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego EOG.

Państwowy Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie oraz Szpital MSWiA w Koszalinie oraz 107 Szpital Wojskowy w Wałczu wykazały stopień dostosowania do przepisów na poziomie odpowiednio: 70%, 80% i 35%. Pozostałe zakłady resortowe nie przedłożyły danych w tym zakresie.

Na podstawie zebranych wyników od ankietowanych ustalono, że szacowany koszt dostosowania jednostek ochrony zdrowia z terenu województwa do wymogów powyższego rozporządzenia wynosi ogółem około 720 mln zł.

Większość zadań inwestycyjnych realizowanych w zakładach opieki zdrowotnej miała charakter przebudowy obiektów ochrony zdrowia w celu dostosowania do przepisów dotyczących warunków sanitarno-fachowych związanych z realizacją świadczeń medycznych, warunków pobytu pacjentów, ich bezpieczeństwa i bezpieczeństwa pracy personelu medycznego. Poza tym, zwiększyła się skala modernizacji mających na celu np. ograniczenie kosztów zużywanych mediów, jak termomodernizacje i wymiana okien oraz pokryć dachowych. Wykonano również wiele inwestycji dot. zaplecza technicznego tj. stacje uzdatniania wody czy montaż systemów przeciwpożarowych. Inwestycje te umożliwiły uzyskanie zarówno efektu odtworzeniowego, jak również rozwojowego.

Inwestycje wieloletnie w ochronie zdrowia

W ramach zadań o charakterze ponadregionalnym i wieloletnim prowadzone są w naszym województwie inwestycje: w Stargardzie Szczecińskim i Białogardzie. Nakłady na inwestycję w Koszalinie ograniczone są do utrzymania placu budowy i prac konserwacyjnych ze względu na podjętą przez Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego decyzję o zamknięciu tytułu inwestycyjnego. Poniżej przedstawiona tabela obrazuje finansowanie inwestycji wieloletnich z budżetu państwa i środków własnych jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2008.

Tab. 40 Finansowanie inwestycji wieloletnich w latach 1999-2008 w mln zł

Dofinansowanie zadań inwestycyjnych wieloletnich	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Łącznie
Budowa Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie	5	3	0,6	0,6	0	0,39	0,25	0,27	0,2	0,5	10,81
Modernizacja Szpitala w Stargardzie Szczecińskim	0	0	14,75	1,9	0	13,4	0,3	0	3,5	35	68,85
Centrum Rehabilitacji z oddziałami Szpitala Rejonowego w Białogardzie	0	0	10	13,75	16,25	12,6	0,3	0	13,2	24,5	90,6
Ogółem	5	3	25,35	16,25	16,25	26,39	0,85	0,27	16,90	60	170,26

Źródło: opracowanie Wydziału Zdrowia UM

Łącznie na powyższe trzy inwestycje w latach 1999-2008 wydatkowano środki finansowe w wysokości około **170,26** mln zł.

Projekty unijne

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

W roku 2007 spośród wszystkich jednostek ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego złożono wnioski o dofinansowanie projektów o łącznej wartości kosztorysowej **65 737 464** zł. Wnioski dotyczyły, zarówno modernizacji bazy lokalowej, jak również doposażenia w sprzęt i aparaturę. Dofinansowanie uzyskało 7 jednostek na projekty o łącznej wartości **14 286 000** zł. Największą aktywność wykazały jednostki województwa i resortowe oraz powiatowe, również szpitale kliniczne. Gminne zakłady złożyły najmniej wniosków.

W ramach Regionalnego Programu Operacyjnego - *Rozwój infrastruktury społecznej i ochrony zdrowia* – realizowanych jest 5 projektów jednostek ochrony zdrowia, dla których samorząd województwa pełni funkcje organu założycielskiego. Łączna wartość projektów to około 279 mln zł. Są to szpitale o regionalnym i ponadregionalnym zasięgu świadczenia usług medycznych na terenie całego województwa, realizujące wysokospecjalistyczne świadczenia medyczne dla mieszkańców regionu i okolic. W IV okresie sprawozdawczym wszystkie 5 jednostek sfinalizowało umowy zasadnicze i rozpoczęło intensywne prace projektowo-budowlane.

Równocześnie, w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego EOG zainicjowano realizację projektu mającego na celu powstanie Regionalnego Specjalistycznego Centrum Leczenia Oparzeń dla Dzieci i Młodzieży w Szczecinie. Wartość projektu wynosi ponad 5 mln zł, a jego zakończenie planowane jest na 2011 rok.

Ponadto, od 2007 roku rozpoczęto wdrażać polsko-niemiecki projekt dofinansowany z INTERREGU IVA pn. „Sieć telemedyczna wspomagająca leczenie chorób nowotworowych w Euroregionie Pomerania” umożliwiająca dalszy rozwój telepatologii z rozszerzeniem na teleradiologię i telekonferencje w szerszym zakresie z udziałem większej liczby szpitali z województwa zachodniopomorskiego.

G. UWAGI I WNIOSKI

- I. Przedłożony dokument to czwarte sprawozdanie z realizacji *Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego*. Następne sprawozdanie zaplanowano na przełom lat 2011/2012.
- II. W czwartym okresie sprawozdawczym sformułowano następujące wnioski:
 1. Oczekuje się większego zaangażowania uczestników monitoringu w opracowaniu sprawozdania, by w przyszłości osiągnąć lepszy wynik zwrotności ankiet od dotychczas odnotowanych, tj. powyżej 76 %.
 2. Mniejsze zaangażowanie jednostek samorządu terytorialnego niższego szczebla w reorganizację i restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej.
 3. W wyniku przeprowadzenia procesów restrukturyzacji finansowej nastąpił spadek zobowiązań zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego.
 4. Najbardziej zadłużonymi zakładami opieki zdrowotnej na terenie województwa były zakłady podległe samorządom powiatowym.
 5. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej odnotowano utrudniony dostęp do całodobowej opieki medycznej i znaczną dekapitalizację zasobów POZ.
 6. W zakresie ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej zarejestrowano wzrost liczby poradni specjalistycznych i spadek liczby udzielonych porad w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego.
 7. Rozmieszczenie terytorialne aparatury wysokospecjalistycznej i jej stan techniczno-fachowy uległ poprawie.
 8. Warunki diagnostyczno-lecznicze i pobytowe w szpitalach uległy poprawie.
 9. Zweryfikowano niektóre wskaźniki kierunkowe w zakresie liczby łóżek, tj. w internie, ginekologii i chirurgii ogólnej.
 10. Obserwuje się ciągły wzrost liczby leczonych w szpitalach.
 11. Średni czas pobytu pacjenta w oddziałach szpitalnych uległ skróceniu, mimo to kolejny raz nie udało się poprawić wskaźnika wykorzystania łóżek szpitalnych, co świadczy o niewystarczającym wykorzystaniu istniejącej bazy łóżkowej w szpitalach i stałym limitowaniu świadczeń przez NFZ.
 12. Zwiększono zasoby łóżkowe w opiece długoterminowej, rehabilitacyjnej i psychiatrycznej wskutek zmniejszenia liczby łóżek w opiece krótkoterminowej.
 13. Największe opóźnienie odnotowano w zwiększaniu zasobów łóżkowych opieki długoterminowej – w 8 powiatach nadal brakuje opieki stacjonarnej w tym zakresie.
 14. Dalej występuje niedobór łóżek w opiece rehabilitacyjnej, głównie w podregionie szczecińskim.
 15. Ponad 100 % wykorzystanie łóżek zarejestrowano w oddziałach psychiatrycznych i odwykowych.
 16. Odnotowano znaczny rozwój dializoterapii.

17. Wzrosła liczba leczonych w opiece dziennej i domowej.
 18. Najdłuższe listy oczekujących utrzymywały się w oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej, okulistyce, rehabilitacji, chirurgii ogólnej i otolaryngologii oraz kardiologii.
 19. Stan sanitarno-techniczny szpitali poprawił się dzięki modernizacjom i remontom izb przyjęć, oddziałów szpitalnych i sal operacyjnych.
 20. Pięć szpitali na terenie województwa posiada certyfikat akredytacyjny.
 21. Szpitale wojewódzkie zajmowały prestiżowe lokaty w rankingach ogólnopolskich.
 22. W organizacji ratownictwa medycznego wystąpiły zmiany legislacyjne w kwestii tworzenia centrów powiadamiania ratunkowego.
 23. Odnotowano zmniejszenie liczby ambulansów specjalistycznych na rzecz zwiększenia liczby ambulansów podstawowych.
 24. Profilaktyka i promocja zdrowia ciągle wymaga systematyzacji i formalnego określenia instytucjonalnego koordynatora.
 25. Kształcenie kadr medycznych podlega ciągłym zmianom, nadal istnieje problem niedoborów kadrowych.
 26. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej związane były z poszerzeniem lub zmniejszeniem zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych, utworzeniem lub likwidacją oddziałów i poradni oraz procedurą konsolidacji zakładów opieki zdrowotnej.
 27. Polityka inwestycyjna ZOZ i JST skupiona była na dostosowaniu bazy lokalowej i zaplecza sprzętowego do wymogów fachowo-sanitarnych, na poszukiwaniu dodatkowych środków finansowych na zadania i zakupy inwestycyjne oraz na doposażeniu i wymianie wyeksploatowanego sprzętu.
- III. Trendy – co będzie kształtować ochronę zdrowia w najbliższej przyszłości?
1. Wskaźniki demograficzne wskazujące na postępującą tendencję starzenia się społeczeństwa.
 2. Wzrost zachorowalności i umieralności z powodu chorób wieku podeszłego.
 3. Rzeczywiste potrzeby zdrowotne wynikające z aktualnej sytuacji epidemiologicznej.
 4. Nagłe zagrożenia zdrowotne (epidemie, pandemie, bioterroryzm i masowe zdarzenia).
 5. Prognozowany niedobór kadr medycznych.
 6. Kształcenie i doskonalenie kadry medycznej, w tym utrzymanie równomiernego i systematycznego naboru na specjalizacje lekarskie.
 7. Systematycznie zachodzące zmiany liczby i struktury łóżek.
 8. Niedostateczna liczba miejsc opieki długoterminowej i psychiatrycznej.
 9. Poziom finansowania świadczeń zdrowotnych.
 10. Przekształcenia i komercjalizacja placówek.
 11. Wprowadzanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych.